



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Serviço Social

Betania Nunes de Carvalho

A criminalização do aborto e a assistência à saúde

Rio de Janeiro

2017

Betania Nunes de Carvalho

A criminalização do aborto e a assistência à saúde



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Orientador: Prof. Dr. Maurilio Castro de Matos

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CCSA

C331 Carvalho, Betania Nunes de.
A criminalização do aborto e assistência à
saúde / Betania Nunes de Carvalho. – 2017.
125 f.

Orientador: Maurílio Castro de Matos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de
Serviço Social.

1. Assistência médica – Teses. 2. Política de
saúde – Brasil – Teses. 3. Mulheres – Saúde e
higiene - Teses. 4. Aborto – Rio de Janeiro (RJ)
– Teses. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) –
Teses. I. Matos, Maurilio Castro de. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Faculdade de Serviço Social. III. Título.

CDU 361.1

Autorizo apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação,
desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Betania Nunes de Carvalho

A criminalização do aborto e a assistência à saúde

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Trabalho e Política Social.

Aprovada em 11 de outubro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Maurilio Castro de Matos (Orientador)
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Carla Cristina Lima de Almeida
Faculdade de Serviço Social – UERJ

Prof.^a Dra. Ludmila Fontenele Cavalcante
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof.^a Dra. Paula Land Curi
Universidade Federal Fluminense – UFF

Rio de Janeiro

2017

Por vivenciar o discurso da crise da educação pública com vistas à sua privatização, de forma sobrepujante na UERJ, dedico esse trabalho aos funcionários, aos professores e aos alunos dessa instituição de ensino, que resistem às políticas de austeridade. A UERJ e seus professores formam excelentes profissionais e me possibilitou capacitação para o meu exercício profissional enquanto servidora pública municipal, para atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, e em especial a minha mãe, por me incentivar a estudar e ser uma mulher independente.

Ao Sergio pelo companheirismo, compreensão e apoio. Sentimentos que tornam minha experiência de viver mais alegre, mais prazerosa. E que me incentivam a continuar estudando e lutando por um mundo melhor e mais digno.

Ao Lucas, filho amado e querido, que muito me apoiou nessa caminhada.

À psicóloga Paula pelo incentivo a continuidade dos estudos e amizade pra vida toda.

Ao meu orientador Maurílio por oferecer apoio e incentivo de forma tão afetuosa. A sua confiança no meu trabalho foi fundamental para que eu confiasse mais em mim. Coração bondoso, humilde e um baita professor/orientador com um profundo conhecimento teórico.

Às professoras Ludmila e Carla Almeida pelas sugestões e dicas para qualificar esse trabalho. Contribuições valiosas e fundamentais.

À Simone, assistente social parceira de trabalho, pela compreensão, apoio e amizade.

Às amigas Fabiani e Rosangela, que compartilharam desse momento e estiveram sempre prontas a ajudar.

À Direção da Maternidade Silvia Eurides, Antonio Carlos Cavalieri D'Oro, Sidney Mattos Júnior e Elaine Baltar, pelo carinho, apoio e compreensão.

Às minhas amigas de mestrado Carol, Neusinha e Amanda. Dividimos dúvidas, inquietações, tristezas, alegrias e muitas xerox. Amizade que construímos.

Aos professores Ney e Alba pela generosidade em dividir o conhecimento de forma horizontal e paciente.

A criminalização não impede que se pratiquem abortos nem a descriminalização irá obrigar qualquer mulher que não queira a abortar. Nenhuma fica feliz com o procedimento, é um sofrimento para elas. O que defendemos é o direito de exercerem a maternidade se e quando quiserem, e para isso as queremos vivas.

Luciana Boiteaux

RESUMO

CARVALHO, Betania Nunes de. **A criminalização do aborto e a assistência à saúde**. 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, que analisou a problemática da criminalização do aborto e os posicionamentos apresentados pelos profissionais de saúde atuantes numa unidade pública de saúde de atendimento à mulher em relação ao tema. A unidade de saúde está situada no município Rio de Janeiro. Partindo-se da hipótese de que o aborto é considerado crime e ainda assim ele não deixa de ser realizado pelas mulheres, buscou-se compreender de que forma se apresentam os posicionamentos dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento a essas mulheres e qual a contribuição de tais profissionais para o debate do tema e na assistência às mulheres. Para melhor compreensão do tema criminalização do aborto realizamos um breve resgate da construção da política de saúde no Brasil desde o período da abertura democrática até a data atual, correlacionando políticas de saúde com programas eleitorais e a forma como o posicionamento em relação ao aborto interfere na vida político-eleitoral e, conseqüentemente nas políticas de saúde. E, sobretudo, como a redução dos investimentos na política pública de saúde desfavorece a atenção à mulher, em especial nos período de aborto/abortamento. Por questões relacionadas ao gênero, a prioridade é dada à maternidade e ao parto, enquanto a atenção ao abortamento fica relegada ao segundo plano. As informações produzidas pelo estudo permitiram alcançar os objetivos específicos de identificar a partir dos conteúdos argumentativos dos profissionais de saúde seus posicionamentos frente à questão da criminalização do aborto no âmbito da assistência à saúde, durante e após o processo de interrupção da gravidez, e compreender que, em que pese a atenção à saúde das mulheres que buscam assistência ao aborto, se há o contraponto entre o aspecto legal de criminalização da mulher que realiza a interrupção da gravidez voluntariamente, e seu atendimento na rede pública de saúde a partir do atendimento humanizado, incitando os profissionais a garantir o respeito aos direitos humanos das mulheres independentemente dos seus preceitos morais e religiosos.

Palavras-chave: Criminalização do Aborto. SUS. Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

CARVALHO, Betania Nunes de. **The criminalization of abortion in the health assistance área.** 2017. 125 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This work presents the results of an exploratory study with a qualitative approach, which analyzed the issue of criminalization of abortion and the position presented by the health professionals who act in a public health unity to women, related to the theme. This unity is located in the city of Rio de Janeiro. Assuming that abortion is considered a crime and is still done by women, how the position of the health professionals is presented and what is the contribution of this professionals in the theme debate and in the assistance to women. To the better comprehension of the theme we did a brief review about the construction of the health policy in Brazil since the start of the democracy until today, correlating health policies with election programs and the way the position on abortion interferes in the political and electoral life and, consequently in health policies. And, above all, how the reduction of investments at the public health policy unfavors attention to woman, specially on abortion periods. By gender related matters, the priority is given to births, while abortion is always pushed aside. The informations generated by the study allowed reaching the specific objectives of identifying, from the argumentative content of the health professionals, their positioning about the criminalization of abortion in the health assistance area, during and after pregnancy interruption process, and comprehend that, in what weigh the attention to the health of women who seek assistance to abortion, if there's the counterpoint between the legal aspect of criminalization of women that interrupt pregnancy voluntarily, and its service in public health network from humanized service, urging health professionals to assure their respect to human rights of women regardless of their religious and morals discrimination.

Keywords: Criminalization of Abortion. SUS. Health Professionals.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Abrasco -	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADPF -	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AMIU -	Aspiração Manual Intrauterina
ANIS -	Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
CDD-Br -	Católicas Pelo Direito de Decidir - Brasil
CEDIM/RJ -	Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro
CFESS -	Conselho Federal de Serviço Social
CFP -	Conselho Federal de Psicologia
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPIA -	Cidadania, Estudos Pesquisas, Informação e Ação
CIPD -	Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
COFEN -	Conselho Federal de Enfermagem
COREN -	Conselho Regional de Enfermagem
CRESS -	Conselho Regional de Serviço Social
CFM -	Conselho Federal de Medicina
CRM -	Conselho Regional de Medicina
DSTs -	Doença Sexualmente Transmissível
FEBRASGO -	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO -	Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia
HMFEM -	Hospital Maternidade Fernando Magalhães
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS -	Instituto Nacional de Seguridade Social
MS -	Ministério da Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
NUPPII -	Núcleo de Políticas Públicas Indicadores e Identidades
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONG -	Organização Não Governamental
ONU -	Organização das Nações Unidas
OS -	Organização Social
PAISM -	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher

PCB -	Partido Comunista do Brasil
PL -	Projeto de Lei
PNA -	Pesquisa Nacional de Aborto
STF -	Supremo Tribunal Federal
SBB -	Sociedade Brasileira de Bioética
SUS -	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	POLÍTICA DE SAÚDE E TRABALHO EM SAÚDE	17
1.1	O caminho que leva à Reforma Sanitária brasileira até a ampliação irrestrita da lógica privatista	17
1.2	Governos Brasileiros pós Constituição Federal de 1988	30
1.2.1	<u>Governos Sarney, Collor e FHC</u>	30
1.2.2	<u>Os governos do PT</u>	35
1.2.3	<u>Governo Temer</u>	44
1.3	Trabalho coletivo em saúde	46
1.3.1	<u>O trabalho na sociedade capitalista</u>	46
1.3.2	<u>O processo de trabalho e o setor de serviços</u>	49
1.3.3	<u>O processo de trabalho nos serviços de saúde</u>	51
2	O ABORTO EM QUESTÃO	57
2.1	Principais teses em relação ao aborto	58
2.1.1	<u>O início da vida x autonomia reprodutiva da mulher</u>	60
2.1.2	<u>Gênero e autonomia feminina</u>	64
2.1.3	<u>Leis restritivas e laicidade estatal</u>	68
2.2	A magnitude do aborto voluntário	73
2.3	Mortes de mulheres cariocas	75
2.4	O aborto no debate político-eleitoral	78
2.5	Posicionamentos dos conselhos e órgãos dos/das profissionais de saúde	81
3	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-ABORTAMENTO ..	89
3.1	Breve caracterização dos/das profissionais de saúde	89
3.2	Criminalização do aborto: o que pensam os/as profissionais de saúde? ..	91
3.3	A assistência e a perspectiva da autonomia feminina	99
3.4	A assistência ao pós-abortamento	106
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS	117
	ANEXO A	121
	ANEXO B	124
	ANEXO C	125

INTRODUÇÃO

Porque abordar um tema tão polêmico, sobretudo num momento em que a sociedade se manifesta aberta e extremamente conservadora? A expectativa ao abordar um tema, e pesquisá-lo, se deve a um compromisso ético-político, nesse caso, de luta pelos direitos das mulheres, de luta pela igualdade de condições entre homens e mulheres, e pela constante busca por sua inserção no âmbito do debate isento de posicionamentos preconceituosos. Nesse caso entendemos que debater o aborto na perspectiva de descriminalizá-lo é um passo fundamental para garantia e ampliação de direitos humanos das mulheres.

De acordo com o sétimo parágrafo do relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1995, os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos reconhecido em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos. Sendo assim, a criminalização do aborto interfere no exercício da autonomia das mulheres e no pleno usufruto dos seus direitos humanos e reprodutivos. Nesse sentido, o reconhecimento formal dos direitos das mulheres como direitos humanos, permite a compreensão de que há para as mulheres condições peculiares de exploração, opressão, discriminação, violência, relacionadas à questão de gênero. É com esse viés que o tema aborto é aqui trabalhado.

Nesse sentido, compreendemos o campo da saúde como aquele que tem acesso à mulher, ou vice-versa, e pode ter acesso à sua história, às suas necessidades e às suas demandas. De fato, a mulher que realiza o aborto submete-se ao risco por realizá-lo em condições inseguras para sua saúde pela decisão de não ter que encarar a maternidade num momento indesejado, que alterará seus planos, sua vida, seu futuro. E nessa atitude arriscada e insegura, necessita de avaliação e intervenção médica. Até tenta ou pensa em adiar a ida a um serviço de saúde pública, mas a maioria não deixa de ir se as conseqüências de um aborto realizado voluntariamente, clandestinamente e de forma insegura, se complicarem. Algumas adiam tanto até não dar tempo de receber assistência capaz de reverter uma infecção que se torna generalizada, por exemplo. Ficam em suas casas às vezes vários dias com febre. A família também silencia e negligencia. A culpa e a vergonha falam muito alto. Além

disso, apesar de poucos, há casos de encarceramento de mulheres pela prática do aborto. Os dados e as estatísticas sobre mortes maternas por abortamentos são notórias.

Dessa forma, o acesso da mulher se dá pela necessidade imediata das complicações de um aborto realizado em condições inseguras.

Por isso fizemos a opção de desenvolver a pesquisa relacionando a assistência prestada pelos profissionais de saúde no pós-abortamento compreendendo que se trata de um campo que tem a possibilidade de conhecer as necessidades das mulheres, às suas histórias para retirar o estigma da mulher que aborta, tanto para qualificar a assistência a elas prestada, como para engrossar a voz daqueles que lutam pela descriminalização e legalização do aborto.

Os anos de experiência no atendimento às mulheres no pós-abortamento numa maternidade pública situada no município do Rio de Janeiro permitiram a aproximação com a temática do pós-abortamento e a pesquisa realizada na especialização em Serviço Social e Saúde na UERJ, em 2011, aprofundaram o conhecimento acerca dessa temática, sobretudo sob o ponto de vista das mulheres e suas histórias.

Sentimos a necessidade de dar continuidade a tal investigação, dessa vez buscando compreender a inserção dos profissionais de saúde no atendimento a essa demanda, e buscando conhecer seus posicionamentos éticos e políticos em relação à criminalização do aborto e de que forma tais posicionamentos interferem em sua atuação profissional. Para isso buscamos conhecer o posicionamento dos respectivos conselhos profissionais, as diretrizes dos respectivos códigos de ética e a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento. Esta última trata da diretriz do Ministério da Saúde enquanto orientações capazes de embasar a assistência realizada à saúde das mulheres, na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e com isso assumiu o compromisso de contribuir para a redução dos altos índices de mortalidade materna pelas seqüelas do abortamento realizado clandestinamente em condições inseguras.

Segundo a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em 1995 em Pequim, o aborto clandestino é considerado um grave problema de saúde pública. Em sua Plataforma de Ação, afirma que todos os governos devem

afirmar seus compromissos com a saúde da mulher, buscando reduzir os abortos inseguros, pois esses têm um grande impacto sobre a saúde pública; devem melhorar os serviços de planejamento familiar, buscando propiciar para as mulheres gestações desejadas e que tenham pronto acesso a informações confiáveis. O importante a se destacar é a orientação de que, independente da legislação de cada país, restritiva e punitiva, ou não, “as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto”. (Plataforma de Ação, § 106-k).

Sabemos que valores, crenças e conhecimento popular se mesclam aos determinantes sociais e culturais e podem passar de geração a geração. A religião, sobretudo a católica e a evangélica por terem um papel ideológico hegemônico nas sociedades, sobretudo nos países considerados de terceiro mundo, e interfere de forma contrária a qualquer tipo de aborto em qualquer estágio da gravidez.

Os movimentos feministas, por outro lado, se posicionam favoravelmente aos direitos sexuais e reprodutivos e reforçam a autonomia da mulher para decidir sobre seu corpo e sua vida.

Diante desse contexto, lançamos a seguinte problemática para a pesquisa: de que forma o posicionamento ético-político do profissional de saúde, no que se refere à criminalização do aborto, reflete na assistência prestada às mulheres no pós-abortamento e pode contribuir para a ampliação do debate no sentido da descriminalização

O aborto realizado em condições inseguras pode apresentar repercussões sociais na vida pessoal, familiar, e no mundo do trabalho. Portanto, tais repercussões precisam ser analisadas e respeitadas. Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento as “complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e de penalização do abortamento”. Portanto, é nesse contexto que o profissional de saúde atua. Não dá, portanto, para atuar de maneira indiferente, valorizando apenas o aspecto físico, mas sim, atendendo de forma oportuna, visto que muitas mulheres têm dificuldade em reconhecer sinais de possíveis complicações. Além disso, há o medo e a vergonha que podem ser fatores que

podem retardar a busca de cuidado. Nesse sentido se faz necessário superar a discriminação e a desumanização desse tipo de atendimento, que representa a realidade de muitos serviços públicos no País.

Na prática dos profissionais de saúde perpassam, em todo momento, questões relativas à ética, à moral, à liberdade, aos valores, próprios da construção social do indivíduo. Associado a isso, existem os códigos de ética profissionais que visam orientar as ações profissionais.

O que contribui para a relativa uniformização das ações são as orientações dos códigos profissionais no que se refere à questão do sigilo profissional, que segue a legislação penal, ou seja, segundo o Código Penal, é crime “revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministérios, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem” (Código Penal, art. 154). Além disso, a própria Constituição Federal garante que “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação” (Art. 5º, X).

Apesar das orientações gerais dos códigos de ética profissionais, e como vimos normas do próprio Código Penal, sabemos que há profissionais que as desrespeitam, colocando seus posicionamentos pessoais acima do posicionamento ético-profissional. Da mesma forma, podem responder perante aos respectivos conselhos de fiscalização e normas penais.

Desta maneira, retomando nosso questionamento acerca dos reflexos do posicionamento ético-político no que se refere à criminalização do aborto, em relação à assistência prestada às mulheres, uma das pretensões desta pesquisa foi conhecer como se dá a intervenção profissional frente à questão do aborto. Os profissionais de saúde aqui investigados atuam num Hospital público do município do Rio de Janeiro.

Portanto, para conseguir tais respostas, foram realizadas entrevistas com seis profissionais de saúde, sendo dois médicos, duas enfermeiras, duas assistentes sociais que atendem mulheres em situação de pós-abortamentos espontâneos e voluntários.

A complexidade que envolve o debate relacionado à criminalização do aborto fez desta uma pesquisa baseada na metodologia qualitativa. Segundo Minanyo (2009), há um nível de realidade que não pode ou não deveria ser

quantificado. Dessa forma, são levados em conta “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009: 21).

Utilizamos um roteiro de entrevista semi-estruturado, tendo em vista a possibilidade de elaboração de um roteiro que permite ao pesquisador fazer perguntas a fim de esclarecer questões que não ficaram claras. As entrevistas foram gravadas.

Para trabalhar com os dados obtidos através das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, buscando enriquecer a leitura das informações obtidas nas entrevistas. Segundo Gomes (2009: 83 APUD BADIN1979: 42)

Análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. GOMES (2009. p. 83).

Estabelecido seu objetivo e metodologia, a pesquisa desenvolvida se dispôs a conhecer a complexidade que envolve a atuação dos profissionais de saúde acerca da criminalização do aborto.

Para realizar a pesquisa de campo com tais profissionais a pesquisa empírica foi cadastrada na Plataforma Brasil e num primeiro momento passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto e, após, remetido diretamente deste para o Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, tendo sido aprovada pelos dois Comitês (ANEXOS 2 e 3).

A escolha dos profissionais se restringiu a médicos/as, enfermeiros/as e assistentes sociais. Os psicólogos/as não foram incluídos/as na pesquisa tendo em vista não ter esse profissional lotado no Hospital selecionado. Durante o processo de trabalho de campo, a unidade recebeu uma profissional da psicologia, procedente de uma unidade básica de saúde, e sem experiência no atendimento às mulheres no pós-abortamento, o que inviabilizou sua possível participação nessa pesquisa.

Em seguida abordamos os/as profissionais de saúde, sendo o critério para participação na pesquisa o fato de estarem inseridos/das no atendimento às mulheres no pós-abortamento. Uma das participantes, embora não esteja lotada no setor de internação, realiza tais atendimentos em situações

esporádicas por necessidade do serviço e sempre para cobrir férias dos profissionais. Tivemos algumas dificuldades para entrevistar uma médica que se negou alegando não estar num bom momento para falar sobre o tema, e duas enfermeiras alegando grande quantidade de trabalho, não podendo se ausentar do setor de atendimento.

As entrevistas foram gravadas, todas com autorizações prévias assinadas e com uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entregue aos entrevistados.

Para a reflexão proposta, dividimos a dissertação em três capítulos. No primeiro apresentaremos uma reflexão acerca da trajetória da política de saúde e as contradições do SUS, para compreender os reflexos no trabalho coletivo em saúde e, conseqüentemente, na assistência à saúde.

No segundo capítulo o foco está voltado para o debate acerca da magnitude do aborto realizado voluntariamente pelas mulheres, as histórias de mortes maternas de mulheres cariocas em decorrência de abortos realizados em condições de clandestinidade e inseguros, como o tema aborto está situado no debate político-eleitoral e, no posicionamento ético-político dos conselhos profissionais das profissões da saúde como enfermagem, medicina, psicologia e serviço social.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados da pesquisa. Consideramos fundamental debater a questão do aborto realizado voluntariamente pela mulher e identificar o posicionamento dos profissionais de saúde que atendem tais mulheres acerca da temática da criminalização do aborto, com vistas à qualificação da assistência à saúde das mulheres, bem como ao aprofundamento do debate.

E, por último, as considerações finais apontando a proposta desse estudo e resultados e apresentando a importância das políticas e práticas de saúde voltadas para garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e para fortalecer o debate de reafirmação dos direitos das mulheres livres de qualquer forma de discriminação.

1 POLÍTICA DE SAÚDE E TRABALHO EM SAÚDE

Nesse capítulo abordaremos primeiramente a trajetória da política de saúde no Brasil no período que vai da década de 1980 até 2016. Num segundo momento abordaremos como o SUS se materializa no Rio de Janeiro e nos Hospitais para compreender como a temática do aborto, está inserida na realidade institucional das unidades públicas de saúde das maternidades do Rio de Janeiro. Num terceiro momento, apresentaremos uma breve trajetória dos governos após a redemocratização, período que vai do governo Sarney até o Governo Temer. E, por último, abordaremos sobre o trabalho coletivo em saúde para debatermos sobre como se dá o trabalho, na perspectiva marxista, nos serviços de saúde e no contexto de atuação profissional dos/das profissionais de saúde

1.1 O caminho que leva à Reforma Sanitária brasileira até a ampliação irrestrita da lógica privatista

A abertura democrática que se inicia na Nova República anuncia a recuperação dos direitos políticos para os cidadãos brasileiros. E numa proposta de resgate da “dívida social” a perspectiva era de ampliação dos direitos sociais. Segundo Paim,

A construção de um *Estado ampliado* no qual um maior leque de interesses de classes, frações de classes, segmentos e grupos de interesses se fizessem presentes no interior do Estado e na ação estatal. (PAIM, 2008, 153).

No entanto, antes de abordar sobre o movimento sanitário e a Reforma Sanitária Brasileira, apontaremos esse período histórico para entender o processo da reforma sanitária e a forma como a classe trabalhadora e os intelectuais se articularam para repensar não somente a saúde, mas o conjunto de determinações estruturais (ambientais, sociais, culturais) que influenciam a qualidade de vida de uma população.

O período ditatorial da década de 1960 apresentou uma nova tendência de desenvolvimento econômico e social subalternizado aos interesses imperialistas e mais dependente ao sistema capitalista. Segundo Netto

A base dos dilemas brasileiros no período 1961-1964 pode ser sintetizado na constatação de uma crise da forma da dominação burguesa no Brasil, gestada fundamentalmente pela contradição entre as demandas derivadas da dinâmica do desenvolvimento embasado na industrialização pesada e a modalidade de intervenção, articulação e representação das classes e camadas sociais no sistema de poder político. (NETTO, 1998, p.26)

A ditadura militar abateu o campo da democracia, articulado por uma dominação da classe burguesa numa proposta de aprofundar os fundamentos da propriedade privada e do mercado capitalista, dando continuidade a um padrão de desenvolvimento dependente e associado ao modelo da década de cinquenta, mantendo a continuidade daquele padrão, e, assegurando, portanto, as taxas de acumulação do grande capital. Se por um lado o Estado atua como “repassador da renda para os monopólios” (Netto, 1998, p.28), por outro, media os conflitos setoriais e intersetoriais em benefício estratégico das corporações transnacionais cujo capital não possa competir. Netto vai definir como uma “funcionalidade econômica e política”, com característica *antinacional* e antidemocrática, na medida em que prejudicou um larguíssimo espectro de protagonistas de todas as classes sociais.

A instauração da ditadura militar expressou a derrota das forças democráticas, a exclusão e as soluções “pelo alto”, conferindo plenos poderes ao papel do Estado enquanto garantidor dos privilégios do grande capital. Havia ainda a preocupação com a proliferação do comunismo e do socialismo no mundo e especialmente na América Latina, que colocava em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo.

A partir de agora avaliaremos brevemente os três momentos que atribuíram características ao período ditatorial, de 1964 a 1968; de 1968 a 1974; e, de 1974 a 1979 e seus impactos para política de saúde. O período que vai de 1979 a 1985, que se refere ao governo de João Figueiredo, não é incluído por Netto no rol do ciclo autocrático-burquês, pois já se evidenciava nesse período o final desse ciclo. Frente à articulação e mobilização de setores da sociedade civil, principalmente do movimento popular, e o acúmulo de forças de resistência democrática, a Ditadura se mostrou incapaz de se reproduzir.

De 1964 a 1968, período que compreende o governo de Castelo Branco, foi marcado, segundo Netto, *pela inépcia da ditadura em legitimar-se*

politicamente, em articular uma ampla base social de apoio que sustentasse as suas iniciativas. (Netto, 1998, p.35), tratando-se de uma ditadura reacionária, com alusões à democracia e uma prática política no bojo da qual ainda cabiam algumas mediações de corte democrático parlamentar.

De 1968 a 1974, novas características converteram o regime em tipicamente fascista, sob as bases do autoritarismo, corporificando ainda mais os interesses do grande capital monopolista imperialista. A repressão à oposição na forma policial-militar – o terrorismo de Estado – se torna prática organizada e planificada oficialmente.

De 1974 a 1979, representa o último momento da ditadura, caracterizado pela crise do “milagre” econômico no qual se busca a transcendência para o novo Governo de Figueiredo. Segundo Netto, isso “*visava à recomposição de um bloco sociopolítico para assegurar a institucionalização duradora das relações econômico-sociais e políticas, estruturado a serviço dos monopólios.*” [...] e nesse sentido, o objetivo nesse momento era combinar “formas parlamentares limitadas com mecanismos decisórios ditatoriais”. (NETTO, 1998, p. 41,).

Entre 1979 e 1985, o governo de Figueiredo foi o último do regime militar. O modelo implantado pela ditadura militar entra em crise, pois, tanto o capitalismo a nível mundial também entra num período de crise, como também a economia nacional reduz o ritmo de crescimento devido a diminuição do fluxo de capital estrangeiro. A famosa frase do Antonio Delfin Neto, então ministro do planejamento, de fazer crescer o bolo para depois dividi-lo, não se reflete na área social. Os indicadores de desigualdade se acentuaram.

Segundo Polignano (2012) havia um movimento de transição democrática com a eleição direta para governadores e vitória esmagadora da oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas no período de 1982.

O Estado ditatorial necessitava, portanto, operar diretamente em dois planos e indiretamente num terceiro, ou seja, era necessário num primeiro momento limitar a autonomia das facções do “partido militar” e subordiná-lo a um comando único e inquestionável. Segundo, era necessário aniquilar todas as forças político-organizativas que, na contestação radical do seu projeto, poderiam introduzir elementos de problematização de longo curso na sua

intenção de institucionalização. E terceiro, já que não conseguiria realizar o projeto de auto-reforma de modo coercitivo, precisava dos setores mais ponderáveis da sociedade. Neste plano foi onde o projeto de auto-reforma encontrou os maiores obstáculos. Isso porque poucos segmentos se reconheciam nas representações políticas sancionadas pelo Estado, e também, por outro lado, a crise econômica que se aprofundava promovia realinhamentos políticos novos. A classe operária foi reinserida nesse espaço de coalizão de forças. Greves no ABC paulista passaram a fazer parte do cenário político-econômico; a reemergência do proletariado urbano; a expansão do movimento democrático.

Nesse cenário, a autocracia burguesa é “obrigada”¹ a combinar concessões e gestos tendentes à negociação com medidas repressivas.

O que se pode concluir desse momento é que o projeto de auto reforma não obteve êxito e a crise econômica que leva o país ao fundo do poço acentua os realinhamentos políticos. A dominação burguesa se vê compelida a transitar por outros caminhos.

O pressuposto era controlar a vida cultural no país através de uma política cultural a ser inserida no tecido social e político a fim de equacionar os problemas da vida social por meio da questão cultural. Nesse sentido, a política cultural tende a ser um instrumento político-administrativo. A autocracia burguesa procurou integrar a sua política cultural ao sentido das suas políticas sociais e combinava tarefas ora com predomínio da sua intervenção repressiva, ora com sua intervenção “positiva” – conforme a correlação de forças no plano político, o grau de resistência, pressão das forças e movimentos democráticos, o nível de estruturação e de articulação alcançado pelo Estado autocrático burguês e suas políticas sociais.

Assim, os grandes problemas estruturais foram aprofundados e o tratamento à “questão-social” foi dado a partir de uma prática marcada pelo binômio repressão-assistência. Nesse sentido, a política assistencial foi ampliada, mas ao mesmo tempo, foi burocratizada e pautada por uma regulação da sociedade com intuito de suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime repressor.

¹ Grifos de Netto, 1998, p.42

O padrão de acumulação no período antes da ditadura entrava em contradição com os anseios democráticos e a burguesia possuía duas alternativas, segundo Bravo:

Assegurar o desenvolvimento proposto, concorrendo com projetos alternativos de classes não-burguesas na luta pela direção da sociedade, ou garantir hegemonia pela força, apelando para a antidemocracia e a dependência [...] (BRAVO, 1996, p. 27)

O legado da ditadura militar nessa perspectiva de uma interação entre ditadura e capital monopolista, em que o capital financeiro passou a determinar a fisionomia e o movimento do Estado restringindo o exercício de cidadania e exercendo controle sobre a sociedade civil, contribuiu para a desarticulação da atividade dos partidos, esvaziamento da participação em sindicatos, por fim ao direito à greve e ampliação da jornada e ritmo de trabalho. Portanto, a repressão foi o principal mecanismo para aprofundar as relações capitalistas de exploração da força de trabalho visando à acumulação capitalista.

As principais medidas da política social nesse período foram a unificação das instituições previdenciárias² sendo criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a criação de um sistema para aquisição da casa própria - o Sistema Financeiro de Habitação (SFH)³, criação do Fundo de Garantia por tempo de Serviço – FGTS – enquanto uma poupança compulsória e, posteriormente o Programa de Integração Social – PIS, e Programa de Patrimônio do Servidor Público – PASEP.

Tais medidas tiveram como características fundamentais o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político. Além disso, a repressão militar seria incapaz de justificar por um longo período o governo ditatorial, instituindo, para isso, a formulação dessas políticas sociais na busca pela legitimação do governo perante a população.

Polignano (2001) relata que a criação do INPS foi fundamental para o desenvolvimento de um “*complexo médico industrial*” que visava prestar atendimento médico e previdenciário aos que trabalhavam com carteira

² Anteriormente à unificação existia os Institutos de Aposentadorias e Pensões conforme a categoria profissional, ou seja, em 1933 foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM), em 1934, o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936, o dos Industriários (IAPI) e em 1938, o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL). Desde 1941 o processo de unificação já vinha sendo gestado, não sem grandes resistências devido as radicais transformações que implicava.

³ Pretendia estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação

assinada, ou seja, contribuintes e beneficiários de um novo sistema que se destinava principalmente a acumular um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário o governo militar se viu na obrigação de manter aquilo que já era oferecido pelos IAPs: aposentadorias, pensões e assistência médica. No entanto, foi necessário ampliar a cobertura para atender a demanda que aumentou consideravelmente. Segundo Polignano, ao aumentar o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários era impossível ao sistema médico e previdenciário existente atender toda essa população. Assim

O governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia. (POLIGNANO, on line⁴)

Assim, convênios e contratos com médicos e hospitais existentes no país foram realizados o que propiciou a esses grupos capitalizarem e levando a um aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares. Dessa forma estava formado o “complexo médico-industrial” em que o Estado favoreceu a ampliação dos lucros dos monopólios.

No entanto, a partir de 1974 durante o Governo Geisel, a intervenção estatal sobre a questão social, dado a omissão e inoperância perante as problemáticas sociais desde 1964, levou a uma perda de legitimidade do regime autoritário, ocasionando uma nova institucionalidade política e estabelecendo uma nova relação entre Estado e demandas sociais.

Nesse sentido, especificamente na área da saúde, apesar da continuidade do privilegiamento dos interesses empresariais, se ampliou significativamente a inclusão de diversos segmentos da sociedade no questionamento da política adotada até então.

A partir daí, esse novo sistema levou a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) em 1978, que é expressão da tendência de aglutinar a assistência médica desvinculada da concessão de benefícios. No entanto, as reformas implementadas não foram capazes de resolver a crise decorrente da contradição entre a tendência à universalização

⁴ FONTE: http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf

e a pouca flexibilidade da base financeira entre as contribuições e os produtores de serviços médicos privados.

O setor médico privado se beneficiou recebendo valores vultosos desse modelo médico-privatista no período de 1964 até 1975. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, este setor percebeu que não poderia mais se nutrir daquele e reformulou novas alternativas para sua reestruturação.

Assim, se iniciou uma divisão entre atenção médica à classe média e algumas categorias de assalariados, na modalidade contributiva, e à maioria da população um sistema público⁵, com os poucos recursos dos governos federal, estadual e municipal.

O momento político pós-ditadura favoreceu a busca por um Estado democrático de direito e, conseqüentemente, permeável a um projeto político nos moldes do projeto da Reforma Sanitária. Segundo Matos, o “Movimento Sanitário” foi importantíssimo para a política de saúde no país:

Este movimento questionava o sistema de saúde vigente, qualificando-o de irracional, e apontava propostas para a construção de um sistema de saúde que não discriminasse nenhuma pessoa, ou seja, que não exigisse contribuir financeiramente para ser atendido e que fosse eficaz e eficiente. (MATOS, 2009, p.47)

É notório que esse processo se deu em meio a divergências político-partidárias e vários personagens entraram em cena, entre eles os profissionais de saúde e suas entidades representativas, o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estado de Saúde (CEBES) como o principal veículo de difusão e ampliação do debate em torno da democracia; e os partidos políticos de oposição, no qual o PT e o PDT defenderam a estatização e o PCB e PC do B propuseram uma convergência para a estatização a partir de um reforço progressivo do setor público. Assim, segundo Paim (2008, p.154) “... a ideia e a proposta de da Reforma Sanitária ... expressaram-se em um complexo projeto”

O período que vai de 1964 a 1985 caracteriza esse período ditatorial, sem, no entanto, ser possível afirmar que o fim do ciclo autocrático burguês representou o início de um regime político democrático. O que configurou esse momento foi a ampla coalizão de forças de resistência democrática e de ampla vitalização do movimento popular.

⁵ População estimada em 1990 em torno de 120.000.000 de brasileiros (Polignano, 2001)

O grande complexo médico-industrial resultou de convênios e contratos estabelecidos com o setor privado. O sistema médico previdenciário não conseguia atender a toda a população. Assim, recursos públicos foram direcionados para a iniciativa privada com o objetivo de cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia. Entre 1964 e 1984, segundo Polignano on line⁶, a criação de um mercado cativo de atenção médica para os prestadores privados “levou a um crescimento próximo de 500% no número de leitos hospitalares privados, de tal forma que subiram de 74.543 em 69 para 348.255 em 84”.

A economia estava em recessão, a população com baixos salários, desemprego, aumento da violência urbana e da mortalidade infantil. A política de saúde pautada pelo modelo da medicina curativa foi incapaz de solucionar os principais problemas da saúde coletiva. Dessa forma, o modelo de saúde entrou em crise. Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), órgão ligado ao Instituto Nacional de Medicina e Previdência Social (INAMPS) com o objetivo de fiscalizar de forma mais rigorosa a prestação de contas dos prestadores de serviços. Técnicos ligados ao movimento sanitário integraram o CONASP.

Uma importante conquista do CONASP, que enfrentava a oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de Medicina de Grupo foi a implantação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) no nordeste.

Em 1983 foi criado as Ações Integradas da Saúde (AIS), projeto interministerial (previdência, Saúde e Educação), visando um novo modelo assistencial que integrou ações curativas-preventivas e educativas.

O contexto de transição democrática com o movimento denominado de “Diretas Já” (1985) e a eleição de Tancredo Neves, marcou o fim do regime militar e diversos movimentos sociais foram constituídos. Na área da saúde foram criados o CONASS e Conselhos Municipais de Secretarias de Saúde (CONASEMS).

Portanto, a década de 1980 expressou o início de um processo de lutas sociais que reivindicavam melhorias das condições de vida (saneamento,

⁶ Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>. Acesso em: 12/07/2017

creche, serviços públicos, entre outros) e os vários movimentos sociais se articulam com o movimento sanitário.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 foi o marco inicial desse debate, a partir do texto aprovado nessa Conferência que garante que a “saúde é um direito de todos e dever do Estado”, que culminou com a elaboração da Constituição de 1988, nesses termos, incluindo a saúde como parte dos direitos sociais de cidadania.

Ao contrário de várias outras reformas (previdenciária, tributária, administrativa e universitária), reformas propostas pelo Estado, a Reforma Sanitária surgiu a partir da sociedade com suas “bandeiras de lutas”. O cenário de discussão da saúde modificou-se completamente com a inclusão da participação dos seguintes setores da sociedade: ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública, e entidades representativas da população como sindicatos, associações, profissionais da saúde, entre outros.

As principais propostas que foram debatidas por esses sujeitos coletivos foram: a universalização do acesso; saúde enquanto direito de todos e dever do Estado; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, financiamento efetivo, participação social através da democratização do poder local via Conselhos de Saúde.

Essa reformulação profunda do Setor definiu os novos rumos da política nacional de saúde a partir de uma reforma não apenas administrativa e financeira, mas também política, jurídica, organizacional e comportamental. A saúde passou a ser definida não apenas relacionada à assistência médica, mas enquanto resultante das condições de vida, moradia, trabalho, salário, alimentação, transporte, meio ambiente, entre outros. Novas diretrizes e princípios organizaram as ações do Estado na Saúde, a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um Sistema Único de Saúde gratuito, descentralizado e desvinculado da Previdência Social e com financiamento autônomo. Esse processo de democratização da saúde segundo Paim,

Exigiria algo mais que a formulação de uma Política Nacional de Saúde ou a Construção de um novo Sistema Nacional de Saúde. Significava a revisão crítica de concepções, paradigmas e técnicas, mas também mudanças no relacionamento do Estado e de seus aparelhos com a sociedade e dos funcionários com os cidadãos. (PAIM, 2008, p.156).

Nessa perspectiva, as concepções de saúde vinculadas à proposta da Reforma Sanitária tiveram origem nas ideias do departamento de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública. Então, se observa que a saúde e a doença não podem ser explicadas apenas por fatores biológicos. A partir daí a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva centrou-se, originalmente, em dois conceitos: *determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde* (Teixeira, 1985 APUD PAIM, 2008, p.165). O avanço nessa forma de concepção ampliada da saúde permitiu ampliar a análise e a intervenção sobre a realidade, além de novos aportes conceituais, metodológicos e operativos, tais como: custo-benefício, custo-efetividade, planejamento participativo, entre outros, que modificaram a noção de organização sociais das práticas de saúde e que contribuíram para o movimento sanitário que deu origem ao projeto da Reforma Sanitária.

Portanto, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira está centrada na democratização da saúde, do Estado e seus aparelhos e da sociedade e, conseqüentemente, se apresenta “como um *projeto civilizatório* articulado à *radicalização da democracia* na perspectiva do socialismo. (PAIM, 2008, 173). Os princípios que deram origem ao projeto de Reforma Sanitária no Brasil surgiram em meados da década de 1970, no período de redemocratização do país. Esse período, também chamado de abertura democrática, recuperou direitos políticos e ampliou os direitos sociais como forma de resgatar a “dívida social” no período ditatorial com o objetivo de alicerçar um Estado ampliado com o maior leque possível de grupos de interesses de classes e grupos sociais nessa ação estatal.

Falar sobre a Reforma Sanitária implica retomar um momento histórico que deu origem à atual política de saúde. A abertura democrática iniciada na década de 1980 com a eleição de Tancredo Neves para a presidência da República marcou esse início da democratização da vida social e política.

Na década de 1980, Brasília foi palco de diversos movimentos sociais, e no dia 01 de fevereiro de 1987 o Congresso construiria uma nova Constituição. Representantes de diversos segmentos da sociedade, como as centrais sindicais e o Movimento dos Sem-Terra, por exemplo, reivindicavam reforma agrária, liberdade, autonomia sindical, salário mínimo real, entre outros.

A convocação da Assembléia Nacional Constituinte partiu do governo militar por meio da Emenda Constitucional nº 26. Nesse sentido, havia limites à participação social. Ainda assim, diversos setores da sociedade participaram pressionando os constituintes, numa correlação de forças que perpassou todo o processo constituinte.

Vários setores, entre estes os setores da saúde organizaram-se e no final dos anos setenta os movimentos sanitários exigiam uma verdadeira reforma sanitária. Sem dúvida alguma, o evento de maior relevância nesse período de abertura democrática para a área de saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 em Brasília. De acordo com Bravo (2011: 110), os temas abordados na Conferência foram: “I) a saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; II) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico-institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas dos serviços de saúde; III) Financiamento setorial”. Nesta Conferência, foi definido o conceito de saúde no sentido mais amplo, o qual é utilizado nos dias atuais, pautado na LOS (Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080/1990) no seu artigo 3º que diz: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”.

Nesse mesmo posicionamento, o movimento de mulheres defendia que o sistema de saúde contemplasse serviços específicos para a população do sexo feminino. A questão reprodutiva passou a abranger a preocupação com a autonomia das mulheres a abandonar a lógica materno-infantil em prol de uma ótica que inclui as necessidades da vida das mulheres. O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) representou um marco dos direitos sexuais e reprodutivos ao consolidar um olhar que até hoje orienta a formulação de políticas públicas e pautas reivindicatórias. Nesse sentido, as demandas do movimento de mulheres passam a integrar a pauta do movimento sanitário, que reivindicava uma ampla reforma do sistema público de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde articulou ainda mais o Movimento Sanitário para exigir a inclusão de suas propostas no Texto Constitucional. As palavras de ordem eram universalização, descentralização, participação popular, hierarquização entre outras.

Estavam em disputa na Assembléia Constituinte dois blocos relativos à política de saúde: o bloco privatista e o da reforma sanitária. O primeiro bloco é considerado o privatista, formado pelos grupos multinacionais que atuavam na prestação de serviços de saúde e também pelos empresários hospitalares e produtores de equipamentos e insumos que defendiam a compra de serviços privados pelo setor público. O segundo bloco é o representado pelo Movimento da Reforma Sanitária, formado por profissionais progressistas da saúde e os movimentos sociais e defendia a saúde como direito de cidadania e de responsabilidade do Estado, bem como a participação da sociedade na definição de suas necessidades e controle da qualidade de seus serviços (BRAVO, 2011). Em 1987, é aprovado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), dando início à descentralização e a reforma da previdência. A partir de 1988, o INAMPS passou a ser incorporado pelas secretarias de saúde, ficando apenas com a “responsabilidade de participar na definição de políticas e de acompanhar e controlar os recursos financeiros da previdência social repassados aos demais níveis de governo” (Bravo, 2011: 112).

Portanto, na Assembléia Nacional Constituinte, o projeto apresentado pelo Movimento da Reforma Sanitária conseguiu alguns avanços. Para Bravo

O processo constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 representaram, no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social. A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas injustiças sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos tendo em vista a longa tradição de privatizar a coisa pública pelas classes dominantes. (BRAVO, 2001, p.9)

O SUS, de acordo com a Constituição de 1988 no artigo 198, é definido como “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade. Parágrafo Único – o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Lei 8080/1990)

Esse modelo de atenção à saúde expressa claramente que está voltado para as necessidades da população, e demonstra preocupação com o estado de bem-estar social e principalmente com a saúde coletiva enquanto um direito de cidadania. Portanto, os princípios doutrinários do SUS são a universalidade do acesso às ações e serviços da saúde; a equidade como garantia da igualdade à assistência à saúde; a integralidade, compreendendo as pessoas em sua totalidade.

O SUS foi regulamentado pela Lei 8.080/1990 que apresentou sua forma de organização e funcionamento. Nesse contexto, a saúde passa a ser definida no artigo 3º, de forma ampliada, ou seja:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8080/1990)

No final da década de 1980 o Projeto de Reforma Sanitária já apresentava fragilidade das medidas reformadoras em curso, que se expressa, por exemplo: pela ineficácia do setor público e, em consequência disso, uma redução do apoio popular face à ausência de resultados na assistência à saúde. Esses, entre outros aspectos, que levaram ao questionamento do Sistema Único de Saúde.

Mesmo levando em consideração os avanços e as suas históricas conquistas o SUS no Brasil é mantido mesmo diante das dificuldades para sua implementação, sobretudo devido ao redirecionamento do papel do Estado influenciado pela Política de ajuste neoliberal, no qual houve um forte ataque aos direitos sociais e previdenciários, evidenciando um forte ataque à seguridade social.

1.2 Governos Brasileiros pós Constituição Federal de 1988

É fundamental apresentar uma breve trajetória dos últimos governos brasileiros e suas propostas político-econômicas para compreender os embates nas políticas públicas, sobretudo nas políticas de saúde.

1.2.1 Governos Sarney, Collor e FHC

Após 21 anos de o Brasil ter sido governado por militares, Tancredo Neves, representante de um pensamento progressista, foi eleito pelo Colégio eleitoral em 1985 com 480 votos, enquanto seu adversário, Paulo Maluf, então representante da ditadura, teve 180 votos.

Na véspera da posse em 14 de março de 1985, Tancredo Neves foi internado e seu vice tomou posse. E no dia 21 de abril Sarney tomou posse definitivamente após a morte de Tancredo Neves.

O governo Sarney (março de 1985 a março de 1990) marca o início desse giro de cunho “conservador” a partir do deslocamento de suas alianças para o bloco conservador do Congresso, denominado então de “Centrão”. Com o apoio desse bloco prorrogou seu mandato em mais um ano e, paradoxalmente ao momento político de lutas democráticas pela ampliação dos direitos, dá um giro à direita e, as políticas sociais, entre elas, o SUS, não foram implementadas nesse período.

Segundo Matos (2015) a não implementação efetiva dos direitos conquistados e expostos pela Constituição Federal de 1988 foi marcado por esse avanço do projeto neoliberal. E, há claramente uma tensão entre as conquistas constitucionais asseguradas pelo forte movimento social pela redemocratização e a contrarreforma neoliberal.

O neoliberalismo, segundo Anderson (1995, p.9) nasceu na região da Europa logo após a II Guerra Mundial, enquanto proposta de Friedrich Hayek⁷ de combate ao keynesianismo que imperava no momento e “preparar as bases de um novo tipo de capitalismo”. Ele entendia que a limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado limitava a liberdade econômica e política o que impedia a prosperidade de todos.

⁷ Texto Caminho da Servidão, escrito por Hayek em 1944.

No entanto, tal teoria não encontra solo fértil até 1973 que com a crise do modelo econômico do pós-guerra suas ideias neoliberais passaram a ganhar terreno. Segundo Hayek a meta era a estabilidade monetária, sendo necessário para isso manter um Estado forte para romper com o poder dos sindicatos e controle do dinheiro, mas parco para os gastos sociais e intervenções econômicas.

Quem inicialmente implementa o ideário neoliberal é Margareth Thatcher na Inglaterra em 1979, pondo fim aos “remédios keynesianos às crises econômicas” (ANDERSON, 1995, p.3). Em seguida, Ronald Reagan em 1980, Kohl na Alemanha em 1982, Schluter na Dinamarca em 1983, e a partir daí quase todos os países da Europa ocidental⁸ viraram à direita.

Nessa proposta de reanimação do capitalismo avançado e especificamente nos casos de deflação, lucros, empregos e salários, é visível que o programa neoliberal obteve êxito. No entanto, não conseguiu restaurar as taxas de crescimento e acumulação existentes antes da crise dos anos 1970. Ou seja, a recuperação das taxas de lucro não levou a uma recuperação dos investimentos principalmente porque provocou uma inversão mais especulativa do que produtiva. Não cabe aqui uma explanação sobre economia, mas sim, entender como o ideário neoliberal reflete nas políticas públicas brasileiras e no caso em questão, na saúde pública, já que segundo Anderson (1995, p17) “o projeto neoliberal continua a demonstrar uma vitalidade impressionante” e “como se pode ver na nova onda de privatizações” e sua hegemonia se expressa de forma ampla e irrestrita.

Numa análise mais generalizada, Anderson (1995) conclui que o neoliberalismo fracassou economicamente, visto que não revitalizou o capitalismo; atingiu seus objetivos do ponto de vista social, criando sociedades marcadamente mais desiguais, embora não tenha reduzido a estatização tanto como pretendia; e política e ideologicamente teve êxito, já que se tornou hegemônico.

Nesse sentido, a proposta de Política de Saúde construída na década de 1980 começou a ser desconstruída e vinculada ao mercado, isto é, se observa que as privatizações e as contratações se ampliam, indo contra a Legislação

⁸ Exceto Suécia e Áustria.

em Saúde⁹. Assim, o SUS tem sido paulatinamente desconstruído e desrespeitado. A Reforma Sanitária nesse contexto indicava a dificuldade de concretização das proposições apresentadas na VIII CNS já que a possibilidade de se atingir políticas democratizantes para o setor saúde é impensável sem os investimentos necessários. A Reforma Sanitária encontrou, segundo Paim (2008) “sérios obstáculos à sua implementação”.

Portanto, os anos noventa no Brasil tiveram essa característica do Estado mínimo e o governo de Fernando Collor de Mello (15 de março de 1990 a 29 de dezembro de 1992) foi o primeiro a tentar a implementação desse projeto, mas de fato quem o assume é o governo seguinte – Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Os poucos programas sociais existentes o governo Collor se encarregou de restringir até eliminá-los. Segundo Matos, no que se refere à saúde “Collor evitou o máximo que pôde a constituição do SUS. A Lei 8.080/90 sofreu diversos vetos presidenciais, quase todos referentes à participação popular e ao financiamento”. (MATOS, 2009, p.55)

As leis 8.080/90 e 8.142/90 buscaram corrigir a lacuna quanto ao tema do financiamento e da participação popular, sendo conhecidas como “Lei Orgânica da Saúde”. Assim, a Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social e que a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios deveriam ser baseados no perfil epidemiológico, demográfico, rede de serviços instalada, desempenho técnico, ressarcimento de serviços prestados. Logo após, esse artigo foi modificado com a edição das Normas Operacionais Básicas - NOBs, primeiro em 1991, depois em 1993 e por último em 1996, que editaram regras para o funcionamento e operacionalização do SUS, sobretudo por questões relacionadas ao financiamento.

O período da administração de Collor é marcado por esquemas de corrupção que o leva ao impeachment e inelegibilidade por oito anos. Itamar Franco (1992-1994), vice-presidente, assume e seu governo é marcado por

⁹ Por exemplo a Lei 8.080 que estabelece em seus artigos 17 e 18 a competência das direções estaduais e municipais do SUS de gerirem seus serviços: “a gerência de seus serviços não pode ser delegada a terceiros”.

uma conjuntura sanitária favorável (PAIM, 1998 apud Matos, 2009), mas pouco inovou no que se refere à política social.

Nesse período do Governo Itamar ocorreu a 9ª CNS (1992) que denunciou, segundo Paim (2008), “o não cumprimento da legislação sanitária e defendeu a municipalização da saúde”. Seu governo, com apoio do Conasems¹⁰, atuou no que se refere à descentralização das ações e serviços de saúde que estavam consubstanciados na NOB 01/93 e os municípios passaram de mero prestadores de serviços a administradores e executores da política de saúde. O repasse de recursos foi vinculado ao funcionamento de conselhos de saúde. Apesar disso, a NOB – 93 permaneceu distante do marco legal.

O Governo Itamar foi considerado por Paim (2008), apesar do ajuste macro-econômico do “Plano Real”¹¹, extinguir formalmente o INAMPS, e desenvolveu uma interlocução com os movimentos sociais, iniciou a discussão da Reforma Psiquiátrica, medicamentos genéricos e regulação da assistência médica suplementar (SAMS).

Em 1995 Fernando Henrique Cardoso – FHC - assume o governo mantendo e intensificando o projeto neoliberal. A reforma do Estado partia do discurso da ineficiência estatal para gerir as políticas públicas e reformas orientadas para o mercado, pois os problemas no âmbito do Estado brasileiro desde os anos oitenta eram apontados como responsável pela crise econômica e social. Houve, nesse sentido, de acordo com Behring, uma “espécie de reformatação do Estado brasileiro para adaptação passiva à lógica do capital”. (Behring, 2011, p.151)

Sob tais argumentos o governo de FHC intensificou as privatizações, iniciando pela Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), e Companhia Vale do Rio Doce. Além disso, apresentou a proposta da reforma previdenciária, administrativa e tributária, sob o argumento de reforma do Estado com vistas à defesa do “Estado mínimo”. Segundo Behring, alguns argumentos foram centrais como justificativa dos processos de privatizações:

Atrair capitais, reduzindo a dívida externa; reduzir a dívida interna; obter preços mais baixos para os consumidores; melhorar a qualidade dos serviços; e atingir a eficiência econômica das empresas, que estariam sendo ineficientes nas mãos do Estado. (Behring, 2011, p. 153)

¹⁰ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

¹¹ Programa que pretendia a estabilização e reformas econômicas.

De fato as estatais privatizadas tiveram um desempenho altamente lucrativo após as privatizações, visto que aumentaram preços e tarifas, demissões ocorreram antes e após as privatizações, as dívidas foram suprimidas pelo governo, obtiveram facilidades com empréstimos a juros baixos entre outras medidas, que não ficaram transparentes para a população brasileira, lesada repetidas vezes durante todo esse processo. Além disso, na questão da privatização brasileira houve a entrega de parcela do patrimônio público ao capital estrangeiro. As mazelas causadas por esse modelo de privatização gerou desemprego, desequilíbrio da balança comercial e desmonte do parque industrial nacional com a remessa de dinheiro ao exterior.

No que se refere especificamente ao Setor Saúde, sob o argumento da crise nesse setor, com a atuação do então Ministro da Saúde – Adib Jatene, criou-se a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) - que foi aprovada pelo Congresso Nacional em 1996 e vigorando em 1997.

O objetivo da CPMF era aplicar os recursos arrecadados exclusivamente na saúde por um período de um ano, no entanto, os recursos foram deduzidos dos recursos do orçamento da União para outros setores, visto que tal exclusividade não estava expressa em lei. Segundo dados do site do Senado Federal¹², durante os anos em que vigorou – 1997 a 2007 – a CPMF arrecadou 223 bilhões sendo 33,5 bilhões desviados para cobrir outros déficits do tesouro nacional.

A proposta de reforma do Estado, sob esse argumento de que o Estado é incapaz de executar políticas públicas, levou a uma tendência de desresponsabilização pela política social e desprezo pelo padrão constitucional de seguridade social. Segundo Matos (2009), “a reforma do Estado defendida pelo governo FHC e seus intelectuais apontou para a redução do espaço público, a quebra de direitos sociais e trabalhistas...” (MATOS, 2009, p.56)

Com o agravamento da crise financeira no governo FHC, o mesmo faz um acordo com o Fundo Monetário Internacional (FMI) que refletiu diretamente na diminuição da atividade produtiva do país. Em 1999 a crise cambial se agrava devido aos efeitos da política econômica e o desemprego aumentou. As propostas defendidas pelo governo que vem a seguir – governo Lula – dá

¹² <http://www12.senado.leg.br/noticias/entenda-o-assunto/cpmf> (acessado em 22/06/2017)

sequência à contrarreforma do Estado iniciada na gestão de FHC, com nítidas políticas de cunho neoliberal.

E a ideia de contrarreforma representa um conjunto de medidas e ajustes contrários aos avanços até então conquistados. Segundo Bhering, a contrarreforma é

Um conjunto de mudanças, ajustes e direcionamentos que não estruturaram-se de maneira positiva do ponto de vista de melhorias substanciais na qualidade e modo de vida da sociedade. Muito pelo contrário, visualizamos um processo de aprofundamento das dificuldades e percalços que historicamente assolaram a classe trabalhadora. De fato, trata-se de [...] uma contrarreforma conservadora e regressiva, diferente do que postulam os que a projetaram entre as paredes dos gabinetes tecnocráticos e inspirados nas orientações das agências multilaterais. (BEHRING, 2008, p. 171).

É, portanto, uma estratégia política para facilitar as privatizações e ajustar o Estado para a expansão do mercado, ou seja, proporcionar a entrega do patrimônio público ao capital estrangeiro com base no discurso de combate à crise fiscal. Nesse sentido, a contrarreforma visa compatibilizar a política econômica com os interesses da classe dominante, em detrimento das políticas sociais.

1.2.2 Os governos do PT

Quando o governo do Partido dos Trabalhadores (PT) assumiu em 2003, trazendo como presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2006), consagrou um resultado da reação da população contra o projeto neoliberal implantado. No entanto, segundo Netto (2005 apud MENEZES, 2014)

o projeto de Lula e do PT, desde as eleições, já não era um projeto transformador, progressista. O governo Lula promoveu ativamente a subordinação dos trabalhadores aos interesses patronais, contribuiu para a desmobilização dos movimentos sociais. Foi um governo de colaboração de classes, de conciliação de classes, isto é, sua orientação política geral é burguesa. E essa conciliação implica a aceitação da dominância do neoliberalismo, ou seja, a adoção do projeto de um governo social-liberal. (MENEZES, 2014, p.10)

Apesar de trazer como principais metas o Projeto Fome Zero que se concentrou no programa Bolsa-Família, segundo Behring (2004), no plano econômico manteve todos os parâmetros da era FHC, ou seja, o superávit primário; a Desvinculação de Receitas da União (DRU); as taxas de juros parametradas pela Selic; estímulo ao agronegócio; inesgotável pagamento dos

juros; encargos e amortizações da dívida pública; e o aumento da arrecadação da União.

Num balanço sobre as políticas sociais, apesar de algumas inovações na área fiscal, os investimentos na área social foram muito reduzidos e focalizados, com políticas compensatórias que não levaram à direção de outro projeto para o país.

No que se refere à política de saúde apresentada no programa de governo, segundo analisa Bravo & Menezes (2013) a saúde é tratada como um direito fundamental e explicita-se o compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde, e a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária. No entanto, há um direcionamento do governo para fortalecer também outro projeto em disputa que é o projeto privatista e de certa forma, representa continuidade em relação à política de saúde dos anos 1990. Matos (2015), pautado em Bravo (2006), desenvolve uma reflexão sobre esse período:

Em uma análise sobre o primeiro mandato do governo Lula, identifica na política de saúde do governo duas dimensões: uma de inovação e outra de continuidade. Como aspectos de inovação, a autora indica: o retorno da concepção de reforma sanitária; a escolha de profissionais comprometidos com a reforma sanitária para o segundo escalão; a redefinição da estrutura do Ministério da Saúde com a criação da secretaria de gestão do trabalho, da secretaria de gestão participativa e da secretaria de atenção à saúde, que visou unificar atenção básica, secundária e terciária; a convocação extraordinária da 12ª Conferência em 2003 e a elaboração de um documento preliminar para discussão nas conferências preparatórias; a escolha da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde. Sobre os aspectos de continuidade, aponta: a ênfase na precarização do trabalho em saúde; a focalização, expressa, por exemplo, na ênfase da Estratégia Saúde da Família, sem alterá-la significativamente, e no programa de farmácia popular; a terceirização dos recursos humanos, da qual a expressão cabal é o caso dos agentes comunitários de saúde; a ampliação do conceito de “ações de serviços de saúde” para gastos com saneamento e segurança alimentar; a utilização sistemática dos recursos da seguridade social para outros gastos; a falta de vontade de construir a seguridade social e o desfinanciamento da política de saúde. (MATOS, 2009, p.69)

No que se refere à terceirização dos trabalhadores da saúde, apesar da implantação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) aprovada como política nacional por meio da Resolução nº 330 de 2004, as ações para sua viabilização não foram efetivadas.

O Pacto pela Saúde (2006), isto é, o conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) pretendia promover inovações nos processos de gestão com a finalidade de atribuir eficiência e qualidade às ações dos SUS e redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população. Nesse sentido, ele representou a iniciativa pela rediscussão da organização e funcionamento do SUS e sinalizou a necessidade de avançar na implementação de seus princípios.

No segundo mandato de Lula (2007 a 2010) o (neo) desenvolvimentismo¹³ conciliou os aspectos “positivos” do neoliberalismo (MENEZES, 2014, P. 13), com os aspectos “positivos” do velho desenvolvimentismo (crescimento econômico, industrialização, papel regulador do Estado, sensibilidade social etc).

Segundo Castelo foi nessa segunda fase do governo Lula que a ideologia desenvolvimentista voltou repaginada numa nova fase do desenvolvimento capitalista. Essa fase foi inaugurada

Nos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) foi comemorada pelas classes dominantes. Em 2006, Olavo de Setúbal, dono do Itaú, fez rasgados elogios à política econômica do governo Lula, que então mantinha intacta a herança dos governos Fernando Henrique Cardoso do tripé defendido pelo Consenso de Washington (superávit primário, metas inflacionárias e câmbio flutuante). Em novembro de 2009, a revista *The Economist* fez uma matéria de capa com o título "Brasil decola" (*Brazil takes off*), com a imagem do Cristo Redentor subindo aos céus como um moderno foguete. (CASTELO, 2012, p.2)

Para o bloco ideológico novo desenvolvimentista, a partir da associação entre desenvolvimento econômico e social, o Brasil viveria uma etapa inédita do desenvolvimento do capitalismo, inaugurando o “social-desenvolvimentismo” (Castelo, 2012).

O contexto econômico apresentou rumos de crescimento com altas taxas de lucros e juros recordes, com redução de impostos sobre bens duráveis, valorização do salário-mínimo, aumento do crédito ao consumidor, programas de combate à pobreza, o que levou ao “apassivamento” das lutas da classe trabalhadora, levada pelo conformismo. Nesse sentido, se por um lado houve preocupação do governo com a pobreza extrema, não houve, por

¹³ Termo apresentado por Sampaio Jr (2012, p. 680) que se resume ao esforço de atenuar os efeitos mais deletérios de ordem global sobre o desenvolvimento, o parque industrial nacional e a desigualdade social.

outro, preocupação com o combate à concentração de riqueza, desistoricizando, dessa forma, a concepção de pobreza tratando-a como fenômeno que pode ser gerido através de políticas sociais. Para Bravo e Menezes as conseqüências dessa estratégia de enfrentamento da pobreza via políticas compensatórias

Em vez de integrarem os excluídos, consagra a fratura social, porque distribui uns poucos recursos àqueles que jamais conseguirão se integrar, para dar andamento à política concentradora e excludente. (BRAVO, MENEZES, 2014, p.14)

Nesse sentido, para Castelo (2012), o desenvolvimentismo foi muito mais uma estratégia de propaganda política do governo Lula, do que um corpo de doutrina a fim de direcionar as ações do Estado.

Nesse contexto social, político e econômico ocorre a implantação do SUS, ou seja, contrária à proposta do movimento da reforma sanitária e voltada para atender aos interesses fisiologistas, corporativistas, mercantilistas e patrimonialistas. Houve avanço da privatização das ações e serviços a partir da contratação de serviços privados, levando à proliferação da saúde suplementar e contrário à lógica do SUS que se propõe a atender de forma universal e integral.

A criação das fundações estatais é uma proposição preocupante, porque são entidades regidas pelo direito privado e está em consonância a com a lógica da contrarreforma do Estado, no qual a contratação de pessoal acontece via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não leva em consideração a luta por Plano de Cargo, Carreira e Salário, não enfatiza o controle social entre outros.

Apesar de os movimentos sociais estarem reagindo contrariamente a essa proposição apontando pautas relacionadas ao aprofundamento de políticas universalistas, o cumprimento da legislação brasileira sobre a gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS, debatendo o financiamento do SUS, essa proposta de cunho privatizante permanece avançando. O interesse público vem sendo substituído por interesses particularistas.

Nesse sentido, no governo Lula, a disputa desses dois projetos na saúde – de reforma sanitária e privatista – continuou. Alguns sujeitos coletivos como o Conselho Nacional de Saúde, a Frente Nacional Contra as Organizações Sociais (OS's) criada em 2010 e iniciativas como o Seminário Nacional “20

anos de SUS”, realizado em 2010, se mostraram frentes de ação contrárias à privatização e em defesa da saúde pública e estatal, resultando inclusive na Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Os governos Dilma (2011-2014 e 2015-2016) aprofundaram esse processo de privatizações. Ao contrário das promessas eleitorais as primeiras ações se deram no sentido de cortes orçamentários, restrição de investimentos e medidas de caráter privatista. A área social não foi enfatizada pelo seu governo e ocorreu a subordinação da lógica social à lógica econômica. O corte de até R\$ 60 bilhões no orçamento para pagamento dos juros e amortização da dívida atingiu basicamente a área social, ou seja, corte no Programa “Minha Casa, Minha Vida”, no Ministério da Reforma Agrária, na área da Educação, Meio Ambiente, Transportes, entre outras. Além disso, aprovou o projeto da Desvinculação das Receitas da União (DRU) no qual foi permitido retirar 20% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social para outras finalidades, como por exemplo, pagar os juros da dívida aos rentistas e manter o superávit primário.

O que se conclui desses governos na atual crise estrutural do capitalismo é:

A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando espaço do mercado; a falta de viabilização da concepção de Seguridade Social; o subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado; os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais; o avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através de parcerias público-privadas. (MENEZES, 2014, p.17).

A consolidação do SUS foi a base do discurso de posse da ex-presidente Dilma, apresentando-o como a grande prioridade do seu governo no qual fiscalizaria e acompanharia o serviço prestado e respeito ao usuário, a partir de um indicador sobre a qualidade do acesso aos serviços de saúde. Segundo o então ministro da saúde – Alexandre Padilha – a saúde ocuparia o lugar no centro da agenda de desenvolvimento.

Alguns desafios foram apresentados: a regulamentação da Emenda Constitucional (EC) 29 que representou perda de 30 bilhões de reais, visto que manteve a base de cálculo do piso nacional da saúde (que na ocasião

representava 7% da receita bruta do governo federal); e a definição de regras claras em relação ao financiamento da saúde; focalização da atenção centrada no usuário e na atenção básica.

No que se refere à lógica privatista, Padilha afirmou não ter preconceito com qualquer modelo gerencial que cumpra as diretrizes do SUS, o que se observa com a ampliação dos modelos de gestão que privatizaram a saúde como as Organizações Sociais (OS's), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's), Fundações Estatais de Direito Privado.

No governo anterior a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é criada pela Medida Provisória nº 50, de 31 de dezembro de 2010, e no governo Dilma a mesma é recolocada através do PL 1749/11, apesar do posicionamento contrário apresentado pela XIV Conferência Nacional de Saúde (CNS). A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde participou da XIV CNS e apresentou propostas contra a privatização.

A partir do quarto mandato do PT (no qual Dilma Roussef derrota o candidato do PSDB Aécio Neves por uma diferença de 3,28% dos votos), apesar de apresentar uma proposta mais “à esquerda”, assume um governo marcado aliado à pauta conservadora e neoliberal defendida por seus adversários. Aliado a isso, a crise internacional e o desaquecimento da economia, associada às denúncias de corrupção na Petrobrás, levou à queda da popularidade do governo petista, sendo o sistema político definitivamente apropriado pelo poder econômico.

O financiamento das campanhas eleitorais por empresas/empresários¹⁴ apresenta um contexto em que setores ligados ao agronegócio, empreiteiras, mineradoras, e planos privados de saúde, principais financiadores das campanhas, conduzem o sistema político, já que aprovam leis, emendas e medidas provisórias que favorecem tais setores. A Medida Provisória 656, que permite a entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde, é um exemplo de tal iniciativa, visto que a lei que regulamenta o SUS - Lei 8.080/90 – veda tal investimento.

¹⁴ Conforme prevê a Lei 9504/97.

Segundo o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)¹⁵ em 2015 o governo Dilma Rousseff anunciou o bloqueio de 13,4 bilhões de reais do orçamento da saúde, enquanto parte da proposta do ajuste fiscal. O que chama a atenção é o crescimento e fortalecimento do setor privado na assistência à saúde. Ainda em 2013, o então Presidente da Câmara de Deputados, Eduardo Cunha, relatou a Medida Provisória 627, que anistiava em dois bilhões de reais a dívida dos planos de saúde com o SUS. No entanto, Dilma vetou tal medida. A PEC 451 que obriga as empresas a pagar plano de saúde privado para todos os seus empregados foram outras iniciativas nesse sentido de privilegiamento do setor privado. Trata-se de uma direção de governo e, segundo Júnior,

Essa opção ideológica, colocada em prática em todos os níveis de atenção, estimulou a mercantilização do trabalho médico particularmente, beneficiado diretamente que é por uma realidade caracterizada por uma indiscutível reserva de mercado. (JUNIOR, 2015, p.21).

Outra medida de grande impacto na política de saúde foi a aprovação da Lei 4330/04, que ocorreu na Câmara no dia 09 de abril de 2015, dez anos após sua tramitação. A proposta dessa lei permite que todas as atividades fim, de empresas, empresas públicas, sociedades de economia mista, produtores rurais e profissionais liberais possam ser terceirizadas para outras empresas contratantes. As relações trabalhistas foram impactadas com a flexibilização desses “novos modelos de gestão” na saúde.

Uma das beneficiárias desse “novo modelo de gestão” é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que foi apresentada pelo Governo Federal como a solução para a denominada “crise”¹⁶ dos Hospitais Universitários (HU’s). Segundo Correia, trata-se de “uma empresa com personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica.”¹⁷

¹⁵ Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Dilma, preserve os interesses públicos na saúde. Saúde é política de Estado. 2015. Disponível em www.abrasco.com.br. Acessado em 21/04/2017.

¹⁶ “Cultura da crise” foi um termo apresentado por Ana Elizabete Mota no sentido de que se gesta a ideia da “crise” para que a partir daí possa ser sustentado o argumento da necessidade de medidas austeras e que esta seja bem aceita. (MOTA, 2005)

¹⁷ Consta no Inciso II do art. 5º do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Este inciso é citado no Art 1ª da Lei 12550/2011: Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a criar empresa pública unipessoal.

A lógica da criação da criação da EBSEH se dá nesse sentido da contrarreforma do Estado brasileiro, que se inicia no governo FHC, e se estendeu até os governos petistas. Segundo Cardoso

[...] a partir da década de 1990, com o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, o novo modelo econômico possibilitou a privatização de grande parte das empresas estatais – sempre as mais lucrativas – na esfera da produção e também a privatização de alguns serviços como a saúde, a educação e a previdência social. (CARDOSO, 2015, p.39).

É nesse contexto de privatizações que os planos de saúde privados ganham espaços e que a EBSEH dá continuidade à política do grande capital iniciada no governo FHC e que se estende até o governo Dilma Rousseff.

Segundo definição de Andreazzi, o plano privado, ou seguro privado de saúde, nada mais é do que

[...] um mecanismo de financiamento privado de consumo de atenção à saúde, contemplando o pagamento de prestações a uma empresa ou organização que se obrigará a fornecer esta atenção ou reembolsar seus gastos, mediante contrato firmado entre as partes com uma determinada temporalidade e definição das coberturas”. (ANDREAZZI, 2015, p.54)

Os planos de saúde, segundo Andreazzi são representados por

[...] empresas que comercializam seguros e planos privados de saúde possuem várias naturezas jurídicas e dirigem seu negócio a um mercado de filiação individual, em grupos ou empresarial. (...) As naturezas jurídicas existentes no Brasil reconhecidas pela Lei 9686/1998 que regulamentou os Seguros e Planos Privados de Saúde vão desde as organizações ditas filantrópicas até empresas comerciais, seguradoras e cooperativas médicas. (ANDREAZZI, 2015, p. 55)

O segmento empresarial dos planos de saúde atingiu 49 milhões de associados¹⁸, ou seja, 25,3% da população brasileira.

Nesse sentido, as propostas do SUS trilharam um caminho inverso e a privatização se tornou um processo progressivo.

Nessa perspectiva surgem os novos modelos de gestão denominados como Organizações Sociais (OS's), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's) e Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's), que demonstram uma contrarreforma de cunho neoliberal que ataca o caráter público e universal do SUS e parte para o seu desmonte através de uma universalização excludente. Segundo Santos e Correia, o artigo 1º da Lei nº 9.637/98 informa que

¹⁸ Dados de 2013, de acordo com o artigo de ANDREAZZI, 2015, p.53.

O objetivo formal da chamada “lei das OS” foi o de qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, a proteção e preservação do meio ambiente, a cultura e a saúde. (SANTOS E CORREIA, 2015, p.36)

Assim sendo, as OS's podem contratar funcionários públicos sem concurso público, adquirir bens e serviços públicos sem a necessidade de realizar processo licitatório ou de prestar contas à Administração Pública. A crítica às OS's se baseia nas contradições na sua efetivação, isto é, maiores gastos estatais e ineficiências e irregularidades. No entanto, os principais problemas enfrentados pelo SUS não estão centrados no seu modelo de gestão, mas, ao contrário na não viabilização dos meios materiais necessários à efetivação do modelo de gestão já assegurado na sua legislação e no que se refere aos seus princípios fundamentais: ações baseadas na descentralização, com garantia de acesso universal, controle social e com financiamento tripartite. Esse é o principal desafio para implementação efetiva do SUS.

A orientação para o papel do Estado nessa perspectiva é, ao invés de oferecer o serviço diretamente, concentra os esforços apenas no financiamento e controle dos serviços ambulatoriais e hospitalares, tendo como eixo a racionalização dos gastos para o fortalecimento do setor privado, nessa perspectiva de alinhamento às contrarreformas do Estado brasileiro.

Nesse caminho para a privatização via terceirização da gestão e dos serviços públicos, observa-se clara ameaça aos direitos sociais uma vez que é o Estado que viabiliza tais direitos. A população é quem fica prejudicada em relação aos acessos aos serviços de saúde terceirizados já que a lógica da atuação das organizações privadas é o lucro, ou seja, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população.

Se em 2013 o segmento empresarial dos planos de saúde atingiu 49 milhões de associados, ou seja, 25,3% da população brasileira, em 2016, em face da crise econômica (aumento dos preços, desemprego e endividamento das famílias), 2,6 milhões de brasileiros pararam de pagar tais planos.

A partir de 2015 a crise econômica se agravou, sobretudo com o aumento da população que usa o SUS. O fim da CPMF levou ao principal baque no financiamento da saúde em 2008 e estimou-se que houve uma perda de R\$ 40 bilhões anuais para a área. Em 2016 o Ministério da Saúde afirmou

ter aumentado os recursos destinados à saúde pública, sendo 51% superior aos recursos executados em 2011.

O mandato de Dilma foi interrompido pelo impeachment. No dia 31 de agosto de 2016, Dilma Roussef foi condenada por crime de responsabilidade, em uma sessão no plenário do Senado Federal. Tal processo de impeachment teve início no dia 2 de dezembro de 2015 quando o então Presidente da Câmara de Deputados aceitou a denúncia por crime de responsabilidade feita pelo procurador da Justiça aposentado Hélio Bicudo e pelos advogados Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal.

As denúncias apresentadas foram de desrespeito à lei orçamentária e à lei de improbidade administrativa por parte da presidenta.

Não foi um processo consensual, visto que alguns juristas contestavam as duas principais denúncias: a abertura de créditos suplementares sem autorização legislativa e as pedaladas fiscais, sob alegação de que tais ações não caracterizaram improbidade administrativa e que não havia provas de envolvimento em crime doloso que justificasse seu impedimento.

No dia 17 de abril de 2016, o plenário da Câmara de Deputados aprovou o relatório com 367 votos a favor e 137 contrários. Tal parecer foi enviado ao Senado no dia 12 de maio de 2016 e foi aprovado por 55 votos favoráveis contra 22 contrários ao impeachment.

A presidenta foi afastada até a conclusão do processo que ocorreu em 31 de agosto de 2016. Dessa forma, Dilma teve cassado o mandato de presidenta, assumindo o vice-presidente Michel Temer.

1.2.3 Governo Temer

No governo de Michel Temer, o Ministério da Saúde anunciou em 2016 um projeto de “planos de saúde populares” com a proposta de oferecer serviços de saúde a preços mais baixos para em média dois milhões de brasileiros. Além disso, a proposta é a tentativa de reinserir mais de 2,5 milhões de brasileiros que deixaram de pagar planos de saúde, uma medida de cunho estritamente mercantilista para atender aos interesses do capital.

As propostas enviadas pelo Ministério da Saúde (MS) à Agência Nacional de Saúde (ANS) são três: a primeira, é o Plano Simplificado que

incluiu atenção primária, consultas com especialistas e exames de diagnóstico de baixa e média complexidade. Não incluiu internação, terapias, exames de alta complexidade e atendimento de urgência e emergência; a segunda, é o Plano Ambulatorial e Hospitalar na qual a cobertura inclui atenção primária e atenção especializada de média e alta complexidade. No entanto, para ter acesso aos cuidados especializados o usuário ou usuária deve passar obrigatoriamente por uma avaliação prévia.

Nessa mesma lógica de contrarreforma se situam as chamadas “reformas” trabalhista e previdenciária. As mudanças apresentadas seguem à lógica das finanças. O PL 6787/16 questiona a rigidez das leis trabalhistas, tratando-a como incompatível com os tempos modernos e a geração de emprego, produtividade e competitividade. Em seus argumentos o PL pretende promover a revisão de vários artigos da CLT. A proposta “Uma Ponte para o Futuro” lançada pelo PMDB em 2015 já defendia essa “reforma”. As medidas já adotadas pelo Governo Temer podem ser divididas nos seguintes aspectos, segundo Segundo o Dossiê da Reforma Trabalhista do Centro de Estudos Sindicais e Economia do Trabalho (CESIT) *on line*¹⁹

1. Formas de contratação mais precárias e atípicas; 2. Flexibilização da jornada de trabalho; 3. Rebaixamento da remuneração; 4. Alteração das normas de saúde e segurança do trabalho; 5. Fragilização sindical e mudanças na negociação coletiva; 6. Limitação do acesso à Justiça do Trabalho e limitação do poder da Justiça do Trabalho. (DOSSIE DA REFORMA TRABALHISTA, 2017)

Nesse sentido, a análise dos fundamentos e das medidas da reforma, permite concluir seus efeitos nefastos visto que promove a desconstrução de direitos, desestruturação do mercado de trabalho, ampliação da vulnerabilidade, deterioração das condições de vida e de trabalho, ampliação da desigualdade social e fortalecimento da exclusão social, entre vários outros aspectos apontados pelo Dossiê. Paradoxalmente, a contrarreforma defende uma concepção de “justiça social” baseada na retirada de direitos.

Quanto a Reforma da Previdência

Nesse sentido, abordaremos no próximo item justamente a questão do trabalho coletivo em saúde para compreender como se dá a atuação dos profissionais de saúde na construção do SUS e na materialização da política de saúde conforme os princípios da Reforma Sanitária.

¹⁹ http://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2017/06/Dossie_FINAL.pdf

1.3 Trabalho coletivo em saúde

A política de saúde em suas diretrizes e objetivos aponta para um modelo médico hegemônico e a lógica de organização dos processos de trabalho pautados por interesses econômicos e políticos. Portanto, o Estado surge como favorecedor da expansão e ampliação do capital privado sobre os serviços sociais, na perspectiva de segmentação e privatização do espaço público.

Nesse sentido, é fundamental compreender os processos de trabalho nessa área, pois vêm incorporando as características do processo de produção capitalista.

No que se refere à participação dos/das profissionais de saúde em processos de trabalho é fundamental compreender que estes/estas profissionais não possuem um processo de trabalho específico, mas participam de múltiplos processos de trabalho conforme sua inserção na divisão social do trabalho e a partir das condições e relações de trabalho.

Nesse sentido, torna-se fundamental para os/as profissionais o conhecimento da realidade sobre a qual atuam, compreendendo o movimento do capital em direção aos serviços e de que forma estes reagem nos processos de trabalho, realizando nesse sentido atuações numa perspectiva crítica e propositiva.

1.3.1 O trabalho na sociedade capitalista

A produção capitalista e o processo de trabalho na sociedade capitalista a partir da perspectiva crítico-dialética expressa tal relação (capital e trabalho) para além da simples produção de mercadorias já que se trata de produção e reprodução de relações sociais na e pela mesma atividade, ou seja, o trabalhador ao gerar valor e valor excedente (capital), cria e recria as condições de dominação do capital sobre si.

A reestruturação produtiva, na contemporaneidade, sobretudo em decorrência do grau de desenvolvimento das forças produtivas associado à busca pelos altos lucros, tem alterado a relação capital/trabalho e assumido

novas configurações. Segundo Harvey, a produção no contexto da acumulação flexível

É marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. (HARVEY, 1994, p.140)

Portanto, o debate em torno da centralidade do trabalho tem se apresentado, sobretudo pelo questionamento se ainda é o trabalho atividade central na criação de valores de troca. Há um novo cenário no mundo do trabalho a partir das inovações tecnológicas, da automação, da micro-eletrônica que substitui o trabalho vivo, dispensando grandes massas de trabalhadores, surgindo novas profissões no âmbito dos serviços e um novo ritmo para o ciclo da reprodução do capital.

Os elementos simples do processo de trabalho, segundo Marx (2014)²⁰, se constituem por uma atividade orientada a um fim, a dimensão teleológica, ao objeto e seus meios, através dos quais, por intermédio da relação entre o homem e os objetos, se efetua o trabalho e o desenvolvimento das forças produtivas²¹.

Portanto, todas as condições objetivas necessárias para que o trabalho se realize devem ser analisadas. A matéria-prima do objeto trabalhado, o meio de trabalho, como de se dá vida ao produto do trabalho, são fatores objetivos do trabalho vivo, no qual resultam dessa relação os produtos que, após serem criados são consumidos.

Partindo de tais análises entendemos que o processo de trabalho se particulariza nesta sociedade pela concentração privada dos meios de produção no qual o trabalho se realiza a partir de vários trabalhadores, num mesmo espaço de produção ou em espaços dispersos, um único processo de trabalho, o que Marx denomina como cooperação.²²

²⁰ Marx, K. A mercadoria. In: Marx, K. O capital. Crítica da economia política. (2014)

²¹ De acordo com o desenvolvimento econômico é possível distinguir as épocas econômicas.

²² A produção capitalista de fato só começa quando o mesmo capital individual emprega simultaneamente uma superior quantidade de operários, portanto, [quando] o processo de trabalho alarga o seu volume e fornece o produto numa superior escala quantitativa. O ato de uma superior escala quantitativa de operários, ao mesmo tempo, no mesmo espaço, (ou, se quiser, no mesmo campo de trabalho), para a produção do mesmo tipo de mercadorias, sob o comando do mesmo capitalista, forma histórica e conceitualmente o ponto de partida da

Conforme o nível de desenvolvimento das forças produtivas se observa que a produção de mais-valia se apresenta em dois estágios: “subsunção formal”, na qual o trabalho está submetido a limitações de determinado desenvolvimento das forças produtivas, adquirindo mais-valia absoluta e, a “subsunção real” do trabalho ao capital, na qual capitalistas iniciam a reorganização do processo de trabalho com o objetivo de adquirir mais-valia relativa.

Nesse sentido, a força produtiva por meio da cooperação e também da divisão do trabalho contribui para maior produtividade do trabalho (e na mesma ação contribui para o maior empobrecimento do trabalhador nas suas forças produtivas individuais). A divisão do trabalho associado ao controle do ritmo e intensidade do trabalho pelo ritmo da máquina²³, na qual o trabalhador perde o controle do próprio trabalho. Com isso se estipula um tempo de trabalho dito socialmente necessário para a produção de mercadorias, e o trabalhador nesse contexto perde o controle do seu próprio trabalho. Isso significa mudanças na forma de produzir que não ocorrem sem simultâneas mudanças nas relações sociais, nas relações entre as classes sociais. Assim, o processo de trabalho produz e reproduz a relação capitalista entre as classes sociais, e o que está em jogo nessa perspectiva é a produção de mais-valia, na qual normalmente se pensaria que é a simples produção de mercadorias. Segundo Antunes (2013, p. 42) “a própria mercadoria é unidade de valor de uso e valor, seu processo de produção tem de ser unidade de processo de trabalho e processo de formação de valor”.

A troca, enquanto relação jurídica que confere igualdade na relação jurídica do contrato entre possuidores de mercadorias – indivíduos livres, possuidores da força de trabalho e capitalistas, possuidores dos meios de produção, trata de produtos de idêntico valor, ou seja, equivalentes. No entanto, o valor das mercadorias é determinado pelo *quantum* de trabalho materializado em valor de uso, pelo tempo de trabalho necessário à sua

produção capitalista. Com respeito ao próprio modo de produção capitalista. Com respeito ao próprio modo de produção, a manufatura, por exemplo, mas se distingue, nos seus inícios, da indústria corporativa artesanal, a não ser pelo maior número de operários simultaneamente ocupados pelo mesmo capital. A oficina do mestre de corporação é apenas alargada. Marx, Karl. O Capital. Livro 1, Seção 4ª, 11º capítulo.

²³ O filme Tempos Modernos expressa de maneira interessante o trabalho coletivo.

produção. Dessa forma, a matéria-prima já tem o seu valor definido pela quantidade de tempo de trabalho social gasto na sua produção.

Portanto, a força de trabalho é uma mercadoria e é a única que cria um valor além do que lhe é pago pelo capitalista e o “*valor da força de trabalho* é determinado pelo *valor dos meios de subsistência* necessários para produzir, desenvolver, manter e perpetuar a força de trabalho”. (ANTUNES, 2013, p.73)

O valor de uma mercadoria é determinado pela *quantidade de trabalho* nela contida. Mas uma parte dessa quantidade de trabalho representa um valor pelo qual foi pago um equivalente em forma de salários; outra parte está realizada num valor pelo qual *nenhum* equivalente foi pago. Ou seja, uma parte do trabalho incluído na mercadoria é trabalho *pago*; a outra, trabalho *não pago*. (MARX, 2014, p.220)

A operacionalização do processo de trabalho é assegurada pelas condições objetivas, ou seja, matéria-prima, meios de produção e equipamentos físicos e pelas condições subjetivas, que é força de trabalho. Assim, na questão do processo produtivo os meios de produção são a parte constante do capital e a força de trabalho, a parte variável, porque cria valor, relativo aos custos de seu salário e a mais-valia para o capitalista. A fim de que o capitalista não pague além do que vale o preço médio, os meios de produção não devem conter mais tempo de trabalho socialmente necessário, além de não desperdiçar matéria-prima e tempo de trabalho, que vai contribuir para a concorrência no mercado.

A reprodução da força de trabalho é um produto histórico na medida em que varia conforme a realidade de cada país, dos níveis culturais e das perspectivas da classe que vive do trabalho. Dessa maneira, o capitalista transforma trabalho em capital e o trabalhador se torna alienado ao se separar aquele que produz daquele que pensa o processo de produção em sintonia com determinado processo histórico e necessidades específicas.

1.3.2 O processo de trabalho e o setor de serviços

O conceito de serviços remete a questão central que se traduz na possibilidade de gerar lucro ao capitalista a partir do que foi produzido nas

relações sociais capitalistas, sendo, portanto, um trabalho produtivo e viabilizando assim o ciclo do capital.

O setor de serviços atinge um enorme crescimento na fase do imperialismo. Marcelo Braz e José Paulo Netto (2012, p. 213) se baseiam em Colin Clark (1905-1989) para definir serviços: “dividiu a atividade econômica em três setores: o primário, envolvendo agricultura, a silvicultura, a pecuária, a pesca e as indústrias extrativistas; o secundário, envolvendo o conjunto das indústrias (exceto as extrativistas); e o terciário, cobrindo as demais atividades.

Para Netto e Braz

nos *serviços* se incluem atividades financeiras e securitárias, comerciais, publicitárias, médicas, educacionais, hoteleiras, turísticas, de lazer, de vigilância privada etc. Esse setor, onde prevalece nitidamente o trabalho improdutivo, passou a ocupar, progressivamente, uma grande massa de assalariados, muito diferenciado entre si (desde trabalhadores sem nenhuma qualificação a especialistas, técnicos e profissionais de nível universitário). (Netto e Braz, 2012, p. 213).

A expansão da produção capitalista dos serviços vem acompanhada de baixos salários, devido à simplificação e industrialização do trabalho e à forma como atingem o comércio. A tecnificação como recurso a maior produção e dispensa de trabalho vivo, a desqualificação, a divisão do trabalho e a sua fragmentação compõem alguns elementos do processo de trabalho.

É importante aqui observar que os serviços estão no mesmo patamar do interesse do capitalista que outras atividades e que sua ampliação é dada pela necessidade de garantir um excedente de capital – sobretrabalho – não importando a forma determinada do trabalho, pois seu objetivo é favorecer a redução do tempo de rotação do capital. Na mesma proporção, são reduzidas e até eliminadas as garantias ao trabalho e reatualizadas as formas de exploração de trabalho.

Assim, o mercado de trabalho torna-se exigente e vive uma constante tensão no sentido de que tem que acompanhar o acelerado processo de inovações tecnológicas e conseqüentemente de exigências. Se exige, com isso, maior qualificação sem, no entanto, lhe garantir um trabalho com direitos assegurados. A partir dessa expansão capitalista pela intensificação da força de trabalho física e intelectual os trabalhadores estão sendo expostos às condições de informalidade o que significa situações precárias, parciais e

temporárias, no qual Antunes vai denominar de desproletarização e superproletarização da classe trabalhadora (ANTUNES, 2012).

Portanto, a necessidade de valorização do capital alcança outras áreas produtivas de mais-valia, caracterizando a superacumulação²⁴, se fazendo necessária a criação e ampliação de outras funções comerciais e de serviços. E todos os processos de trabalho são considerados úteis, no sentido de que produzem o excedente, criando capital produtivo, através do trabalho não pago.

Nesse sentido, buscou-se apreender como, na contemporaneidade, se encontra organizado o processo de trabalho no setor de serviços e a seguir, buscaremos compreender como se expressa o processo de trabalho nos serviços de saúde.

1.3.3 O processo de trabalho nos serviços de saúde

Na esfera pública embora o trabalho produza valores de uso e valor correspondente aos salários, não ocorre produção de mais-valia já que a atuação estatal visa à prestação de serviços à população. Trata-se aqui do trabalho improdutivo, ou seja, de apropriação de mais-valia social produzida pelo conjunto de trabalhadores produtivos nos diferentes saberes. Ao Estado cabe, portanto, a distribuição dessa mais-valia social, podendo priorizar as demandas do capital ou do trabalho, o que depende da capacidade de organização e da luta de classes, entre outros.

No entanto, apesar de ser considerado trabalho improdutivo, a produção de valores de uso, cumpre outro papel no sentido de sua participação na circulação de capitais e na expansão de empresas fornecedoras de suportes materiais. Essa mais-valia social, associada à expansão da política com cunho neoliberal, permite ao capital se ampliar. O Estado favorece o capital quando reduz seus investimentos tornando necessária a compra direta dos serviços privados; quando prioriza a atenção curativa, dependente de equipamentos médicos; terceiriza parte de seus serviços; prestação de assistência à saúde de baixa qualidade entre outros.

²⁴ Netto e Braz (2012) vão caracterizar a busca incessante pela superacumulação como “a natureza parasitária da burguesia contemporânea [que] torna-se casa vez mais acentuada”. p 256

O processo de trabalho em saúde no serviço público é definido por diferentes relações e condições de trabalho da sua realização na esfera privada, no que se refere ao ritmo, fragmentação e a mediação de sua produção que é pautada nos mesmos parâmetros que o trabalho nos ramos produtivos. Sendo assim, a lógica está pautada na estatística e produtividade nos atendimentos e arremete à lógica privatista, ou seja, relacionado ao número de internações hospitalares, de intervenções cirúrgicas, na quantidade de consultas e exames realizados. Nessa perspectiva muitas vezes é confrontada os meios necessários à realização do trabalho, frequentemente indisponíveis e inexistentes, retardando o resultado de uma ação.

Esse quadro tem levado à desmotivação e insatisfação dos profissionais em relação ao resultado do seu trabalho, pois as condições objetivas para as ações dos profissionais estão arraigadas aos valores de ordem política e econômica, que muitas vezes impacta diretamente no cotidiano dos serviços de quem está na ponta desse processo e que não tem essa percepção. A divisão do trabalho entre aqueles que pensam e aqueles que executam, dificulta essa percepção, que é justamente apontar quais são os processos que determinam esta contradição.

Então, o processo de trabalho na saúde se realiza através do trabalho coletivo – diversas instâncias de organização do serviço, setores e profissionais – que atuam na formulação das políticas públicas e na prestação de serviços à população.

O SUS e seus princípios²⁵ norteiam a implementação e a execução das políticas de saúde, devendo as ações profissionais ser parametradas por tais princípios. E nesse mesmo sentido, configura os processos de trabalho, direciona tecnicamente o trabalho dos vários profissionais que atuam no contexto da saúde, levando a hierarquização entre os trabalhadores, que contribui não apenas para o aumento da produtividade, mas também para um trabalho especializado. Ao tratar sobre o trabalho na saúde, Nogueira (1991, p. 2) afirma que na esfera dos serviços o trabalho tem uma singularidade, marcada pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a cooperação vertical (diversas ocupações ou tipos de trabalhadores que participam de uma determinada hierarquia) e a cooperação horizontal

²⁵ Princípios do SUS: universalização, integralidade, equidade e hierarquização das ações.

(diversas subunidades que participam do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação envolvem uma complexidade de relações com a organização da político-administrativa dos serviços de saúde²⁶. As condições e relações de trabalho em que se encontram os trabalhadores desse Setor devem ser levadas em consideração na avaliação do processo de trabalho.

Através das políticas públicas em saúde que são definidos os objetivos e conteúdo das ações profissionais, onde são priorizadas demandas, rotinas, protocolos que vão conferindo características ao processo de trabalho nessa área. Portanto, a fragmentação, a padronização, tecnificação, dentre outras, são características do processo de trabalho no modo capitalista de produção.

Nesse sentido, é interessante refletir de forma breve como ocorre a organização do trabalho coletivo, na assistência ao pós-abortamento na unidade de saúde pesquisada. Para tanto, faremos antes uma breve caracterização do aborto no marco da lei atual no Brasil, e também uma caracterização do serviço de saúde.

O dispositivo penal que criminaliza o aborto permanece nos artigos, 124,125, 126, 127 do Código Penal de 1940²⁷, apesar de a Constituição Federal de 1988 afirmar a igualdade entre mulheres e homens. Ao mesmo tempo, convive com a obrigação do Estado brasileiro de adotar medidas internas segundo os parâmetros de direitos humanos, e acordos internacionais no âmbito das Nações Unidas que reconhecem os direitos reprodutivos como direitos humanos, e o aborto como uma questão de saúde pública. Dessa forma integram o marco legal brasileiro. A relação contraditória em que a matéria penal continua “intacta” diante de novos compromissos do Estado, com a abertura democrática e adoção de novos fundamentos para a ordem constitucional (art. 1º, CF) é alvo de recomendações internacionais ao Brasil nessa perspectiva da harmonização dos instrumentos legais e a relação com os riscos para a saúde da mulher.

A política de saúde para as mulheres e a assistência ao abortamento é um primeiro passo para tal harmonização.

²⁶ Tal política inclui cooperação com as demandas dos usuários, com o Estado, com a Indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

²⁷ Trataremos mais detalhadamente desses artigos no capítulo 2.

No que se refere à Secretaria Municipal de Saúde/RJ, a assistência ao pós-abortamento envolve um conjunto de profissionais e serviços vinculados à elaboração e a execução desta política. Atualmente são doze unidades de saúde voltadas para o atendimento à mulher no Município do Rio de Janeiro.

Para entender a organização atual a SMS/RJ se encontra organizada em: Subsecretaria Geral – SUB-G; Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses - SUBVISA; Subsecretaria de Gestão; Subsecretaria de Defesa Civil - SUBDEC; Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde – SUBPAV; e, Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE. As duas últimas têm como atribuição a implementação da atenção primária e, atenção hospitalar. Dentre as duas formas de atenção, está o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, o qual abarca, dentre outras, a assistência ao pós-abortamento. Portanto, a organização dessa assistência cabe a essas duas Subsecretarias e também às direções das unidades de saúde que prestam assistência à mulher.

O Hospital foi municipalizado nos anos 2000, sendo referência para atendimento à mulher para os vinte e três bairros de determinada coordenação de área de planejamento - CAP, e também, para duas unidades de saúde que realizam acompanhamento pré-natal para gestação de alto risco, ambas situadas no Município do Rio de Janeiro.

Possui atualmente 80 leitos de obstetrícia²⁸, sendo 60 de alojamento conjunto e 20 de enfermaria de gestantes; 30 leitos de Unidade Neonatal, sendo 12 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, e 18 de Unidade Intermediária – UI²⁹; e 9 leitos no Centro Cirúrgico Obstétrico, sendo 3 leitos de observação, 6 salas de parto normal e 3 salas cirúrgicas, mais uma para urgências ou curetagem; 6 leitos de recuperação pós-anestesia - RPA.

Em 2015, do total de 5.997 partos (sendo 3974 partos normais e 2013 partos cesáreos) foram internadas no pós-abortamento 643 mulheres.

A internação por abortamento nesta maternidade segundo dados de 2003 a 2015³⁰, representa em média 10% do total de internações.

²⁸ No censo consta 94 leitos, mas 10 leitos foram fechados.

²⁹ No entanto, a realidade em taxa de ocupação é 15 leitos na UTI e 28 na UI.

³⁰ Fonte: Série histórica do Hospital.

A mulher ao ser admitida no Setor de Emergência com queixa de abortamento (ou sangramento, ou contrações, ou perdas transvaginais, entre outras possíveis queixas), é acolhida segundo os critérios de acolhimento e classificação de risco do Ministério da Saúde. Após a usuária é encaminhada para atendimento médico, onde é definida a conduta (alta ou internação). Conforme avaliação médica é definida a conduta de esvaziamento uterino. Após a realização do procedimento cirúrgico e alta para enfermaria, tanto os/as profissionais de enfermagem quanto o/a assistente social realizam seus atendimentos. Após a alta hospitalar, a usuária é referenciada para acompanhamento em unidade básica de saúde.

A partir dessa estrutura fica estabelecida a divisão do trabalho no nível da formulação da política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, exigindo uma interlocução permanente tanto entre as categorias profissionais como entre as instâncias da Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência - SUBHUE e instâncias entre os/as profissionais de saúde que atuam nas unidades envolvidas com a assistência ao pós-abortamento, entre outras.

Faltam mecanismos que promovam a participação das unidades na formulação dessas políticas a fim de possibilitar a comunicação e cooperação de toda rede na sua implementação. Para a organização dessa assistência há um contato entre a SUBHUE, as CAP's e direções das unidades de saúde que prestam tal assistência. Nesse sentido, cabe à SUBHUE a função de gerência e articuladora dos processos de trabalho fragmentados e de mediadora entre as diretrizes da política e os profissionais de saúde.

Na prática, percebe-se na fragmentação da intensidade do trabalho e restrição da autonomia ao se atrelar às ações profissionais às diretrizes e aos objetivos da atenção definidos por outras instâncias, principalmente no que se refere à implementação da Norma Técnica de Atendimento Humanizado ao abortamento.

A assistência pós-abortamento envolve um complexo trabalho coletivo, que compreende as instâncias de elaboração e execução de trabalho entre aqueles que pensam e os que executam, apresenta desafios no sentido de se criar mecanismos que atuem sobre esses hiatos, buscando maior participação de outros (usuários e conjunto dos trabalhadores na gestão e na execução das políticas de saúde e prestação de serviços).

Este breve panorama contribui para demonstrar a necessidade de articulação entre os processos de trabalho organizados em torno dessa assistência, a fim de superar a fragmentação das ações e concretizar tal assistência

A seguir, no capítulo 2, trataremos especificamente sobre a questão do aborto e toda a complexidade que envolve o tema.

2 O ABORTO EM QUESTÃO

O aborto é um tema polêmico porque geralmente é tratado sob as óticas da ética, da política, da religião, da lei e da medicina e entre estes há posicionamentos conservadores e progressistas. Segundo Barsted (2005), o posicionamento denominado como “conservador” é atribuído àqueles contrários à legalização do aborto mesmo após a comprovação de que as maiores vítimas de seqüelas de abortamentos clandestinos são as mulheres pobres. E, por outro lado, o posicionamento “progressista” se refere aquele que defende a igualdade de direitos entre homens e mulheres e respeita a autonomia na mulher nas decisões sobre seu corpo e sua vida.

É um tema atual, pois nos confronta diariamente, embora não representa decisão cotidiana que a maior parte de nós tenha que tomar, mas faz parte da realidade das mulheres e pode surgir na vida de qualquer um, a qualquer momento.

E é também um tema fundamental a ser discutido, pois, se apresenta como um grande desafio ético do nosso tempo para a construção de uma sociedade verdadeiramente igualitária. Um tema é ético quando nos faz questionar a moralidade hegemônica e, a nossa própria, isto é, quando nos convida a assumir um posicionamento e justamente por ser polêmico, nos impõe tomar conscientemente um posicionamento.

Quem quer que tenha passado por uma decisão ética difícil sabe que embora a sociedade pensa sobre qual maneira se tenha que agir, isso não resolve a dificuldade de uma decisão pessoal e não impede uma decisão contrária à moralidade hegemônica. Esta até pode exercer influências nas decisões, mas ao se refletir sobre ela, pode-se optar por agir de acordo com tal moralidade, assim como contrária a ela.

De acordo com a numerosa literatura que trata do tema, há variadas tipologias de aborto, podendo basicamente ser reduzida a quatro grandes tipos: 1) interrupção eugênica: situações em que a gravidez é interrompida por valores racistas, sexistas e étnicos. Geralmente ocorre contra a vontade da gestante; 2) interrupção terapêutica: quando ocorre em nome da saúde materna, ou seja, para salvar a vida da gestante; 3) interrupção seletiva: nos casos de anomalias fetais, patologias incompatíveis com a vida; e 4)

interrupção voluntária: ocorre em nome da autonomia reprodutiva, seja nos casos da gravidez indesejada, seja nos casos de gravidez decorrente de estupro.

No que se refere à legislação no caso do aborto, há o preceito legal que o proíbe – vide artigos 124 a 128 do Código Penal brasileiro de 1940 – excetuando-se em dois casos: gravidez decorrente de estupro, quando há risco para a vida da gestante. Desde 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal foi incluído o caso de anencefalia³¹. O aborto tem sido um tema em voga no país, ainda que tratado de forma equivocada, ou seja, a partir da polarização entre ser “contra” e a “favor”. Essa é uma forma de tratar o tema do aborto de maneira abstrata, já que dificilmente alguém se afirmará favorável ao aborto em si. O que está em debate é a sua legalização.

2.1 Principais teses em relação ao aborto

Poucos problemas da realidade são hoje objeto de um debate tão polêmico quanto o aborto e embora haja correntes contrapostas ao tema, nenhuma delas teve grande êxito em modificar a opinião dos seus oponentes.

Em diversos países do mundo, principalmente aqueles com forte influência religiosa, é comum a presença de restrições legais à prática do aborto. Segundo Rocha; Andalaft (2003 apud GONÇALVES; LAPA, 2008) na América Central e América do Sul está relacionada à grande influência da Igreja Católica na vida política e social desses países.

No Brasil, após a redemocratização, o movimento feminista e o movimento ligado a setores da saúde conseguiram exercer pressão para o cumprimento da legislação no que se refere ao aborto legal, previsto no Código Penal de 1940, até então não cumprida.

Dos anos 1990 em diante houve um avanço significativo na luta pela saúde e os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS - a universalidade, a integralidade, e a participação da comunidade, contribuíram para maior controle social da população sobre a assistência em saúde.

³¹ A anomalia consiste em malformação do tubo neural, caracterizando-se pela ausência parcial do encéfalo e do crânio, resultante de defeito no fechamento do tubo neural durante a formação embrionária. Ou seja, o anencéfalo é um morto cerebral, que tem batimento cardíaco e respiração. Fonte: ADPF 54/DF.

Além disso, a preocupação com a proteção aos direitos sexuais e reprodutivos também se ampliou após a participação do Brasil nas Conferências do Cairo em 1994 e de Beijing, em 1995, com a forte presença das protagonistas do movimento feminista. O Brasil se torna então signatário das decisões estabelecidas nessas Conferências e, conforme recomendado pelas Plataformas das conferências, o aborto foi tratado como um problema de saúde pública.

Nesse sentido, o Estado através do SUS, deve assegurar os tratamentos e os procedimentos necessários aos agravos à saúde humana. Portanto, nesse período, a equipe técnica ligada à área da saúde da mulher, seguindo às Plataformas em questão, elaborou algumas normas e técnicas no atendimento à mulher que representaram mudanças significativas na assistência. São elas: Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente, em 1998 e publicada em 1999 (foram revistas em 2002, 2005 e 2012 e 2015) e trazem importantes contribuições mesmo que no sentido das permissões legais; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004; o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna, em 2004; a Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2005; a Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, 2005; e, a ampliação da primeira norma técnica de prevenção aos agravos da violência sexual, em 2005.

Mas, o principal avanço na política de saúde brasileira sobre o aborto se deu com a política pública sobre Parto e Aborto, com a publicação pelo Ministério da Saúde do Manual sobre Parto, Aborto e Puerpério, de 2001. Em sua apresentação feita por José Serra, então Ministro da Saúde, o documento fala sobre a importância do parto e puerpério humanizado, mas não faz qualquer referência ao aborto. Das cento e noventa e nove páginas deste Manual, treze são dedicadas ao tema do aborto enquanto questão de saúde pública, relacionando a precariedade da assistência com o aumento da morbimortalidade por esta causa, trazendo como pano de fundo as questões culturais, legais e religiosas.

Apesar de contar apenas com treze páginas, aborda a importância da luta do movimento de mulheres e das Conferências Internacionais (Cairo e Beijing), alertando que se as recomendações não forem postas em prática, não

darão conta de resolver a problemática do aborto. Ressaltam, assim, a importância da prática profissional e política dos profissionais de saúde para orientações e tratamento dos problemas decorrentes do aborto, já que são os principais interlocutores das mulheres usuárias destes serviços.

Ainda assim, na prática, poucas mudanças ocorreram. Nesse sentido, para além das questões do campo da saúde, há outras que são fundamentais enquanto argumentos recorrentes no debate do aborto e que merecem ser tratados.

Portanto, apresentaremos a seguir, os argumentos mais recorrentes: o início da vida; as leis restritivas e a laicidade estatal; e, por último, a questão relacionada ao gênero e à biopolítica. Ressaltamos que os temas se entrelaçam a todo instante da análise.

2.1.1 O início da vida x autonomia reprodutiva da mulher

O debate sobre o início da vida do embrião é um dos mais complexos no que se refere à questão da legalização do aborto, colocando em campos opostos os defensores do direito à escolha da mulher, e os defensores de que há vida no embrião. É fundamental realizar esse debate para dar base à discussão acerca da vida e de que o posicionamento de quem é favorável à legalização, não é de defender a morte.

A resposta a essa questão varia conforme os princípios religiosos, morais, jurídicos e científicos.

O aborto é muitas vezes tomado como uma disputa de argumentos sobre quando começa a vida humana. Nesse ponto, segundo Singer, a posição conservadora

[...] aponta para a continuidade entre o óvulo fertilizado e a criança, desafiando a posição progressista a assinalar qualquer fase desse processo gradual que marque uma linha divisória moralmente significativa. (SINGER, 2006, p.95)

Esse é um dos principais argumentos utilizados pelas correntes conservadoras e que de certa forma, coloca em situação difícil aqueles argumentos das correntes progressistas, já que trata do aborto como mero assassinato. O argumento do valor da vida é um dos mais difíceis e talvez um dos únicos que merece a discussão diante da necessidade real do aborto na

vida das mulheres. Segundo Tiburi “para evitar sofismas e falácias, que ninguém que queira participar da discussão sobre a vida como um valor poderá de antemão dizer que a vida de nada vale ou que se pode livremente atentar contra a vida”. (TIBURI, 2016, p.2)

A discussão progressista perpassa pela “potência de vida” e “limiar da consciência – atividade cerebral”, associado ao direito das mulheres, enquanto aspectos fundamentais pelos quais se basearam os argumentos em favor da descriminalização do aborto nos países hoje legalmente favoráveis ao aborto voluntário.

É comum nos debates que correntes conservadoras apresentem um pequeno boneco, descrevendo-o como em tamanho natural que equivale a doze semanas, e o denominando de “criança” ou “bebê”. A legislação normalmente define as doze semanas enquanto momento que separa o início da atividade cerebral. Segundo Singer, a questão da viabilidade é fundamental para tal discussão e apresenta o exemplo de um julgamento pelo Supremo Tribunal dos Estados Unidos que

[...] defendeu que o Estado tem um interesse legítimo em proteger a vida em potência e esse interesse torna-se ‘imperioso’ com a viabilidade ‘porque é de supor que o feto tem então a capacidade para gozar uma vida plena no exterior do útero materno. (Singer, 2006, p.97)

A viabilidade é usualmente definida em termos de duração da gravidez e/ou peso do feto. No lugar de abortamento, é muito comum o uso do termo aborto, que, a rigor, designa o próprio feto morto em consequência de sua expulsão do útero, enquanto o abortamento é a interrupção da gravidez antes que o feto se torne viável, ou seja, que tenha condições de vida extrauterina.

No entanto, normalmente é pensado enquanto mero assassinato, e assim, o tema aborto recai num tema dos mais complexos e, segundo Foucault (1998) diz respeito ao nexo existente entre o fundamento biopolítico³² do poder e o corpo das mulheres.

O debate que historicamente foi traçado pelos países que legalizaram o aborto, nos faz pensar que a tendência é que a proteção dos direitos da mulher, correlacionados à sua saúde e à sua autonomia reprodutiva se

³² Biopolítica é um termo usado por Michel Foucault para definir o cálculo que o poder faz sobre a vida. Segundo TIBURI (2015, p. 3) a biopolítica é a decisão sobre o direito dos corpos e o direito à ocupação do espaço público sustentada sobre a decisão quanto ao corpo da mulher.

ampliam em relação à proteção à vida do embrião, pois não tem a mesma intensidade. Fato esse comprobatório de que muitas pessoas, contrárias ao aborto voluntário em algumas situações, acreditam que nas exceções de risco de vida para a mãe e decorrentes de estupro, o mesmo pode ser realizado.

Isso demonstra que há controvérsia sobre até que ponto o direito à vida do embrião é um bem absoluto. Há, no entanto, aqueles que defendem que tal direito é absoluto e, portanto, preponderante sobre todos os outros, são contrários à eutanásia e aborto.

Para Sarmiento (2016) “tanto a vida do nascituro como os direitos fundamentais à saúde, à privacidade, à autonomia reprodutiva e à igualdade da mulher são interesses constitucionalmente relevantes, que merecem ser devidamente protegidos”.

Como vimos, desde a década de 1970, o Movimento Feminista trata a questão do aborto, do direito à escolha de ter ou não ter filhos, e da escolha do livre exercício da sexualidade.

No atual debate político percebemos que a descriminalização do aborto é uma demanda de diferentes sujeitos políticos e sociais. As Conferências do Cairo (1994) e Beijing (1995) trazem à tona o debate, conduzido, sobretudo, pelo movimento de mulheres, sob a perspectiva da possibilidade de acesso ao aborto realizado em condições seguras e defendem que as políticas públicas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos devem assumir: o compromisso de conferir autonomia à mulher, implementar serviços de regulação de fertilidade, melhorar a qualidade da assistência e reduzir a morbi-mortalidade decorrente do aborto inseguro. De acordo com itens relativos aos direitos sexuais e reprodutivos e ao aborto, citados pela Conferência de Beijing, são recomendações:

Respeitar os direitos sexuais e reprodutivos, implementando serviços adequados de atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, serviços de planejamento familiar com respeito à livre decisão dos casais e dos indivíduos, serviços de orientação sexual a crianças e adolescentes, com respeito ao seu direito à informação e confidencialidade (atentando-se aos direitos e deveres dos pais), respeito à vida sexual com harmonia, liberdade e responsabilidade, livre de coerção; e, reconhecer o aborto como um problema de saúde pública, pedindo atenção aos abortamentos inseguros, recomendando aos países que revisem suas leis que penalizam as mulheres que fizeram abortos ilegais. (ATA DA CONFERÊNCIA DE BEIJING, 1995).

A oposição dos argumentos entre a vida do embrião e os direitos das mulheres é recorrentemente utilizada, no entanto, o embrião não possui uma existência autônoma do corpo da mulher. Nesse sentido, impor à mulher uma gravidez e parto coercitivos significa negar seus direitos à liberdade, à autonomia sexual e reprodutiva. Nesse sentido, é impossível garantir direitos morais para o embrião, sem negar os direitos das mulheres.

Portanto, criminalizar o aborto significa garantir direitos ao embrião, e negar, conseqüentemente, direitos às mulheres. Muitos questionamentos partem do pressuposto de que os direitos dos não nascidos são superiores aos direitos das mulheres.

Segundo MATOS (2010, p. 57) cientistas afirmam que é fundamental definir zigoto e embrião considerando primeiro quando começa a gravidez e segundo, quando um indivíduo começa a existir no bojo do processo reprodutivo. E, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e para a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), a gravidez começa quando do início da implantação e, em média, no 14º dia começa a formar o embrião. Outros autores como Faúndes e Barzelatto (2004) afirmam que é em torno da décima ou décima segunda semana que se forma o sistema nervoso central. É nesse sentido que se pretende desarticular o debate que associa interrupção da gestação até 12 semanas a mero assassinato.

Aqueles que defendem que o embrião é pessoa, deveria então proibir o aborto em qualquer situação, pois ao fazê-lo somente em determinadas circunstâncias, não sustenta seus argumentos em razão da exclusão da ilicitude para alguns casos. Nesses casos, portanto, se observa apelos morais e preconceitos relativos à autodeterminação das mulheres em suas liberdades sexual e reprodutiva. O cuidar e o criar, o intuito de proteção à família e aos filhos já nascidos geralmente é a preocupação das mulheres ao encarar uma gravidez. Nesse sentido, a responsabilidade e o pessimismo perante o futuro motivam o sentimento de que é injusto e irresponsável trazer crianças a um mundo considerado inseguro e inóspito para as gerações futuras³³.

³³ Julio Cabrera em seu livro "Porque te amo, não nascerás", realiza exatamente esse tipo de reflexão apontando vários argumentos morais pelo qual se posiciona contrário à procriação. Realiza uma problematização moral do nascimento, apresentando a inconveniência de dar algo de má qualidade a quem não pode recusá-lo. Portanto, para ele se "tirar a vida" coloca problemas morais, por que "dar a vida" não os colocaria?

Portanto, a decisão de ter filhos é crucial para o bem-estar pessoal das mulheres e para sua autonomia econômica e social. Essa é uma preocupação ética com a vida concreta e não parte, portanto, de valores morais e abstratos.

Essa questão da criminalização do aborto nos leva a um caminho para entender essa problemática como um fenômeno inserido num quadro teórico mais vasto, e não como política isolada. Isto é, faz parte dos instrumentos ideológicos de uma sociedade baseada num sistema patriarcal, de onde resulta o machismo, o sexismo e, portanto, o que podemos chamar de “dominação masculina”³⁴.

As mulheres são vistas como seres sexuais e o corpo feminino assume duas características: uma se refere à sexualidade (obtenção de prazer) e outra, se refere à reprodução (produção de filhos), sendo estes dois conceitos-chave para a compreensão da situação social e culturalmente depreciada das mulheres.

Nesse sentido, é fundamental compreender a questão da dominação feminina já que o aborto se configura como uma dessas formas de dominação, e implica necessariamente o debate no contexto da sociedade capitalista, para entender o motivo pelo qual esse tema, como tantos outros relacionados às mulheres não avançam no sentido de superar os estigmas e os preconceitos.

2.1.2 Gênero e autonomia feminina

Tanto no marxismo como no feminismo, se pode observar a preocupação no questionamento das relações desiguais socialmente construídas e reconstruídas em embates de poder.

O conceito de relações de gênero possibilita estudar criticamente como os sexos servem para reproduzir o conjunto das relações sociais. Marx e Engels conceituam relações de gênero como relações de produção, ou seja, os modos de produção na história devem ser sempre estudados enquanto moldados por relações de gênero. Com isso, se conclui que a produção da vida é regulada na totalidade das relações de produção e esta, por sua vez, é

³⁴ Quando se fala em dominação masculina significa trazer o conceito de patriarcado (termo mais abstrato) para um patamar mais palpável, ou seja, a desigualdade em relação ao poder e à economia, desigualdade doméstica, desigualdade das relações humanas em função das determinações de gênero.

regulada na sua relação com a forma de produção dos meios de vida é organizada. Isso inclui a construção dos gêneros no que se refere à feminilidade / masculinidade, a política de sexualidade; a naturalização do mercado (HAUG, 2006, p.5).

Alguns autores dessa matriz crítico-dialética, também restringem a análise de gênero a explicações moralistas, religiosas e/ou culturais. Com isso, entendemos que a influência positivista também se incorporou aos teóricos “ditos marxistas” e também nos estudos “pós-modernos” e “pós-estruturalistas”. Para Barbosa “estas correntes infiltraram-se propagando ‘elogios às diferenças’ que fragmentam a abordagem e o enfrentamento do capitalismo enquanto totalidade social, reduzindo a compreensão das relações sociais a práticas discursivas” (BARBOSA, 2010, 11). Não analisaremos aqui tais correntes, mas é fundamental observar que tais “teorias”, embora não apontam para qualquer transformação real, expressam um desencantamento com a sociedade capitalista.

Nesse conjunto de visões acerca do aborto é comum a atribuição de características às mulheres no sentido da passividade, submissão, incapacidade de autocontrole, sendo nesse sentido, incapazes de autodesenvolvimento, e que se destinam à maternidade e ao lar. Inclusive quando por demandas do desenvolvimento capitalista, se inserem no mercado de trabalho, pois são apontados alguns elementos desagregadores como resultante de tal inserção, como por exemplo, a “destruição da família”. A progressiva independência econômica e avaliação de uma inversão dos papéis nas relações familiares trazem uma concepção sexista tradicional em que há papéis sociais atribuídos a homens e mulheres. Trata-se de um discurso idealista baseado na argumentação moral.

O argumento da indignação moral contra o aborto também assume essas configurações, mas são insuficientes já que não reconhecem que o aborto é uma das questões centrais no debate sobre a emancipação feminina e assim, instituições conservadoras garantem por meio deles o que Tiburi³⁵ vai

³⁵ Citado no texto desenvolvido e lido por Marcia Tiburi no dia 6 de agosto de 2015, na audiência pública sobre a Interrupção voluntária da gravidez até a décima segunda semana de gestação, da Comissão de Direitos Humanos e Legislação participativa. O texto é intitulado “O Círculo Cínico e as Falácias sobre a Legalização do Aborto”. É interessante ressaltar que a autora, então professora do Instituto Presbiteriano Mackenzie, foi demitida em dezembro do

denominar de “lucro moral” por meio do posicionamento contrário à sua legalização.

A opressão social que a mulher sofre é a consequência de uma opressão econômica. Partindo da teoria do materialismo histórico, Simone de Beauvoir (2006, p. 87) dirá: “a humanidade não é uma espécie animal: é uma realidade histórica”. A história nos mostra que os poderes concretos sempre pertenceram aos homens, e a mulher sempre foi mantida em estágio de dependência. Nesse sentido, a liberdade e a autonomia das mulheres estão fora de questão numa sociedade de dominação masculina.

De um modo geral, os homens defendem as perspectivas biopolíticas clássicas que implicam as mulheres no papel reprodutivo da espécie humana. Assim, os papéis sociais já estão definidos desde o nascimento. As mulheres são educadas por mulheres, no círculo feminino e seu destino normal é o casamento que ainda as subordina ao homem. O homem também sonha com a mulher, a deseja, mas ela será apenas um elemento em sua vida, não se resume seu destino.

Após o evento do casamento, vem a maternidade. É através daí que a mulher realiza integralmente o seu destino, praticando sua vocação “natural” e perpetuando a espécie. O aborto, nesse contexto, é recorrentemente praticado como negação à maternidade involuntária. Para os antifeministas, o aborto voluntário deve ser recusado, pois é um meio de manutenção do domínio sobre a mulher, mas, esse é um problema das mulheres e é usado por homens e instituições como um método de controle, buscando o domínio do discurso sobre o aborto. Enquanto os homens falam sobre o aborto, as mulheres parecem desconfortáveis.

Em 1949, Beauvoir afirma:

O aborto dito criminoso é tão familiar a todas as classes sociais quanto as políticas anticoncepcionais aceitas pela nossa sociedade hipócrita. Dois terços das abortadas são mulheres casadas... Pode-se estimar aproximadamente que há na França o mesmo número de abortos que de nascimentos”... “Dois cadáveres de mulheres abortadas chegam por semana ao Instituto Médico-legal de Paris: muitos abortos provocam doenças definitivas. (BEAUVOIR, 2009, p.648)

mesmo ano, após tal pronunciamento em que se apresenta favorável à legalização do aborto, embora, claro, esse não tenha sido o argumento apresentado para tal demissão.

Na América Latina, atualmente, Cuba e Uruguai são os únicos países que legalizaram o aborto e no México o aborto é possível apenas na capital do país. Vários estudos comprovam que nos países onde o aborto foi legalizado, não apenas houve uma acentuada queda no número de mortes maternas como também sofreu redução da prática do aborto, visto que normalmente a legalização vem acompanhada de políticas públicas de prevenção à gravidez não planejada, assistência social e educação sexual.

Esse argumento se destaca no movimento feminista quando apresenta o direito das mulheres e a sua precariedade de escolhas, principalmente as pertencentes à classe trabalhadora. Pelo viés da biopolítica, para definir o cálculo que o poder faz sobre a vida – é decidido os direitos dos corpos e o direito à ocupação do espaço público sustentado sobre a decisão quanto ao corpo da mulher. A mistificação do corpo da mulher enquanto procriadora, da “natureza feminina”, se trata, na verdade, da dominação das mulheres pela sua redução à mera vida, à corporeidade manipulável.

Hoje, correto ou não, o aborto continua sendo um poder de decisão das mulheres sobre seu próprio corpo. Isso significa a soberania feminina que é o único ponto irredutível na questão do aborto. No entanto, paradoxalmente, o debate sobre o aborto está nas mãos dos homens, e estes têm se posicionado contra o avanço dos direitos das mulheres. Portanto, que os homens se pronunciem muito mais do que as mulheres, comprova o quão precário está o estágio do feminismo no Brasil quanto à questão da liberdade das mulheres.

A proposta do movimento feminista está traduzida pela posição assumida pelas Jornadas Brasileiras para o Aborto Legal e Seguro, que defende a legalização da interrupção voluntária da gestação nas primeiras doze semanas de gestação, com ampliação do prazo para vinte semanas, em caso de gravidez resultante de violência sexual, e em qualquer momento, nas hipóteses de risco à vida ou grave risco à saúde da gestante, ou de grave anomalia fetal incompatível com a vida extra-uterina.

Por trás do sistema de crenças sobre o aborto há um sistema de interesses. Há fatores político-econômicos em jogo em torno dos quais não abordamos sobre o aborto como deveríamos. Dessa forma, julgamentos morais cruéis contra mulheres transformam o aborto com o seu cunho moralista e não reconhece o lugar das mulheres, a sua alteridade, a autonomia sobre suas

vidas e corpos, contra seu desejo e suas necessidades, quando se trata de gestação e maternidade.

Portanto, o debate sobre a vida se apresenta como o principal argumento de embate dos dois posicionamentos e as dimensões religiosas assumem grande influência nesse debate.

Mesmo com os avanços nas discussões, no Brasil o aborto continua sendo criminalizado e contraditoriamente, é recorrentemente utilizado pelas mulheres. O acesso é clandestino e suas vidas colocadas em risco dadas as condições inseguras em que é realizado.

E, no contexto de constante violação dos direitos humanos no Brasil, principalmente no que se refere às questões de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, o fato de criminalizar o aborto significa pôr em risco a saúde e a vida das mulheres em idade fértil, que buscam formas clandestinas e inseguras para realizar a interrupção da gravidez.

2.1.3 Leis restritivas e laicidade estatal

O Código Penal Brasileiro³⁶ prevê seis tipos de aborto: o autoprovoado (art. 124); o consentido (art. 124); o provocado por terceiros sem o consentimento da gestante (art. 125); o provocado por terceiros com o consentimento da gestante (art. 126); o qualificado (art. 127); e o legal (art. 128).

No aborto autoprovoado tem de estar presente a intenção, a vontade de praticar determinado ato. No consentido, a gestante não pratica em si mesma, mas consente que outrem o faça; este responderá por pena mais severa que a da gestante e a pena para esta, em ambos os casos, é de detenção de um a três anos, cabendo ao júri o julgamento. O aborto provocado por terceiro, sem o consentimento da gestante, comporta duas formas: não concordância real, onde há violência grave, ameaça ou fraude; e não concordância presumida, que é o caso da menor de 14 anos, alienada ou com transtorno mental. A pena para o agente provocador é a de reclusão de três a dez anos. No caso de haver consentimento na prática do aborto, responderá a

³⁶ BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 14 de julho 2016.

gestante por crime de aborto autoprovocado, enquanto que o terceiro será punido com pena de reclusão de um a quatro anos. O aborto qualificado é aquele que resulta em morte ou lesão. A pena é aumentada de um terço, se a lesão for grave, ou duplicada, se resultar morte. O aborto será legal quando comportar as seguintes formas: a terapêutica, que, como já mencionada, é recomendada por médicos como recurso para salvar a vida da mãe, e a sentimental, ética ou humanitária, quando a gravidez resulta de estupro. Em ambos os casos, é impunível.

A Constituição Federal de 1988, considerada como atenta aos direitos humanos, incluiu os direitos fundamentais como os direitos individuais, políticos, sociais e difusos. No entanto, o aborto voluntário não foi tratado nem no sentido de sua permissão, nem no de sua proibição. Esse tema está fortemente impregnado de argumentos religiosos, e morais, embora esteja afirmado constitucionalmente³⁷ ser o Brasil um Estado laico, já que representantes da moral religiosa católica e evangélica, bem como outras religiões, exercem intensa influência política no Estado.

Apesar disso, embora as leis proíbam o aborto, elas não evitam que as mulheres o pratiquem. Isso as torna clandestinos³⁸. Segundo uma comissão no Canadá que debateu o Estatuto da Mulher do Canadá concluiu que “uma lei que tem mais efeitos nocivos que efeitos benéficos é uma má lei [...] enquanto existir na sua presente forma, milhares de mulheres a violarão”. (SINGER, 2002, p.99)

Se por um lado as mulheres não deixam de praticar o aborto voluntário, considerado crime, por outro, praticamente não há punição criminal. As condenações demonstram taxas desprezíveis. Segundo Débora Diniz, em participação no debate sobre aborto no Canal Futura³⁹, o número estimado de aborto voluntário no Brasil entre mulheres de 18 a 39 anos é de 7 milhões e 400 mil mulheres.

³⁷ Por determinação constitucional prevista no artigo 19, inciso I da Carta Magna, o Brasil é um Estado laico.

³⁸ Clandestina é toda prática possível que mostra a insuficiência da lei e as contradições da moral.

³⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=fBZlvTn1QT8>, acessado em 12 de julho de 2016.

Segundo recente matéria do Jornal O Globo⁴⁰, datada de 17/04/2016, a lei contra o aborto só puniu, no ano de 2014, quatro gestantes em três estados, o que comprova a ineficácia do artigo 124 do Código Penal. De uma forma geral, a sociedade desaprova a criminalização da conduta, sobretudo porque a mulher que aborta é uma mulher como outra qualquer: possui uma união estável, com pelo menos um filho, possui alguma religião e trabalha. Nesse sentido é necessário retirar o estigma da visão da mulher que opta pelo aborto. De acordo Diniz e Madero

Contrário aos estereótipos, a mulher que aborta é uma mulher comum. O aborto é frequente na juventude, mas também ocorre com muita frequência entre adultas jovens. Essas mulheres já são ou se tornarão mães, esposas e trabalhadoras em todas as regiões do Brasil, todas as classes sociais, todos os grupos raciais, todos os níveis educacionais e pertencerão a todas as grandes religiões do país. (DINIZ; MADERO, 2016, p.6)

Aliás, se houvesse punição, seria necessário transformar todo o país numa imensa prisão, para comportar milhões de brasileiras que já praticaram abortos fora das hipóteses legalmente permitidas. Daí se pode concluir que, do ponto de vista prático, a criminalização do aborto tem produzido como principal consequência, ao longo dos anos, a exposição da saúde e da vida das mulheres brasileiras em idade fértil, sobretudo as mais pobres, a riscos gravíssimos, que poderiam ser perfeitamente evitados através da adoção de política pública mais racional. Portanto, a legislação em vigor não “salva” a vida potencial de fetos e embriões, mas antes compromete a vida e a saúde de muitas mulheres.

Para Singer (2002) é razoável que o Brasil adote solução semelhante a que adotou os países europeus, onde o aborto é legalizado se realizado no primeiro trimestre da gravidez. E como meio de evitar a banalização dessa prática criou mecanismos relacionados à educação sexual, como por exemplo, participação em planejamento familiar, fortalecimento da rede de proteção social voltada para a mulher.

O aborto revela um complexo de múltiplas determinações econômicas, sociais, políticas e culturais. No entanto, essa temática tem sido abordada na atualidade, permeada por uma visão moralista e religiosa. Nesse sentido é fundamental compreender o princípio da laicidade estatal no qual Estado e

⁴⁰ Jornal O Globo de 17/04/2016, Carolina Oliveira Castro, Dandara Tinoco e Vera Araújo

Igreja devem ser separados e de que o aborto compete à decisão pessoal da mulher, não devendo o governo ditar uma moral, tem se apresentado mais recorrente.

Estado e Igreja tem formas e funções diferenciadas para o exercício do poder e, num Estado laico, torna-se incabível que as leis sejam regidas por parâmetros religiosos.

Por vários séculos a Igreja, baseada em Aristóteles, defendeu que o feto receberia a alma (animação) aproximadamente após 40 dias a fecundação. No século XIX, mudou essa postura e se afirmou que a animação ocorre na concepção. Desde então, com base nessa concepção, o feto ganhou o direito absoluto à vida. Assim, o combate ao aborto pela igreja ganha mais força.

Durante longo período da história, política e religião estiveram vinculadas. Na atualidade, mesmo com a separação legal entre Igreja e Estado, a interferência religiosa no poder estatal continua incisiva, e demonstra, na verdade, que o seu papel ainda continua muito forte.

A interferência da religião nos argumentos apresentados hoje por vários setores da sociedade, no qual parlamentares, profissionais de saúde e a sociedade como um todo, lançam mãos de referências a doutrinas religiosas como fundamento para seus posicionamentos ideológico e político.

O marco da separação entre Estado e Igreja se dá principalmente com a concepção moderna do Estado tendo como ponto de partida a proclamação da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do cidadão, em 1789. Assim, direitos como a igualdade e a liberdade, inclusive religiosa, demanda a separação entre poder estatal e poder religioso.

O principal argumento da necessidade de separação dos poderes estatal e religioso é que a laicidade permite a convivência pacífica entre os diversos grupos religiosos.

O Brasil é um Estado laico, no entanto, representantes da maioria das diferentes religiões, especialmente da católica e da evangélica, principalmente, exercem intensa influência política no Estado.

A atuação do Estado não deve pautar-se pelos valores morais de nenhuma religião. No Estado laico, a fé é questão privada. Já o poder estatal deve-se basear em razões públicas, imparciais, respeitar as escolhas e orientações de vida. No entanto, o que se observa, sobretudo em períodos de

eleição, é uma mudança de opinião de forma a não perder/ganhar votos. Segundo manchete no jornal O Globo: “*Aborto opõe Marina a Dilma e esquenta guerra de candidatas*”⁴¹. O que se observa é que o candidato que assume um posicionamento favorável à legalização do aborto, tendo em vista os argumentos de que o Brasil não é um país laico, perde muitos votos. Na verdade, por determinação constitucional prevista no artigo 19, inciso I da Constituição Federal, o Brasil é um Estado laico. Dessa forma, é livre o exercício da religião, mas o que acontece na prática é uma intensa influência da religião na política. Segundo a filósofa Marcia Tiburi⁴² há um pseudo-debate que significa

[...] a forma do discurso (como se não se devesse discutir o sentido do “debate” para uma questão que é da soberana decisão de uma mulher que vai abortar) que existe para evitar que as mulheres se pronunciem em favor de si mesmas. Ele visa descartar a voz, a necessidade e o desejo das mulheres e, por fim, levá-las, já que são as mulheres pobres que mais precisam da legalização, à morte. Fácil criminalizá-las, fácil matá-las. Fácil para o Estado não se responsabilizar por essa pena de morte contra mulheres pobres. (TIBURI, 2015, p.2)

O debate sobre o aborto virou uma arma dos conservadores e grupos religiosos. É importante observar o posicionamento político em relação ao aborto no sentido eleitoral e religioso.

Vários grupos religiosos, inseridos no meio político, utilizam argumentos de proteção à vida e, nesse sentido, as propostas de alteração das leis penais imbuídas de um sentimento religioso apresentam um retrocesso no acirramento do argumento religioso. No entanto, o fato é que a discussão sobre o aborto não chegou aonde deveria, ou seja, do ponto de vista do discurso da ideologia patriarcal, no qual há uma imagem moralista construída sobre as mulheres, que as desrespeitam e as submetem a uma ideologia da dominação masculina, seja por ignorância ou por autoritarismo.

No próximo capítulo trataremos da pesquisa de campo sobre o posicionamento ético-político dos profissionais de saúde em relação à criminalização do aborto e de que forma tal posicionamento reflete na assistência prestada às mulheres no pós-abortamento, a fim de entender como

⁴¹ Matéria capa do Jornal O Globo de 30/09/2010, Ano LXXXVI, nº 28178

⁴² O círculo cínico e as falácias sobre a Legalização do Aborto. Comissão de direitos humanos e legislação participativa. Senado Federal. 6 de agosto de 2015.

as questões relacionadas à criminalização do aborto atravessam o cotidiano do exercício profissional.

2.2 A magnitude do aborto voluntário

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) entre 1990 e 2014, as taxas de aborto caíram nos países mais desenvolvidos e permaneceram praticamente inalteradas nas regiões em desenvolvimento e estima que quarenta e sete mil mulheres morram todos os anos no mundo por complicações relacionadas a abortos clandestinos. É o equivalente a morrer uma mulher a cada dez minutos.

No Brasil, nos últimos três anos, o SUS realizou cem vezes mais procedimentos pós-aborto do que abortos legalizados. Em 2014, quase duzentas mil mulheres passaram por um procedimento de curetagem ou aspiração manual intra-uterina (AMIU)⁴³.

Dados da Pesquisa Nacional do Aborto (Diniz e Medeiros, 2010), realizada em 2010 - que se tratou de um levantamento por amostragem aleatória de domicílios, com mulheres entre 18 e 39 anos em todo o Brasil urbano - apontou que ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já fizeram aborto.

É interessante observar que os dados sobre o aborto divergem principalmente pelo fato do aborto ser criminalizado. Nesse sentido muitas mulheres negam e escondem a sua realização. Além disso, conforme a técnica aplicada para sua investigação, também pode haver divergências. Os principais estudos sobre o aborto voluntário⁴⁴ se dão a partir de três técnicas metodológicas descritas a seguir: a primeira se refere aos dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, a partir dos registros de internações hospitalares para procedimentos de curetagens. A esses dados são aplicados fatores de correção para estimar o fenômeno do aborto, visto que não há separação entre os abortos ditos espontâneos e aqueles ditos voluntários. A

⁴³ Segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, AMIU é um procedimento que utiliza cânulas de Karman [...] acopladas a seginga com vácuo, promovendo a retirada dos restos ovulares através da raspagem da cavidade uterina e por aspiração.

⁴⁴ Decidimos usar o termo aborto voluntário, pois tem sido o termo mais recorrentemente utilizado pelos movimentos feministas, no sentido de incluir o sentido de autonomia e autodeterminação feminina.

segunda técnica metodológica são as pesquisas realizadas com as mulheres internadas, à beira do leito. Essa técnica representa a maior fonte de pesquisa e dados existentes até hoje. E a terceira combina novas técnicas de coleta de informação, fora do ambiente do hospital, como a técnica de urna, por exemplo.

Além disso, na realidade brasileira, há a subnotificação do número de casos de aborto, visto que só são atendidos nas unidades hospitalares os abortamentos mal sucedidos, em que ocorrem complicações por ter sido realizado em condições inseguras. Exemplos de tais complicações: hemorragias, infecções, perfuração uterina, esterilidade e, muitas vezes, terminando em morte materna.

Torna-se inviável quantificar os abortos uma vez que aqueles que ocorrem na clandestinidade e não resultam em agravos que necessitem internação hospitalar, não podem ser contabilizados. E mesmo nas internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, os dados não revelam a situação do aborto voluntário, visto que o tipo de internação não está definido em aborto voluntário ou espontâneo. Nesse sentido, a técnica de urna que consiste em um questionário sigiloso preenchido pelas entrevistadas e depositado em uma urna, está sendo indicada como uma das melhores alternativas para esse tipo de estimativa.

De fato, o número de mortes de mulheres extrapola qualquer percentual aceitável, visto que as mortes estão diretamente relacionadas à classe social e à escolaridade.

O aborto continua sendo tratado como uma questão delicada e perpassa diversos âmbitos do debate: político, moral, religioso e ético. Nesse sentido, apontaremos a seguir o posicionamento da classe política, sobretudo nos momentos de campanhas eleitorais; o posicionamento dos órgãos e conselhos profissionais frente ao atendimento ao aborto; e, por fim, apresentaremos os casos de mortes envolvendo mulheres, três desses casos tiveram destaque na mídia, e um (representativo da grande parte dos óbitos - aqueles que ocorrem no anonimato) que ocorreu na maternidade onde foi realizada a pesquisa.

2.3 Mortes de mulheres cariocas

No decorrer da pesquisa foram emblemáticas as notícias de morte envolvendo quatro mulheres. Três tiveram grande repercussão na mídia – duas no ano de 2014, e um caso mais recente, que ocorreu no dia 19 de agosto de 2016 – e uma aconteceu no hospital onde realizamos a pesquisa.

Esses três primeiros casos tiveram ampla repercussão na mídia, dada a violência atribuída aos mesmos. Outro caso, representativo de mais de 99% dos casos de óbitos após aborto realizado em condições inseguras, que ocorrem na clandestinidade e permanecem no anonimato. Vamos trazer a história ao público, de forma a dar visibilidade a essa história representativa da história das mulheres que morrem por se submeterem às condições de ilegalidade e de insegurança dos procedimentos de interrupção da gestação por pessoas não autorizadas e/ou não capacitadas para tal.

Segundo as manchetes do Jornal O Dia⁴⁵ “Mulher é encontrada morta em Niterói após sair de casa para fazer aborto” que foi o caso da jovem Elizangela; e, “Brasil tem um milhão de abortos por ano, caso Jandira vira símbolo e ganha repercussão”, referente à jovem Jandira.

No dia 26 de agosto de 2014 a auxiliar administrativo Jandira, de 27 anos, desapareceu após sair para realizar um aborto. O corpo da jovem foi encontrado no dia seguinte ao crime, mutilado e carbonizado. Os participantes do procedimento do aborto foram identificados e presos após denuncia do Ministério Público. Jandira era mãe de duas meninas e decidiu pela interrupção da gestação no terceiro mês gestacional. O custo para o procedimento foi de quatro mil e quinhentos reais. Foi levada pelo ex-marido a um ponto específico em Campo Grande, onde um motorista a pegaria junto com outras mulheres, para levá-las ao local clandestino do procedimento. Segundo informações da polícia, Jandira morreu após a interrupção da gravidez e o corpo foi encontrado carbonizado sem as digitais e arcada dentária. O corpo foi identificado por exame de DNA. Foram indiciadas catorze pessoas, inclusive o ex-marido que levou Jandira ao encontro do motorista e uma amiga que teria indicado a clínica clandestina. Oito pessoas foram presas até a época da notícia, inclusive o falso médico que realizava o procedimento.

⁴⁵ Francisco Edson Alves, Jornal O DIA, 22/09/2014 www.odia.ig.br – acessado em 17/04/2016

O caso referente à Elizangela, 32 anos, que também morreu após se submeter a um aborto, e ter complicações, sendo abandonada no acesso de uma comunidade da região. Após, foi levada ao hospital, mas não resistiu. A necropsia identificou um tubo plástico no corpo da vítima. Os envolvidos na participação do aborto foram presos.

O terceiro e mais recente caso, segundo o site G1⁴⁶, ocorreu no dia 19 de agosto. A vítima Carolina de Souza Carneiro, 28 anos, foi encontrada morta numa rua situada na comunidade Parque Senhor do Bonfim em Duque de Caxias. Ela vivia em Paraíba do Sul e veio ao Rio de Janeiro especificamente para realizar o procedimento. Estava no 5º mês de gravidez. Após a investigação do caso, duas clínicas de aborto foram fechadas e os materiais utilizados para o procedimento clandestino foram apreendidos a fim de identificar o local exato da realização do procedimento abortivo.

Por fim, o quarto caso ocorreu como a grande maioria dos óbitos de mulheres no Brasil: no anonimato. A repercussão maior é para suas famílias e, diga-se de passagem, uma trágica repercussão. Joana⁴⁷, 20 anos, teve três gestações. Uma filha tem três anos e teve dois abortos no mesmo ano – um em junho⁴⁸ e outro em dezembro de 2016. Morreu após esse segundo aborto.

Segundo nos relatou sua irmã⁴⁹, após ter se submetido ao primeiro aborto, Joana se internou num Hospital do Rio de Janeiro e realizou o procedimento de curetagem. Após a alta hospitalar procurou a Clínica da Família da área de sua moradia, pois estava com a intenção em colocar o DIU. No entanto, durante a espera para iniciar o uso do método, engravidou pela terceira vez.

Dessa vez escondeu a gravidez da família. No dia do seu aniversário – 23/12/16 – fez uso do cytotec⁵⁰. Devia estar com dois meses de gravidez. Apresentou forte sangramento. No dia 24/12/16 o sangramento continuou de

⁴⁶ www.g1.globo.com/rio-de-janeiro

⁴⁷ Nome hipotético tendo em vista preservação da identidade.

⁴⁸ Esse primeiro aborto foi realizado no quinto mês de gravidez, por uma pessoa conhecida como “curiosa” que injetou líquidos na cavidade uterina.

⁴⁹ Informações repassadas em entrevista de óbito materno para o Comitê de Óbito Hospitalar

⁵⁰ O “Cytotec” é o nome comercial para misoprostol. Segundo publicação do Ministério da Saúde brasileiro: “O misoprostol entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e até 1991 sua venda foi permitida nas farmácias. Esse foi um tempo suficiente para a divulgação do medicamento como um método abortivo eficaz, mais barato que as clínicas privadas e com menores riscos à saúde da mulher” (Brasil, Ministério da Saúde, 2008, p.22)

forma mais intensa. A irmã referiu uso de três toalhas que ficaram encharcadas de sangue. Na noite do dia 24 para o dia 25, dormiu com dois edredons, apesar do forte calor na cidade. No dia 26 amanheceu com tonteadas. Estava fazendo uso de água inglesa. Por volta das 15h pediu ajuda às amigas para ir à Maternidade, pois estava se sentindo mal. Foi internada no mesmo dia. No dia 27 faleceu após ser transferida para uma maternidade com Centro de Tratamento Intensivo (CTI) materno. A filha de três anos passou a morar com o pai, com quem tinha pouco contato.

Nas últimas décadas, muito se tem discutido acerca do aborto, principalmente no que se refere aos óbitos maternos, decorrentes de procedimentos realizados de maneira ilegal, clandestina e, conseqüentemente, insegura. Essas quatro mortes ocorridas recentemente no Rio de Janeiro, das quais três tiveram destaque na imprensa, tratam-se de mulheres jovens mães, cujas vidas foram interrompidas pela decisão de não ser mãe num momento não planejado, e por estarem em mãos de pessoas que atuam na ilegalidade.

As mortes aqui citadas, dentre todas as demais, demonstram que se tratavam de mulheres como qualquer outra, ou seja, casadas ou com união estável, com pelo menos um filho e com alguma religião. É importante essa ressalva visto que há um estigma em relação à mulher que aborta.

A reflexão pertinente é entender que independente da lei que criminaliza o aborto, as necessidades apresentadas pelas mulheres, quando decidem interromper uma gestação indesejada, se tornam prioritárias e, dessa forma, se colocam em risco, inclusive em risco de morte. E o questionamento a ser realizado se refere ao direito à autodeterminação e de autonomia individual sobre as questões da maternidade. Estamos em pleno século XXI ainda lidando com questões da autonomia no gerenciamento da sexualidade e da reprodução para a construção de uma sociedade mais igualitária.

O fato de o aborto voluntário ser classificado como crime, traz o tema para um debate ainda mais complexo.

Nesse contexto, importante observar como a temática do aborto aparece no debate político-eleitoral, a fim de compreender de que forma o posicionamento dos políticos em campanha eleitoral se apresenta no discurso político, já que há fortes influências de grupos religiosos e seus numerosos eleitores, e o que está em jogo é o apoio de tais grupos que tem crescido a

cada eleição, em prol de políticas conservadoras, sobretudo em relação ao aborto.

2.4 O aborto no debate político-eleitoral

Nas duas últimas eleições presidenciais – eleição e posse: 2010/2011 e 2014/2015 – o tema do aborto ganhou centralidade.

No período das campanhas eleitorais e, principalmente na candidatura aos cargos da presidência da República, identificamos receios e até mudanças de concepções entre os candidatos no que se refere às suas opiniões pessoais em relação ao aborto.

Não à toa a manchete na capa do jornal o Globo do dia 30 de setembro de 2010, informa “*Direitos Humanos: governo retira propostas polêmicas*”. O então governo Lula recuou na proposta e em relação ao aborto a principal mudança foi retirar o viés da descriminalização do aborto, e da autonomia das mulheres para decidir sobre seus corpos, para tratá-lo como tema de saúde pública, garantindo acesso a serviços de saúde. Segundo a capa do jornal, o recuo foi amplo, geral e irrestrito.

Outra manchete publica

Marina, Dilma e o aborto: Candidata do PV acusa a petista de fazer discurso de conveniência para agradar ao eleitor. A legalização do aborto ganhou importância no debate entre as duas candidatas na última semana de campanha com o crescimento de Marina, que estaria ganhando a preferência de eleitores evangélicos, tirando votos de Dilma.⁵¹ (O GLOBO, 2010, p.3)

O tom do fundamentalismo religioso dominou as campanhas eleitorais. E quanto mais próximo da data da eleição, mais se acirrou as acusações em torno dos temas polêmicos. No jornal em 08/10/10 na capa “Votos de fé” e no editorial (página 6), citou que “*Dilma, na verdade, não é vítima de qualquer difamação, pois há registros de sua defesa da descriminalização – permiti-lo em circunstâncias objetivas e especiais, além da gravidez decorrente de estupro, como prevê o Código Penal*”... “*É risível a candidata Dilma Roussef assumir um discurso conservador contra o aborto, depois das entrevistas que deu e pronunciamentos que fez em sentido contrário. Soa falso*”. O texto

⁵¹ Jornal O Globo de 30/09/2010, Ano LXXXVI, nº 28178 p. 3, consultado em 04 de junho de 2016.

sugeriu que o melhor é que os candidatos (Dilma e Serra) estimularem uma discussão séria e sincera – até para além da eleição – sobre um assunto tão grave para as mulheres, principalmente as de baixa renda e instrução, a grande maioria delas.

O apoio de segmentos religiosos se tornou relevante para eleger candidatos. Basta ver as eleições de 2006 em que grupos católicos denominados “pró-vida” influenciaram de maneira determinante detonando a candidatura ao senado da atual deputada federal Jandira Feghali. Tanto nas missas e sermões da Igreja católica quanto no dia votação, no qual foram enviados torpedos, foi recomendado aos eleitores não votarem em candidatos que defendiam o direito ao aborto.

Curvar-se ao fundamentalismo⁵², principalmente por motivos político-eleitorais, foi o que justificou as recorrentes mudanças de opinião. Isso significou a negação ao princípio do Estado laico com objetivos eleitoreiros em busca de votos. Em outra reportagem, “Dilma defende aborto por causas médicas e legais”⁵³, e no interior do jornal “Dilma defende aborto no SUS”. Segundo o autor da reportagem, sua resposta ao questionamento do Jornal O Globo sobre a grande quantidade de mulheres mortas devido a abortos malsucedidos na clandestinidade, defendeu a interrupção da gestação por motivos “médicos e legais” e sua realização em todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) com serviço de obstetria.

Portanto, o que vigorou nessas eleições foi a chantagem e a desinformação para silenciar candidatos e candidatas sobre o aborto, mantendo assim, o preconceito e a criminalização.

Nas eleições para presidente da República em 2014, os três principais candidatos se posicionaram da seguinte forma⁵⁴:

O candidato Aécio Neves disse: “Sou a favor da legislação atual, sem mudanças”, afirmou o então candidato a uma revista em junho de 2013. A Dilma Rousseff: “Sou pessoalmente contra o aborto e defendo a manutenção da

⁵² É o termo usado para se referir à crença na interpretação literal dos livros sagrados. Fundamentalistas são encontrados entre religiosos diversos e pregam que os dogmas dos seus livros sagrados sejam seguidos à risca.

⁵³ Capa do Jornal O Globo de 04/06/2014, ano LXXXIX, nº 29521, reportagem de Vinicius Sassine

⁵⁴ <http://www.marxismo.org.br/blog/2014/09/17/sobre-o-direito-ao-aborto>

legislação atual sobre o assunto”. E Marina Silva afirma que não é contra a descriminalização do aborto e que seria a favor de um plebiscito sobre o tema.

A questão do aborto é fortemente carregada de estigmas e se afirmar favorável à sua legalização pode definir o caráter da pessoa como de má índole, imoral e criminosa

Se por um lado, o posicionamento político em prol da aceitação popular caminha em consonância com a moralidade hegemônica, por outro, o número de mortes maternas relacionadas ao aborto voluntário em condições inseguras, por mulheres de baixa renda, tem aumentado a cada ano.

Ser favorável à atual legislação é ser favorável à criminalização do aborto e é importante que se diga que aqueles que pregam contra o aborto, pregam, querendo ou não, sua ilegalidade, já que o aborto é uma prática comum que sempre existiu e nunca deixará de ser realizada por mulheres de todas as idades, dentro de seus credos, possibilidades e necessidades. Levantar a hipótese de que o aborto não deveria ser crime, ou seja, defender sua legalização significa para muitos, tratá-la como um crime previamente punido com estigmas moralizantes e, dessa forma, se consegue, por meio dela, parafraseando Tiburi “a sustentação moral da ilegalidade”⁵⁵. Ou seja, “é interessante politicamente se posicionar favorável à criminalização, isso atrai votos, atrai dízimos”⁵⁶ [...].

Interessante observar que enquanto o debate parlamentar propõe a manutenção da criminalização do aborto, o efeito claro é a interrupção de um projeto de vida de mulheres, e pode chegar a colocar a vida delas em risco. A morte por aborto é uma das piores experiências vividas pelas mulheres brasileiras. Elas ocorrem no anonimato como um efeito perverso da clandestinidade, e quando são destacadas nas capas dos jornais, apresentam uma situação marcada pela violência e brutalidade como vimos no item anterior. Além disso, na maioria das vezes, a divulgação vem acompanhada de

⁵⁵ No texto “O círculo cínico e as falácias da legalização do aborto” proferido na audiência pública sobre o tema da “interrupção voluntária da gravidez até a décima segunda semana de gestação, no dia 06 de agosto de 2015.

⁵⁶ TIBURI, Marcia. Aborto e biopolítica – questão de mais-valia moral. Texto Publicado no Caderno de Cultura do Jornal Zero Hora. Depois de ter assumido posição favorável à legalização do aborto no programa de TV “Saia Justa”, a filósofa gaúcha Marcia Tiburi apresenta novos argumentos para o debate. Diz ela que o que mais perturba as pessoas é ter que reconhecer a soberania da mulher sobre o próprio corpo.

uma condenação moral das vítimas, ou seja, das mulheres que pagaram com sua vida o risco da lei proibitiva no Brasil.

2.5 Posicionamentos dos conselhos e órgãos dos/das profissionais de saúde

A partir do tema como uma questão ética que nos faz questionar a moralidade hegemônica, problematizaremos então os órgãos das profissões da área do serviço social, da medicina, da psicologia e da enfermagem. Observaremos os posicionamentos políticos dos conselhos de tais categorias e, como os profissionais se posicionam aos preceitos legais e normativos.

É fundamental compreender como os profissionais da saúde, especialmente enfermeiros/as, médicos/as, psicólogos/as e assistentes sociais se posicionam frente às seqüelas dos abortos realizados em condições inseguras e que por terem sido mal sucedidos, exijam a internação numa unidade de saúde. A escolha por essas três profissões se deu em virtude do fato de atuar de forma mais direta na assistência às mulheres.

Os questionamentos que se apresentam são: os profissionais reconhecem o risco a que estão submetidas às mulheres das classes menos favorecidas em nossa sociedade? São favoráveis à descriminalização do aborto, ou não? Seus posicionamentos frente à criminalização do aborto refletem na assistência prestada às mulheres? Quais posicionamentos apresentam no que se refere à orientação/recomendação de sua categoria profissional? De que forma avaliam a perspectiva dos direitos das mulheres?

Os conselhos profissionais têm por objetivo ser um órgão de fiscalização específico de profissões liberais, que tem como atribuição orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional.

Conselho Federal e Regional do Serviço Social

Em relação ao Serviço Social, no 38º Encontro Nacional do CFESS/CRESS em 2009, em Campo Grande/MS, foi debatida a temática do aborto e deliberada uma posição do Conjunto CFESS/CRESS sobre o assunto. Nele houve uma mesa que teve como objetivo aprofundar o debate para a

tomada de posição sobre o assunto. Durante o encontro, a então presidente do CFESS, Ivanete Boschetti em entrevista ao Jornal Bom Dia Mato Grosso do Sul, explicou o debate do tema do encontro. Afirmou, então, que o Conselho já reconhece que o aborto deve ser discutido como questão de Saúde Pública⁵⁷. A posição tomada pelo Conjunto CFESS/CRESS na plenária final em 2009 foi o apoio à luta pela descriminalização do aborto, e foi tirada uma moção de apoio ao manifesto contra a criminalização das mulheres que praticam o aborto.

Em 2010 no 39º encontro do CFESS/CRESS em Florianópolis/SC, o Conjunto apoiou a descriminalização e legalização do aborto. Foi deliberado posicionamento favorável à legalização do aborto, considerado como questão de saúde pública, e como direito das mulheres. Além disso, foram propostas políticas públicas que considerassem os vários aspectos que envolvem estas questões, garantindo debates e eventos estaduais articulados às políticas públicas já existentes. Outro ponto debatido, igualmente importante, foi a contemplação das implicações éticas e normativas profissionais do Serviço Social, contextualizados pelos recortes de classe e gênero e pelo caráter laico do Estado (CFESS, 2010, p. 19).

Desde então o conjunto CFESS/CRESS integra movimentos pela legalização do aborto, contribuindo com matérias e debates para a qualificação dos assistentes sociais diante dessa temática. O Serviço Social tem um papel importante frente à descriminalização e legalização do aborto, uma vez que a profissão aborda a defesa intransigente da liberdade como princípio ético-político e pela autonomia e liberdade da mulher.

As ações profissionais dos assistentes sociais estão regulamentadas pela legislação da profissão e pelo Código de Ética Profissional (CEP)⁵⁸. Nessa esfera normativa estão inscritas as orientações do comportamento individual profissional e definidas uma direção social, através de um projeto profissional.

Em seus princípios fundamentais o CEP prevê, entre outros:

⁵⁷ <http://jus.com.br/artigos/9082/a-natureza-juridica-dos-conselhos-fiscais-de-profissoesregulamentadas>

⁵⁸ http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf Acesso em: 15/07/2017

O reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais, e a defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo. (CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, 2012, p. 23)

E, no que se refere ao sigilo profissional o Código de Ética Profissional (2012, p. 36) informa no artigo 15 que "constitui direito do/a assistente social manter o sigilo profissional". No artigo 16, "o sigilo protegerá o/a usuário/a em tudo aquilo de que o/a assistente social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional. Por fim, no artigo 17, "É vedado ao/a assistente social revelar sigilo profissional".

Conselho Federal e Regional de Medicina

Quanto ao Conselho Federal de Medicina (CFM) este se posicionou em relação aos artigos que tratam do aborto no Código Penal de 1940 afirmando que os preceitos éticos do mesmo são incoerentes com os compromissos humanísticos e humanitários e com os tratados internacionais subscritos pelos governos brasileiros.

O CFM, durante o I Encontro Nacional de Conselhos de Medicina, realizado entre os dias 6 a 8 de março de 2013 em Belém/PA, deliberou, em conjunto com vinte e sete conselhos regionais de medicina (CRMs), pelo posicionamento favorável a interrupção da gravidez por decisão da mulher até a décima segunda semana de gestação. Tal posicionamento se deu no contexto de uma possível mudança no Código Penal.

O CFM também se posicionou favorável ao aborto quando a gestação se deu por meio da técnica de reprodução assistida (quando não consentida pela mulher) ou quando o feto padecer de graves e incuráveis anomalias que inviabilizem a vida independente, e em ambos os casos seria atestado por dois médicos. O presidente do Conselho Roberto Luiz d'Ávila⁵⁹ deixou claro que não estão fazendo a defesa da descriminalização do aborto, mas sim defendendo a ampliação dos casos possíveis para interrupção da gravidez.

O CFM coloca em relação aos aspectos epidemiológicos e de saúde pública que a prática de abortos não seguros tem um forte impacto na saúde

⁵⁹ <http://g1.globo.com/politica/noticia/2013/03/medicos-defendem-liberacao-do-aborto-ate-12-semana-de-gestacao.html>

pública sendo a quinta causa de mortalidade materna no país, e responsável por um número elevado de internações na rede do SUS (Sistema Único de Saúde) por curetagens pós-abortamento.

Em 2014 a Folha de São Paulo publicou uma matéria⁶⁰ acerca do posicionamento do Conselho Federal de Medicina que vê a questão do aborto como um problema de saúde pública, no entanto, não há unanimidade dentro da própria classe. João Batista Soares, presidente do CRM/MG, afirma que um terço dos vinte e sete conselhos regionais foi contra o posicionamento do Conselho Federal.

A Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), sendo uma entidade que defende os direitos femininos, enviou uma carta ao Conselho parabenizando sua decisão e destacando o posicionamento corajoso, perante o atual crescimento do conservadorismo e do fundamentalismo religioso.

A Organização Não Governamental (ONG) Católicas pelo Direito de Decidir (CDD) também parabenizou este Conselho emitindo uma nota e afirmando que a mudança na legislação referente ao aborto vai respeitar os valores que orientam a vida da mulher, concedendo a mesma o livre arbítrio perante as decisões sobre o seu corpo.

A Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) publicou uma nota técnica em sua página eletrônica informando que aderem ao posicionamento do Conselho de Medicina e se coloca a favor do Projeto de Lei do Novo Código Penal.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) também se posicionou a favor do Conselho de Medicina e publicou em nota: “Valores religiosos e outras crenças de ordem pessoal não podem orientar legislações e políticas públicas que precisam estar sintonizadas e concordantes com o direito à plena escolha, garantindo a cada uma das mulheres a decisão sobre seu corpo e suas questões sexuais e reprodutivas”.

O Código de Ética Médica (CEM)⁶¹ dedica seu nono capítulo exclusivamente à questão do sigilo. Ademais, o capítulo 1, base para todo o Código e para o exercício ético da medicina, estabelece em seus I e II artigos, o seguinte: “medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da

⁶⁰ <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2014/10/1536781-conselho-federal-de-medicina-apoia-opcao-de-aborto-ate-o-terceiro-mes.shtml>

⁶¹ <https://portal.cfm.org.br>

coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza; o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional”⁶².

O Código Penal também dá amparo ao médico na questão do sigilo. O artigo 154 compreende como crime "revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem". (CÓDIGO PENAL, 1940, *on line*⁶³)

Fato é que uma denúncia criminal de paciente que fez aborto apresenta complicador fora da esfera legal. Cria-se apreensão das mulheres para recorrer às unidades de saúde, ampliando as chances de recorrer às clínicas clandestinas, podendo aumentar os índices de morbi-mortalidade.

Conselho Federal e Regional de Psicologia

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) no evento da Assembléia das Políticas, da Administração e das Finanças (APAF), em dezembro de 2010, teve elaborado um texto do Grupo de Trabalho Relações de Gênero e Psicologia do Conselho Regional de Psicologia (CRP-03) e como encaminhamento foi tirado acompanhar e participar das lutas dos movimentos sociais, inclusive com relação ao Estatuto do Nascituro⁶⁴, acompanhando a sua tramitação no Congresso. Aponta para a necessidade de discussão com a categoria a interface do tema do aborto com a saúde mental, direitos sexuais e reprodutivos e planejamento familiar. O posicionamento ético do Conselho⁶⁵, afirma que a lei atual impede que estas mulheres tenham direito aos direitos humanos sexuais e reprodutivos e que a lei que criminaliza o aborto não impede, nem reduz a sua incidência.

Segundo Theonilo (2015), o Conselho também segue os encaminhamentos do VII Congresso Nacional de Psicologia (CNP), entre eles a discussão dos Projetos de Lei que regulamentam o aborto seguro e a garantia

⁶² <https://noticias.uol.com.br/opiniao/coluna/2015/03/04>

⁶³ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

⁶⁴ Projeto de Lei que dispõe da proteção integral ao nascituro.

⁶⁵ <http://site.cfp.org.br/>

do diálogo com os movimentos que lutam pela legalização do aborto, conforme a moção aprovada:

Reconhecendo tanto a complexidade do tema, quanto os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e entendendo a situação de sofrimento decorrente da criminalização e da falta de acesso aos serviços de saúde, os/as delegado (as) do VII Congresso Nacional de Psicologia vêm manifestar seu apoio à legalização da prática do aborto no Brasil, independente de a gravidez ser decorrente de violência ou haver risco de morte para a mulher. (CFP 2010 *apud* THEONILLO, 2015, p. 57)

O CFP tem como diretriz o Código de Ética Profissional⁶⁶ que determina, segundo os seus princípios fundamentais que: “I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.”

Em seu artigo 2º, ao psicólogo é vedado: “a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão; b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”. Assim, o conselho propõe, entre outras ações, a promoção da saúde da mulher, tanto física quanto mental, e o reconhecimento e integração dos diversos momentos e vivências na subjetividade da mulher, entre eles a decisão de ter filhos e, defendendo, sobretudo, o acolhimento e escuta para as mulheres em situação de aborto.

Em cinco de julho de 2013 o site do CFP, apresentou um posicionamento em relação ao parecer do CFM, que defende a liberação do aborto até a décima segunda semana de gestação. O conselho coloca que está seguindo as decisões do VIII Congresso Nacional de Psicologia (CNP), entre elas, a moção aprovada em apoio à legalização da prática do aborto no Brasil.

O aborto é uma questão de saúde pública e, especificamente, de direito de escolha das mulheres. Além disso, entende a posição do Conselho de Medicina alegando que a mesma representa um grande avanço ao defender a liberação do aborto em gestações de até doze semanas e são, nesse sentido,

⁶⁶ <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em 12/07/17

favoráveis à descriminalização, aos direitos das mulheres e à soberania destas sobre o próprio corpo.

O CFP vem participando dos vários debates realizados por outras categorias e vem debatendo junto com os seus profissionais essa temática.

Conselho Federal e Regional de enfermagem

Quanto ao Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), identificamos que não há qualquer posicionamento ético acerca do tema aborto. As duas referências sobre o tema divulgadas no site⁶⁷ apresentam posicionamento ético de punir o profissional que participa de práticas ilegais em espaços clandestinos. De acordo com o Código de Ética Profissional e o COREN do Rio de Janeiro, há várias referências ao parto e nascimento, mas no que se refere ao aborto, não há qualquer referência.

É interessante ressaltar que três dos quatro Conselhos aqui citados se posicionam conforme os Tratados Internacionais assinados pelo Estado Brasileiro, nos quais o governo se compromete a garantir o acesso das mulheres brasileiras aos direitos reprodutivos e aos direitos sexuais, referendando a autonomia destas frente aos seus corpos.

Tais Conselhos Federais e Regionais das profissões mencionadas, deixam claro o seu posicionamento em relação a importância de um atendimento de qualidade à mulher que passa pela interrupção insegura da gravidez, entendendo que o aborto é uma questão de saúde pública e que a sua criminalização não reduz a sua prática.

Outro aspecto que se apresenta recorrentemente no posicionamento dos Conselhos aqui abordados é a questão dos princípios de sigilo e segredo profissional. A própria Constituição Federal vigente trata dessa questão no seu artigo 5º quando garante “São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação”.

⁶⁷ www.cofen.gov.br . Acesso em 12/07/17.

Portanto, é nesse sentido que as profissões aqui mencionadas fundamentam o seu posicionamento ético no que se refere à questão do sigilo das informações.

Tais profissões atuam nos serviços de saúde, e para quem tem essa prática no seu cotidiano de trabalho, para além da questão do sigilo profissional, tem a percepção de que a criminalização do aborto gera diversas seqüelas às mulheres e às suas famílias, promove procedimentos de saúde desnecessários e um atendimento fora dos padrões do que prevê a política de atendimento humanizado às mulheres no pós-abortamento. É fundamental que esses profissionais entendendo a realidade das mulheres que passam pela interrupção da gestação se posicionem pela mudança da legislação punitiva e criminalizadora sobre o aborto, entendendo que a liberdade de expressão e de manifestação de pensamentos é um direito protegido constitucionalmente. Enquanto a lei não se altera, uma vez, que reconhece a importância de atualizá-la e aperfeiçoá-la para melhor expressão da realidade social, os profissionais devem cumprir a lei, mas entendendo a importância de se debater, conversar e se posicionar sobre esse tema.

Portanto, aqui destacamos as quatro profissões da saúde, que a par da nossa experiência profissional (onde também será o campo empírico da pesquisa) são àquelas que diretamente lidam com as mulheres atendidas na unidade hospitalar em caso de pós-abortamento. Esses profissionais são: enfermeiros/as, médicos/as, psicólogos/as e assistentes sociais. No entanto, o profissional de psicologia não será investigado nessa pesquisa visto que não há essa categoria lotada na unidade de saúde alvo desse estudo.

Estas e outras questões serão abordadas nessa pesquisa já que esse é um tema de fundamental importância, e que necessita de bons argumentos tendo em vista a influência de cunho religioso que atualmente está presente e tem fortes influências em nossa sociedade. É fundamental conhecer os argumentos e posicionamentos de correntes progressistas e conservadoras nas profissões com vistas a contribuir para qualificar a assistência às mulheres e também para o debate da criminalização do aborto em nossa sociedade.

3 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NO PÓS-ABORTAMENTO

Nessa pesquisa buscamos investigar os conteúdos argumentativos dos profissionais envolvidos nos atendimentos às mulheres no pós-abortamento, internadas num hospital público situado no Município do Rio de Janeiro. A partir de tais profissionais, buscamos identificar seus posicionamentos ético-políticos, a presença de convicções religiosas, discursos morais, defesa do feminismo e os posicionamentos em prol da descriminalização do aborto, entre outros que se apresentaram nas falas.

Portanto, num primeiro momento será apresentado o perfil dos/das profissionais de saúde entrevistados durante a pesquisa e, num segundo item, através da análise do conteúdo de suas respostas conheceremos o que tais profissionais pensam sobre o aborto e sua criminalização e de que modo essa forma de compreensão interfere na assistência à mulher no pós-abortamento. No item seguinte vamos estabelecer uma reflexão acerca dos valores e princípios éticos como determinantes das profissões de medicina, de enfermagem e do serviço social. E por último, será debatida a contribuição dos/das profissionais de saúde, enquanto representantes da saúde pública, para o debate da igualdade de gêneros, desnaturalização do papel da mulher e, conseqüentemente para a proposta de descriminalização do aborto.

3.1 Breve caracterização dos/das profissionais de saúde

Para caracterizar o perfil dos/das profissionais de saúde participantes da pesquisa, procurou-se conhecer o sexo, a idade, estado civil, profissão, vínculo de trabalho, tempo de prática profissional e crença religiosa.

Os/as participantes desse estudo foram seis profissionais de saúde sendo dois médicos, duas enfermeiras e duas assistentes sociais que atuam no atendimento às mulheres em situação de pós-abortamento numa Unidade Pública de Saúde situada no Município do Rio de Janeiro. Excepcionalmente, uma assistente social não atua diretamente no Setor de Internação, exceto para cobrir férias, licenças e ausências de uma das assistentes sociais do Setor, o que permitiu sua participação na pesquisa visto que se apropria da realidade estudada em vários momentos de sua atuação.

A seguir apresento essa breve síntese com suas características de acordo com o sexo, idade, estado civil, vínculo de trabalho, tempo de prática profissional e crença religiosa.

Entrevistado A: Sexo feminino, entre 25 e 30 anos, solteira, possui vínculo de trabalho pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, tem entre 5 a 10 anos de experiência profissional e é católica.

Entrevistado B: Sexo feminino, entre 35 e 40 anos, casada, possui vínculo estatutário, tem entre 15 e 20 anos de experiência profissional e é evangélica.

Entrevistado C: Sexo masculino, 60 anos ou mais, separado, possui vínculo de trabalho pela CLT, possui mais de 25 anos de trabalho, tem mais de 25 anos de experiência profissional e é católico.

Entrevistado D: Sexo feminino, entre 45 e 50 anos, casada, possui vínculo estatutário, tem entre 15 e 20 anos de experiência profissional e é evangélica.

Entrevistado E: Sexo feminino, entre 30 e 35 anos, solteira, possui vínculo de trabalho como contratado pelo regime da CLT, tem entre 5 a 10 anos de experiência profissional e é católica.

Entrevistado F: Sexo masculino, entre 45 e 50 anos, casado, possui vínculo de trabalho como estatutário, tem entre 20 e 25 anos de experiência profissional e é agnóstico.

Observou-se que a faixa etária dos/das entrevistados/as estava entre 30 a 60 anos, cujo tempo de experiência profissional variou de 5 a 10 anos de experiência profissional a 20 a 25 anos. Dois/duas entrevistados de 5 a 10 anos de experiência profissional, dois de 15 a 20 anos, um entre 20 a 25 anos e um com mais de 25 anos de experiência.

Dois entrevistados/as com menos tempo de experiência possuem vínculos de contrato temporário, o que demonstra o crescimento da política de privatização dos serviços de saúde e a terceirização da mão-de-obra.

No que se refere à crença religiosa, foi constatado que três entrevistados se denominaram católicos, dois evangélicos, e um ateu. Como veremos de forma mais aprofundada adiante, identificamos a interferência direta da religião na argumentação do atendimento realizado às mulheres, em pelo menos duas das entrevistadas, sendo uma evangélica e uma católica. Tais profissionais de

saúde usaram suas referências às doutrinas religiosas como fundamento para sua atuação.

3.2 Criminalização do aborto: o que pensam os/as profissionais de saúde?

De acordo com o número de mulheres que informam ter realizado aborto, a partir de dados da Pesquisa Nacional de Aborto⁶⁸, conforme já tratado anteriormente, conclui-se que, aos 40 anos, quase uma em cada cinco das mulheres brasileiras fez um aborto e, no ano de 2015, ocorreram cerca de meio milhão de abortos. Considerando que grande parte dos abortos é ilegal e, portanto, feito fora das condições plenas de atenção à saúde, esses dados colocam, indiscutivelmente, o aborto como um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil.

E conforme os/as profissionais de saúde, apenas um/uma afirma não ter conhecido uma mulher que já tenha passado pela experiência do aborto. Os/as demais participantes afirmam que conheceram mulheres que interromperam voluntariamente suas gestações, principalmente pessoas da família, e também amigos, tendo um dos entrevistados relatado já ter conhecido mais de vinte pessoas do seu círculo de amizade, principalmente no âmbito da graduação, que recorreram ao aborto.

Mais de vinte. Amigas, da minha época de faculdade, quando eu tinha vinte e poucos anos, pegavam o telefone da clínica em Botafogo, na Maxwell. Com certeza mais de vinte eu conheci. (Entrevistado F)

É importante se questionar acerca da existência de mulheres de sua relação que tenha realizado o aborto, tendo em vista serem comuns os estereótipos em relação à mulher que aborta. Tais estereótipos contrastam com os dados da PNA de 2016, acerca das características das mulheres que fizeram aborto

[...] é possível observar que o aborto no Brasil é comum e ocorreu com frequência entre mulheres comuns, isto é, foi realizado por mulheres: a) de todas as idades (ou seja, permanece como um evento frequente na vida reprodutiva de mulheres há muitas décadas); b) casadas ou não; c) que são mães hoje; d) de todas as religiões, inclusive as sem religião; e) de todos os níveis

⁶⁸ Dados informados na Pesquisa Nacional de Aborto realizada por Débora Diniz, Alberto Madero e Marcelo Medeiros em 2017 (DINIZ; MADERO, 2016, p. 1)

educacionais; f) trabalhadoras ou não; g) de todas as classes sociais; h) de todos os grupos raciais; i) em todas as regiões do país; j) em todos os tipos e tamanhos de município. (DINIZ, MADEIRO e MEDEIROS, 2017)

No entanto, algumas diferenças não podem deixar de ser observadas. Na unidade de saúde pesquisada a maioria dos casos ocorre com mulheres de baixa escolaridade, pobres, pretas e pardas. Sobretudo no que se refere ao aborto realizado em condições inseguras. Segundo uma das entrevistadas

O aborto, ele sempre existiu. Ele não é um fato que acontece só no Brasil, só com população pobre, mas ele termina sendo um problema para a população mais pobre porque ela não tem acesso aos métodos mais seguros para o abortamento [...] (Entrevistado D)

A Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 442, enquanto ação pela legalização do aborto proposta pelo PSOL em fevereiro desse ano apresenta, entre vários argumentos, um se refere à ocorrência do aborto como “um evento mais comum na vida de mulheres que vivenciam maior vulnerabilidade social: 15% das mulheres negras e indígenas já fizeram um aborto na vida, ao passo que 9% das mulheres brancas o fizeram”. (ADPF 442, 2017, p.3)

A Norma Técnica de Atendimento Humanizado ao abortamento também apresenta tais argumentos. Diz que o aborto no Brasil tem as suas especificidades, sobretudo no que se refere às expressões das desigualdades sociais. Pois, apesar de as mulheres compartilharem a mesma situação de ilegalidade do ato de interrupção da gravidez, as trajetórias percorridas pelas mulheres vão se diferenciar conforme a sua classe social. Nesse sentido, uma minoria delas pode “arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos”. Por outro lado, a maior parcela da população feminina recorre a recursos inseguros que na maioria das vezes acarretam mortes. (NORMA TÉCNICA, 2011, p. 10)

Ainda de acordo com tal Norma, 10% dos casos atendidos no pós-abortamento pelo SUS são abortamentos realizados voluntariamente

[...] 10% dos abortamentos atendidos em nossos hospitais são provocados pelas mais diferentes formas, já que, para um grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. (Norma Técnica, 2011, p.7)

Conforme a PNA 2010, metade das mulheres utilizou medicamentos para abortar, e quase a metade das mulheres precisou ficar internada para finalizar o aborto. E, de acordo com a PNA de 2016

“Cerca de metade das mulheres precisou ser internada para finalizar o aborto: 48% (115) das mulheres foram internadas no último aborto. A proporção cai para 46% se considerados os 3% (10) de não resposta. Mesmo levando-se em conta os intervalos de confiança de 2 pontos percentuais, ocorreu uma queda nas internações entre 2010 (55%) e 2016 (48%). Dois terços, 67%, (18) das mulheres que confirmaram ter abortado em 2015 (27) foram internadas para finalizar o aborto”. (DINIZ, MADEIRO e MEDEIROS, 2017)

De acordo com nosso estudo todos os entrevistados já atenderam mulheres em situação de abortamento. Quanto a Norma Técnica todos já ouviram falar, mas, apenas um dos entrevistados a conhecia a partir da leitura mais detalhada⁶⁹, o restante já ouviu falar, já folheou, tinha certa noção e apenas um entrevistado nunca havia lido.

Conheço. Conheço parcialmente digamos assim, né, nunca li totalmente, mas eu tenho uma noção em relação à abordagem que deve ser feita para a mulher... é... após o abortamento... principalmente quando é espontâneo, mesmo não sendo espontâneo... a paciente tá muito sensibilizada nesse momento. (Entrevistado F)

|Eu te confesso que não li. (Entrevistado E)

Conheço a Norma, mas pra ser sincera nunca li. (Entrevistado B)

Já tive conhecimento, mas não sei assim detalhes, confesso [...] (Entrevistado C)

Sim, eu já li um tempo atrás, mas assim, recentemente eu não li. (Entrevistado D)

Verifica-se com essas repostas o insuficiente conhecimento e preparação profissional frente ao cuidado em saúde oferecido às mulheres em situação de abortamento. Não se pretende aqui afirmar que todos os profissionais de saúde devam ter conhecimentos amplos e irrestritos sobre a legislação e normas técnicas, entretanto identificamos através das entrevistas que o atendimento no pós-abortamento, seja nos casos dos abortamentos espontâneos ou nos casos dos abortamentos realizados de maneira insegura, quando a mulher chega à emergência hospitalar, deve ser atendida por profissionais que deveriam deter propriedade sobre os conhecimentos e

⁶⁹ Informou que teve acesso durante um curso de especialização.

informações amplas que estejam relacionadas com a saúde pública como é o caso das mais diferentes situações de aborto.

O atendimento relatado pelos/pelas entrevistados/as visa, sobretudo, no caso do aborto realizado voluntariamente, “amparo psicológico”, “escuta livre de juízo de valor”, “orientação quanto ao risco”, e “orientação sobre planejamento familiar”. Uma das entrevistadas falou

Eu acho que primeiro a gente tem que escutar essa mulher, né? E não emitir juízo de valor, até porque a nossa assistência não tem que ser baseada em preconceito, então se foi aborto provocado, se foi aborto espontâneo, a gente tem que prestar uma assistência livre disso e ouvir o que ela tem para dizer... não ficar indagando se ela fez isso, se ela deixou de fazer aquilo, acho que você tem que escutar e prestar a melhor assistência [...] (Entrevistado A)

E como veremos abaixo, na continuidade de sua fala, cita, em crítica à atuação de alguns profissionais, a valorização dada ao papel da naturalização da maternidade atribuído às mulheres e cita a punição informal que ocorre nos atendimentos às situações de abortamentos realizados voluntariamente.

Muita gente tem na questão da assistência a valorização da mulher grávida em detrimento àquela de fez aborto. Então, muitas vezes tem isso... quando ela está em processo de abortamento... então deixa ela aí aguardando porque não tem mais aquele bebê, ou porque tão prejulgando que ela fez um aborto provocado, aí a mulher... tem a questão da demora do atendimento, por conta disso, eu acho que não deveria existir, né?! (Entrevistado A)

Observamos nessa fala que há a penalização informal e moral por parte de alguns profissionais, para que, de outra forma, essas mulheres “paguem” pela escolha, como forma de punição não-oficial. Estas ponderações acerca das mulheres em situação de abortamento realizado voluntariamente demonstram como repercutem sobre a qualidade do atendimento oferecido, atendimento este que, obrigatoriamente, devem seguir os ditames da atenção humanizada às mulheres em abortamento. Outra entrevistada fala

[...] muitas vezes a gente observa também que aquela mulher que, quando é entendido que ela teve um aborto espontâneo, os profissionais atendem de uma maneira, né? Tem aquela “pena”... aquela coisa toda... e quando é um aborto que você vê que é provocado, que você viu que tá saindo o “miso”⁷⁰... alguma coisa do tipo... e a mulher... ela mentiu... com medo também da assistência que o profissional vai dar... recebe outra forma de atendimento pelo profissional de saúde. (Entrevistado A)

Quando a atuação dos/das profissionais de saúde não está pautada por ações conforme as diretrizes apropriadas apontadas pela norma técnica e

⁷⁰ “Miso” é o medicamento misoprostol, popularmente conhecido como cytotec.

normas de conduta profissionais, ela pode apresentar posicionamentos que favorecem uma punibilidade moral e criminalização informal. Segundo Costa, alguns desses posicionamentos são os seguintes:

[...] descaso no cuidado, tratamento indiferente, julgamento e agressão moral, violência institucional, atraso no atendimento, tratamento desumano, hostil, violação do direito à segurança pessoal decorrente de inquéritos policiais, processos judiciais e o encarceramento, provocando danos à probidade física e psicológica da mulher provocadora do aborto. (COSTA ET ALLI, 2012, p.2)

Uma das entrevistadas relata um atendimento realizado no qual identificou esse tipo de atendimento

[...] eu já atendi uma paciente que ela estava internada na enfermaria, aí ela tinha provocado o aborto, ela disse que foi muito mal atendida e tal, e ela tava muito mal e arrependida daquilo que ela tinha feito, ou seja, depois que tudo aconteceu é que ela se perguntou “o que eu fiz?”... sabe... “eu tirei o meu bebê”... “eu perdi o meu bebê”... e aí ela entrou em desespero [...] (Entrevistado E)

A criminalização do aborto provoca violações ao direito à saúde, à integridade física e psicológica das mulheres, pois a negação ao aborto pode levar a dores e sofrimentos agudos para uma mulher, ainda mais graves, quando impostos por pessoas no exercício de autoridade pública como é o caso dos/das profissionais de saúde, quando o mesmo impõe castigo, tortura ou negação de atendimento.

Segundo Juan Méndez, Relator Especial sobre Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradante do Conselho de Direitos Humanos da ONU ⁷¹

As mulheres são vulneráveis à tortura e aos maus-tratos quando procuram assistência médica em função de desconformidade real ou aparente com as funções que a sociedade determina para cada sexo [...] A discriminação contra mulheres, meninas e outras pessoas com base em sexo, gênero, orientação sexual real ou percebida ou identidade de gênero e características sexuais muitas vezes é subjacente à tortura e aos maus-tratos cometidos contra elas em serviços de saúde [...] Prestadores de serviços de saúde tendem a exercer autoridade considerável sobre seus pacientes, o que coloca as mulheres em posição indefesa, ao passo que a falta de marcos legais e regulamentares que permitam às mulheres exercer seus direitos à saúde reprodutiva as tornam mais vulneráveis à tortura e aos maus-tratos” (Conselho de Direitos Humanos, ONU, 2016)

É interessante observar que na fala da entrevistada não há destaque para criticar o atendimento oferecido à paciente, que alegou ter sido mal

⁷¹ Disponível em http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/31/57 Acesso em: 19/07/2017

atendida. Talvez o arrependimento pela realização do aborto voluntário se devesse em função do mau atendimento recebido, podendo ser classificado, nos termos do relato da ONU como de abusos e maus-tratos. Mas há nas práticas dos/das profissionais de saúde a naturalização do papel da mulher e da violência de gênero, como também ocorre nos casos definidos como violência obstétrica.

Conforme já abordado, em termos de políticas públicas, o primeiro documento oficial a tratar do aborto foi o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984 e em 2001, que reivindicou que o Estado assumisse a realização do aborto legal. Ainda em 2001, foi lançado o Manual de atenção ao “Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher”, que pela primeira vez tratou da assistência à mulher em situação de abortamento, inclusive o abortamento realizado voluntariamente pela mulher. E em 2005 foi lançada a Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que tratou especificamente sobre o atendimento ao aborto espontâneo e, deu ênfase ao atendimento às seqüelas do aborto realizado voluntariamente em condições inseguras. Apontou a questão da mortalidade materna por essa situação e fez referência às questões dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva de gênero. Além disso pautou sobre a atuação dos/das profissionais de saúde estarem respaldadas pelos seus códigos de ética profissionais no que se refere à obrigatoriedade da confidencialidade e sigilo do atendimento. Após, tal norma técnica, vem sendo reeditada, revista e atualizada, sendo a última publicada em 2011.

São vários condicionantes que perpassam pelo tema do aborto, como os direitos sexuais e reprodutivos, a liberdade sexual, a religião, os direitos humanos, políticas públicas, diferenças culturais, de gênero, classe, raça e etnia, entre outros, e é um fenômeno presente em todas as sociedades durante toda a história humana. Dessa forma, as interações sociais e a cultura e suas normas assumem perspectivas relevantes naquilo que se configura a percepção acerca do aborto, e, conseqüentemente, o atendimento a essas mulheres.

As hierarquias das religiões (sobretudo a católica, protestante e espírita) compreendem o abortamento como um pecado e desrespeito à vontade de Deus, sendo assim, passível de punição divina.

Segundo o CFESS Manifesta acerca do aborto, o princípio do Estado laico é desconsiderado, visto que os argumentos políticos se fundamentam a partir do ponto de vista religioso, “pautado no conservadorismo e no patriarcado”. Nesse sentido, se torna a principal barreira para a descriminalização do aborto. Certamente esse debate político influencia, entre outros, o campo da atuação profissional.

Desse modo, o atendimento à mulher em situação de abortamento pode estar influenciado de acordo com o posicionamento religioso dos profissionais de saúde. Ao se questionar acerca da possibilidade de interferência do posicionamento religioso no atendimento às mulheres, uma entrevistada informa que no atendimento à mulher cujo aborto foi espontâneo, é mais fácil usar argumentos religiosos. Diz o seguinte:

[...] eu às vezes costumo perguntar se ela tem algum tipo de religião, pra ela acreditar em Deus, confiar nele, que algum motivo teve pelo qual aquele bebê não veio ao mundo, né, então durante essa formação dele, alguma coisa deu errada... e ela acabou não aceitando né, aí ela expeliu, perdeu esse bebê, mas que teve um motivo pra isso, né... Então, melhor agora, um pouquinho melhor agora no comecinho do que depois lá na frente algo muito pior vir a acontecer, então, pra ela confiar em Deus, que aquilo... ele não fez aquilo à toa com ela, algum motivo teve para ela passar por aquilo. (Entrevistado E)

Sendo assim, a pesquisadora questiona como seria esse tipo de orientação para a mulher que realizou a interrupção da gravidez voluntariamente, se ela usaria seu posicionamento religioso para realizar algum tipo de orientação. E ela responde:

É importante também, mas é um pouco mais difícil de você lidar, né, porque quando ela provoca o aborto, ela... ela faz meio que no desespero, né, ela descobre que tá grávida, o marido não vai aceitar e aí ela faz, ela não pensa nas conseqüências e aí fica um pouco mais difícil [...] você tem que conversar com ela, aí você leva um pouquinho para a religião, né... agora tá feito, graças a Deus tá tudo bem com você, mas da próxima vez tenta pensar um pouquinho antes, né, enfim... é vida que segue [...] (Entrevistado E)

A concepção de que a interrupção está pautada na questão dos direitos sexuais e reprodutivos e da autonomia foi contraposta ao valor religioso do aborto como um pecado que produz culpa da mulher. Os profissionais que tinham vinculação ou nutriam concepções religiosas revelaram uma representação do aborto relacionada à culpa, ao sofrimento e ao pecado.

É possível observar que as normas religiosas penetram socialmente na sociedade como um todo e influenciam a construção social e cultural do núcleo

familiar e da maternidade no Brasil. Dessa forma, expõe a experiência daquilo que considera “normal”, “saudável”, tanto na vida em sociedade como também no atendimento profissional.

Em outra fala, a entrevistada se utiliza do posicionamento e ensinamento religioso para não julgar. Mas ao fazê-lo, parte do pressuposto que a pessoa cometeu um ato relacionado ao pecado, ao erro, ao crime, mas pelo seu ensinamento religioso, não lhe cabe julgar. E diz:

[...] o meu posicionamento religioso, no meu caso, ele não me atrapalha, muito pelo contrário, ele me ajuda, quando ele me mostra que eu tenho que não julgar, quando ele me mostra que eu tenho que acolher as pessoas, tenho que amar essas pessoas independente do que ela tenha feito e de alguma forma discriminar ou criminalizar essa pessoa pelo ato que ela cometeu. Então assim, a minha vertente religiosa é para acolher e não para afastar. (Entrevistado D)

E outra fala ainda, a entrevistada refere um posicionamento neutro no que se refere ao atendimento profissional. Ela diz:

Eu sempre tentei ser o máximo neutra possível, pelo menos nos atendimentos. O que eu acho que é correto ou não em relação ao aborto, nunca interferiu na hora de eu atender a paciente em relação a isso. Então eu acho que eu sempre fui neutra nesse sentido” (Entrevistado B)

A neutralidade, no que se refere ao debate sobre ética, é impossível, a não ser que eliminemos nossa subjetividade, nossas crenças e valores. Segundo Barroco (1999)

A ética profissional é uma dimensão da profissão vinculada organicamente às dimensões teórica, técnica, política e prática. [...] Esfera teórica. Trata-se das orientações filosóficas e teórico-metodológicas que servem de base às concepções éticas profissionais, com seus valores, princípios, visão de homem e sociedade. Esfera moral prática. Diz respeito: a) ao comportamento prático individual dos profissionais relativos às ações orientadas pelo que se considera bom/mau, aos juízos de valor, à responsabilidade e compromisso social, à autonomia e consciência em face das escolhas e das situações de conflito; b) ao conjunto das ações profissionais em sua organização coletiva, direcionada teleologicamente para a realização de determinados projetos com seus valores e princípios éticos. Esfera normativa. Expressa no Código de Ética Profissional, exigido, por determinação estatutária, de todas as profissões liberais. Trata-se de um código moral que prescreve normas, direitos, deveres e sanções determinadas pela profissão, orientando o comportamento individual dos profissionais e buscando consolidar um determinado projeto profissional com uma direção social explícita. (BARROCO, 1999, p. 129)

Como se pode observar através da referência citada, a ética profissional está intrinsecamente ligada à ação profissional, no sentido de lhe subsidiar e

orientar sob o ponto de vista dos princípios, sua fundamentação e possíveis mediações.

Os princípios fundamentais da bioética, acatados pela Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento devem ser seguidos pelos profissionais de saúde. São os seguintes princípios:

a) autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida; **b) beneficência:** obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem); **c) não maleficência:** a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar) e **d) justiça:** o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher” (NORMA TÉCNICA DE ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO, Brasília, 2011, p. 22)

A partir de tais princípios, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam negar ou desumanizar o atendimento. Outros entrevistados afirmaram que seus respectivos posicionamentos religiosos não interferem no seu atendimento.

Eu procuro não misturar as coisas, né, então, assim, eu não faço discriminação em relação ao tipo de aborto que ela fez. Eu sou católica, freqüento a missa, é claro que eu sou a favor da vida, mas eu acho que assim... cada mulher tem uma história, tem um contexto que a gente não sabe. Então a gente não sabe o que aconteceu na vida da mulher para ela ter provocado... enfim... então eu acho que a gente não tem que julgar, né?! (Entrevistado A)

É interessante notar que, se por um lado, a atuação profissional se pretende desvinculada de julgamento de valores, por outro, em nenhuma das falas dos entrevistados a realização da interrupção voluntária da gravidez foi citada “por decisão da mulher”, não foi apresentada segundo o princípio da autonomia, que é o direito da mulher de fazer escolhas sobre seu corpo e sua vida.

3.3 A assistência e a perspectiva da autonomia feminina

A própria Norma Técnica, sem querer aqui questionar sua importância para a qualificação do atendimento, apresenta os casos de abortos espontâneos e as sensações de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo e também apresenta os casos dos abortamentos realizados

de forma voluntária pelas mulheres, geralmente associado aos fatores já mencionados pelos entrevistados.

Quando questionamos acerca dos principais motivos alegados pelas mulheres para interromper a gestação:

Bom, primeiro uma gravidez não desejada. Segundo, às vezes, o parceiro foi de uma relação ocasional... a situação financeira, a situação social, ou seja, envolve vários fatores aí, né, mas eu acho que os principais são esses mesmos que eu falei". (Entrevistado F)

[...] eu acho que tem muito a questão da violência doméstica, eu acho que também muitas mulheres não conhecem o aborto legal, então muitas vezes é violentada e acaba se colocando em risco... falta de acesso aos métodos contraceptivos... e violência de gênero [...] (Entrevistado A)

[...] Desespero dela, família não aceitar, companheiro não aceitar, como vou cuidar, morar sozinha né... no desespero ela acaba provocando... ou a própria violência doméstica. As vezes ela tem uma relação que não... e aí engravida daquele homem que foi 'à força' e ela não aceita aquela criança [...] (Entrevistado E)

Na grande maioria das vezes é a parte financeira, né, que elas falam... que não tem condições de criar mais um filho, as vezes é por falta de apoio da família, ou do próprio pai do bebê... mas a grande maioria das vezes... do atendimento... é mais a questão financeira mesmo. (Entrevistado B)

Na maioria das vezes é obvio que é uma falha de planejamento, né, porque se ela desejasse, ela não teria... não vai ter a intenção de uma interrupção. Isso é evidente. (Entrevistado C)

Sempre que eu vejo isso, eu vejo a falta de apoio do pai (companheiro), a pobreza, ela não tá preparada para aquela gravidez, ela se desespera, ela faz planos para a vida dela e aquela gravidez acontece num momento que ela não se planejou, e eu acho que até se ela não tivesse planejado, ela tivesse o apoio da família, ela levaria essa gravidez adiante, mas normalmente é falta de apoio mesmo, financeiro, e não combina com os projetos de vida dela, então tá muito imbricado com isso. (Entrevistado D)

Se a gravidez decorre de um desses motivos apresentados, é bem sabido que, por outro lado, a decisão por sua interrupção decorre da decisão da mulher. Ela decide sobre seu corpo, sua vida, suas expectativas sociais. A criminalização do aborto pretende impedir que as mulheres se tornem sujeitos de sua decisão. Mas as mulheres decidem diariamente quando abortam. Esse aspecto não é ressaltado na fala de nenhum dos entrevistados. Os motivos que levaram à decisão se sobressaem em relação ao próprio ato de decidir pela interrupção voluntária. Por isso, muitas vezes é dito sobre arrependimentos,

sentimentos de culpa, entre outros sentimentos que visam corroborar a naturalização do papel que cola a mulher à maternidade.

Apesar de ser protagonista nesse papel de decidir, há frequentemente uma vitimização, no qual elenca uma série de fatores (falta de apoio do companheiro/pai do bebê; falta de apoio da família; risco de perda do emprego, entre outros), para justificar sua própria atitude. A mulher, em muitas situações, nesse contexto baseado numa cultura patriarcal e misógina, não se vê como protagonista, como portadora de direitos sexuais e reprodutivos, baseado nos princípios da liberdade e da autonomia feminina.

Até porque defender o ponto de vista da busca pela interrupção voluntariamente associado à autonomia da mulher, à igualdade de gênero, é um posicionamento ousado e muitas vezes inaceitável nesse contexto de dominação masculina. Segundo Marcia Tiburi (2015), a temática do aborto apresenta várias falácias⁷², entre elas

[...] a falácia do arrependimento, falácia do destino e falácia do sofrimento a ser encarado. Falácia da perda do reino de Deus após a morte. Todos os argumentos religiosos são falaciosos porque se propõem como universais, mas ocultam que as crenças não são universais, e que o Estado brasileiro é laico. Logo, a decisão deveria ser pensada em cada contexto pessoal e o Estado deveria garantir condições saudáveis para as mulheres que necessitem abortar, sejam quais forem estas necessidades. Este tipo de argumento serve também para ocultar o elemento pessoal, pois ele implica liberdade". (TIBURI, 2015)

No que se refere à criminalização do aborto, mesmo quando há no relato do entrevistado um reconhecimento de que a gravidez resultou de um relacionamento baseado na violência de gênero e estupro, defende se não uma medida de privação de liberdade, uma punição por ter tirado a vida de uma "pessoa". Como vemos na seguinte fala em resposta a sua avaliação se a mulher deve ser criminalizada ao realizar voluntariamente o aborto:

[...] deveria... não sei se ser presa... mas, eu acho que deveria ter alguma outra coisa que pudesse trabalhar um pouco mais essa mulher, entendeu? Não prender, mas ser feito um outro tipo de trabalho com ela. Ela deveria responder de alguma forma por esse ato [...] (Entrevistada E)

A marginalização e a ilegalidade a que as mulheres são submetidas quando decidem pela interrupção voluntária da gravidez não leva em conta a

⁷² Segundo Marcia Tiburi, falácias são ideias prontas, verdades inquestionáveis, que tem um sentido aparente, mas não se sustentam se questionadas. São máscaras, clichês que devem parecer verdadeiros.

participação masculina, e remetem o ato à identificação de um único sujeito – o feminino. A normatividade social e jurídica pune as mulheres num contexto em que também estão em cena desejos, projetos e valores do parceiro envolvido na situação de gravidez. No entanto, a participação masculina é ignorada, mesmo quando esse homem é o perpetrador da violência de gênero. Portanto, pouco se analisam as questões intrafamiliares, afetivas, de gênero e trabalho que podem levar essas mulheres a abortar. Conforme os valores morais da lógica de dominação masculina, a mulher assume papéis e fachadas que condizem com a expectativa de comportamentos aceitos de acordo com a sua sexualidade: ser mãe, cuidadora e “do lar”. E o aborto realizado voluntariamente pela mulher representa a desnaturalização desses estereótipos.

De acordo com o item 21 da ADPF 442, a criminalização do aborto afronta o princípio da igualdade de gênero, princípio que decorre do direito à igualdade (Constituição Federal, art. 5º, *caput*) e da não discriminação baseada em sexo (Constituição Federal, art 3º, inciso IV), a medida que impõe às mulheres tomadas de decisões que as expõem a riscos, desproporcionalmente em relação aos homens. Quem adocece e/ou morre no Brasil em decorrência da criminalização do aborto são as mulheres. Os homens, além de tudo, mesmo quando têm participação direta nos processos de abortamento, não são responsabilizados.

É interessante observar que mesmo nos países em que o aborto é legalizado, há mulheres que o fazem na clandestinidade, dado o fator de punibilidade moral do ato. Exemplo disso é apresentado texto de Boltanski (1990 APUD COSTA; VIANA e SOUZA, 2012, p. 6) no qual na cidade do México, onde o aborto é legalizado, possui um alto índice de abortos clandestinos pelo fato das mulheres não quererem representar essa experiência oficialmente nos hospitais.

Segundo Costa (2012) o movimento feminista enquanto um movimento social comprometido com mudanças políticas, de mentalidade e institucionais a respeito do aborto, teve fortes influências sobre o avanço na sua compreensão enquanto um problema de saúde pública, além de ter transformado também a dinâmica da assistência ao abortamento no Brasil.

Nesse sentido, as recomendações internacionais em relação ao dever dos Estados foi a de garantir os direitos humanos das mulheres. A descriminalização do aborto foi apresentada pelo Comitê de Direitos Humanos da ONU enquanto medida de respeito à vida das mulheres a fim de evitar que as mesmas recorram à abortos realizados em condições inseguras que as coloquem em risco para sua saúde e para sua vida. O Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) da ONU expressou que ações de negligência no acesso aos serviços de saúde é uma forma de discriminação contra as mulheres e defende a remoção de medidas punitivas impostas às mulheres que realizam o aborto voluntariamente.

Outros eventos internacionais tiveram muita influência na política nacional de abortamento. Foram eles: os da Conferência de População e Desenvolvimento, no Cairo (1994) e na 4ª Conferência Mundial da Mulher, em Beijing (1995). A partir de tais conferências, do qual o Brasil se tornou signatário, o Ministério da Saúde em sua legislação interna, assegurou o respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

O feminismo brasileiro percebendo que vários segmentos da sociedade não consideravam o aborto como crime, utilizou disso, a partir de um poder de convencimento, apoiada na máxima do direito individual e ainda muito influenciada pelos impactos políticos das conferências internacionais. De acordo com Soares (2003) embora o Código Penal criado em 1940, delimitando o aborto legal nos casos de estupro, e risco à vida da mulher ou de um futuro conceito, a mulher tem direito a interromper a gravidez, foi somente 40 anos depois – a partir de 1989, que foram realizados os primeiros atendimentos ao aborto previsto em lei em um hospital público. Esse serviço foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya, de São Paulo, na gestão da então prefeita Luiza Erundina.

No Rio de Janeiro, o primeiro hospital a implantar um serviço de atendimento ao aborto legal numa maternidade pública, foi o Hospital Maternidade Fernando Magalhães (HMFm). Atualmente o Município conta com 12 Maternidades, mas até a presente data, o HMFm é a única referência para atendimento ao aborto legal em todo o Estado do Rio de Janeiro.

De acordo com Soares (2003, p. 400), são várias as dificuldades apresentadas para a implantação dos serviços de atendimento ao aborto legal,

sendo uma delas, talvez a mais importante, a identificação de profissionais de saúde disponíveis a atuar. E, segundo FARIAS e CAVALCANTI (2012) isto se dá devido aos seguintes fatores:

a) desconhecimento dos profissionais de saúde inseridos nos serviços de referência, em relação à legislação vigente sobre o aborto legal; b) temor em relação às complicações judiciais sentido pelos profissionais devido ao receio de serem punidos legalmente e culpabilizados pela realização do aborto mesmo ao realizar procedimentos permitidos por lei; c) forte influência dos valores ético-religiosos destes profissionais que na maioria das vezes não conseguem desvencilhar a prática profissional de suas concepções e valores pessoais; e d) repúdio ao estigma de aborteiros. Isso ocorre em grande parte devido ao despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões relacionadas ao abortamento, à violência sexual e doméstica e às relações de gênero, uma vez que os mesmos não recebem em sua formação profissional nenhum preparo e nem abordagem para lidar com esses temas que atualmente ganharam relevância no campo da saúde pública. (FARIAS e CAVALCANTI, 2012, p.1756)

De acordo com os entrevistados, ao serem questionados sobre sua participação no atendimento ao aborto legal, caso o Hospital em que atuam se tornasse um serviço de referência para atendimento ao aborto legal, todos afirmaram que participariam:

Sim, eu não tenho esse problema [...] Não tenho problema nenhum, tanto é que eu já fiz. Fiz num anencéfalo, que é mais fácil de fazer, ta?, colocando um comprimidinho de misoprostol. Num caso de estupro a gente acaba encaminhando para outra unidade que é a Fernando Magalhães porque lá eles estão mais acostumados, tem todo um grupo, tem psicólogo e aqui a gente não tem todos os profissionais que deve ter numa situação dessa.[...] Eu tenho essa obrigação de fazer o procedimento por aceitar trabalhar num hospital público que atende às vítimas de violência sexual. (Entrevistado F)

Sim, porque a gente tem que atender essa mulher, entender o contexto que ela vive... eu atenderia. Eu não tenho restrições. (Entrevistado A)

Sim. É, na verdade, é confuso né... mas, depende, seria... é... não concordaria, mas não deixaria de assistir a essa mulher. (Entrevistado E)

Participaria. Até teve uma época que estavam falando que aqui ia ser, né? Até eu estava conversando com a enfermeira e a gente tava comentando que seria bom isso, né? (Entrevistado B)

Faria. (Entrevistado C)

Sim, com certeza! Sem ser, a gente já faz esse acolhimento. Eu acho que tem que dar atenção mesmo. (Entrevistado D)

Portanto, se por um lado os argumentos estão impregnados pela fala da naturalização do papel da mulher “colado” à Maternidade, por outro, os

profissionais de saúde estão dispostos a atuar numa equipe que atenda as mulheres em situação de abortamento legal.

No entanto, nos chama a atenção o fato que se refere ao conhecimento acerca da legislação que trata do direito à interrupção da gestação, identificamos que três dos seis entrevistados não conhecem os casos permitidos por lei.

Casos de estupro, que é o aborto legal... é... em casos de... é... anencéfalo, né? E tinha mais um... estupro... anencéfalo... (Entrevistado A)

Anencefalia né?... e... VVS [vítima de violência sexual]... eu acho que só... (Entrevistado E)

Os casos de aborto por estupro, né? E má-formação fetal, até... quantas semanas? Vinte? Esqueci quantas semanas... acho que é até três meses, né? (Entrevistado B)

O direito à interrupção da gestação não pode ser negado à mulher e o hospital deve dispor de profissionais que conheçam a legislação de modo a garantir o acesso ao direito, além de ter que dispor de uma equipe técnica capacitada para realizar o atendimento às mulheres que passam por essa situação, bem como dispor de todas as informações corretas e adequadas em relação à legislação em vigor.

Um caso ocorrido em 2014, no Hospital Maternidade Fernando Magalhães, foi divulgado em abril de 2017 pelo site Agência Brasil⁷³ no qual foi negado à gestante de bebê portador de anencefalia o direito ao aborto. Segundo informações do site a paciente estava com 12 semanas de gestação e tinha três exames de ultrassonografias obstétricas que diagnosticaram a má-formação do feto. No quarto dia de internação a mulher recebeu alta tendo sido orientada a recorrer à Justiça para conseguir autorização para realizar a interrupção da gestação. Como o STF julgou na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, a interrupção da gravidez em casos de anencefalia pode ser feita de maneira imediata, ou seja, não precisa de autorização judicial. Nesse sentido, a prefeitura do Rio de Janeiro foi condenada a pagar cinqüenta mil reais de indenização por dano moral e seiscentos e sessenta e sete reais e sessenta e sete centavos por dano material.

⁷³ <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-04/prefeitura-do-rio-tera-de-indenizar-gravida-de-anencefalo-que-teve-aborto>

Lembramos que o Hospital Maternidade Fernando Magalhães é uma unidade de saúde de referência para o atendimento aos casos de aborto legal.

Os profissionais de saúde deveriam deter conhecimentos e informações amplas nos temas da saúde pública e atendimento às mulheres. A formação continuada contribui para obtenção e aprimoramento desses conhecimentos.

3.4 A assistência ao pós-abortamento

No cotidiano de trabalho dos/das profissionais de saúde atuantes nos serviços hospitalares que atendem as mulheres em situação de abortamento, é comum a atuação conforme o objeto de trabalho de cada profissão. Não visualizamos no cotidiano da atuação profissional ações que busquem o atendimento integral à saúde, ou seja, tratar o objeto de trabalho como algo completo e único no interior das atividades hospitalares.

Nesse sentido, cabe uma breve discussão acerca do posicionamento dos conselhos profissionais.

De acordo com o Código de Ética dos/das profissionais de enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007⁷⁴, cita no artigo 28 diretamente sobre a prática do aborto.

Art. 28 - Provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação. Parágrafo único - Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo. (Código de ética dos profissionais de enfermagem, 2007)

É interessante observar que o posicionamento do Conselho Regional de Enfermagem, quando se realiza a busca pela palavra aborto, algumas notícias envolvendo a temática, mas sempre numa posição de reforçar a proibição da participação do/da profissional de enfermagem no atendimento ao aborto. São elas: dia 20/03/2012: “Ninguém pode provocar aborto, muito menos a Enfermagem”; dia 20/09/2013: “COFEN cassa registro de profissionais envolvidas em escândalo sobre clínica de aborto”; dia 30/11/2016: “Turma do STF decide que aborto nos três primeiros meses de gravidez não é crime”; após essa reportagem, que por ter gerado polêmica acerca de relativa “permissão” para realização do aborto realizado por desejo da mulher, o

⁷⁴ www.cofen.gov.br

COFEN lança outra nota acerca do mesmo tema, esclarecendo que não se trata de legalização do aborto, alertando os/as profissionais para a permanência da proibição legal com a seguinte nota no dia 01/12/2016: “O supremo Tribunal Federal descriminalizou o aborto? Entenda.”

É interessante observar que a falta de um posicionamento ético-político fica expressa na fala de seus profissionais. As falas dos entrevistados refletem dúvidas, divagações e, sobretudo uma postura defensiva:

Olha, pelo menos assim... durante a graduação, durante a especialização... é eles sempre trabalham essa questão... inclusive o Manual que você acabou de citar⁷⁵, o Manual de Assistência ao Aborto Humanizado, eu tive ciência durante a graduação [...] alguns conselhos se posicionam em relação ao aborto, em relação a ser favorável à descriminalização ou não... é... não... eles dizem o seguinte... agora você falando melhor, eles dizem o seguinte: que você... é... pode recusar a prestar assistência se tiver outro profissional para isso, né, então assim, você não é obrigado... mas, se tiver outro profissional. [...] Você não é obrigado... no caso o aborto legal, o aborto, você não é obrigado, desde que a mulher não fique sem assistência e tenha outro profissional... me lembro disso. (Enfermeira)⁷⁶

e

A gente tem que atender... não, assim, mesmo você sendo contra, você pode até se negar... sei lá... mas não pode... tem alguma coisa... perá... deixa eu ver se lembro o que ta escrito sobre isso... você pode até achar que é um crime, mas você não pode negar atendimento àquela mulher, entendeu? Eu não posso deixar de atender. (Enfermeira)

Dessa forma, visualizamos nos argumentos relativa dificuldade para apresentar o posicionamento, e quando o fazem, utilizam exatamente na lógica dos argumentos dos Conselhos e do próprio código de ética, que é a de não refletir o aborto nem pelo viés da criminalização e de como o profissional deve se respaldar legalmente e tampouco debate o tema enquanto um problema de saúde pública (dado o número de mortes maternas) nem acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

Em apenas uma das notícias, especificamente a do dia 17/12/2015, o COFEN apresenta uma nota de posicionamento se apresentando contrário ao projeto de lei proposto por Eduardo Cunha (então Presidente da Câmara de

⁷⁵ Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que também foi objeto de questionamento nessa pesquisa.

⁷⁶ Devido ao compromisso e obrigatoriedade com o sigilo dos informantes, segundo o TCLE, decidimos nessa parte identificar o entrevistado segundo a categoria profissional tendo em vista relacionar os argumentos dos entrevistados com os posicionamentos de seus conselhos e códigos de éticas profissionais. Ainda assim preservamos a identidade informantes.

Deputados) no que se refere ao atendimento às vítimas de violência sexual, condicionando o atendimento as mulheres que internarem por aborto realizado voluntariamente, à comunicação do fato às autoridades policiais e realização de exame de corpo de delito. Segundo o próprio COFEN, tal medida corrompe “os direitos humanos das mulheres, instituídos em 1995 na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres em Beijing, que incluem os seus direitos a ter controle sobre as questões relativas à sua saúde sexual e reprodutiva, e a decidir livremente a respeito dessas questões, livres de coerções, discriminação e violência”. Eis o título da nota: “Nota de posicionamento do COFEN sobre o PL nº 5069/2013 de autoria do deputado federal Eduardo Cunha, alterando a Lei 12.845/2013 que dispõe sobre o atendimento a vítima de violência sexual”.

É um importante posicionamento, mas ele aparece enquanto reflexão acerca de tal PL e não diante de todas as situações que envolvem os direitos das mulheres. Não identificamos nenhum outro posicionamento com argumentos baseados nos direitos sexuais e reprodutivos ao tratar da temática do aborto.

Já no site do COREN-RJ⁷⁷, ao digitar as palavras “aborto” e “abortamento”, nada é apresentado sobre os temas. Não significa que no interior do site não contenha o objeto de pesquisa, mas que inviabiliza a pesquisa sob pena de ter que abrir todas as páginas informativas e realizar a leitura de todas as resoluções, legislações, notícias.

Quanto ao Código de Ética Médico, atualizado pela resolução nº 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina, este não cita diretamente sobre o aborto. Somente em dois momentos encontramos artigos que podem se relacionar diretamente com a temática do aborto. O primeiro está no item II da parte que trata dos Direitos: “IX – recusar-se a realizar atos médicos que, embora permitidos por lei, sejam contrários aos ditames de sua consciência”. E na parte que trata dos Princípios Fundamentais: “VII – O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.

⁷⁷ www.coren-rj.org.br

Especificamente na temática do aborto, Na parte da Responsabilidade Profissional, artigo 15, é vedado ao médico: “Descumprir legislação específica nos casos de transplantes de órgãos ou de tecidos, esterilização, fecundação artificial, abortamento, manipulação ou terapia genética”.

Quanto aos sites, o CFM ao realizar pesquisa com as palavras “aborto” e “abortamento”, apresenta uma grande variedade de informações não especificando o tema, o que dificulta a pesquisa conforme o propósito desta pesquisa. O site do CRM não disponibiliza uma barra de pesquisa, o que inviabiliza a localização quanto à temática.

As falas dos entrevistados:

O Conselho Regional de Medicina não se posiciona, na verdade ele segue as regras né... o que é colocado hoje na lei, mas nunca vi nenhuma defesa do conselho regional de medicina né... se posicionando... é... a favor ou contra o aborto. (Médico)

e

O Conselho Regional? Tem, tem um posicionamento pró-legalização, embora muito ainda em discussão. A tendência é a pró-legalização. Porque o risco do aborto provocado e principalmente o clandestino é muito maior do que a legalização. (Médico)

No que se refere ao Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), o posicionamento é claro e desde 2009 na ocasião do 38º Encontro Nacional do CFESS/CRESS que ocorreu em Campo Grande/MS, foi deliberado o posicionamento de apoio à descriminalização do aborto. Em 2010, no 39º Encontro CFESS/CRESS em Florianópolis, estendeu o apoio à descriminalização para apoio à legalização do aborto. Após, o CFESS tem participado diretamente e com papel incisivo para ampliação do debate quanto à descriminalização e com o compromisso de lutar por sua descriminalização, conforme prevê os princípios do código de ética profissional.

Quanto aos sites, ao pesquisar “aborto” tem inúmeras notícias e artigos abordando o tema e apresentando de forma clara e objetiva o posicionamento favorável à legalização do aborto. O documento que representa de forma significativa esse posicionamento é o “CFESS Manifesta sobre o aborto e o trabalho dos assistentes sociais” no qual aponta o dever do compromisso ético-político com os princípios democráticos, no qual a defesa do direito das mulheres é um deles.

A clareza do posicionamento ético-político dos conselhos profissionais repercute diretamente na fala dos e das assistentes sociais.

[...] que também é contra a criminalização né, eu não sei se sem tem isso normatizado, isso aí eu não sei dizer, mas o posicionamento é de que é a favor do aborto legal, né?” Daí eu perguntei para esclarecer sobre o tema da legalização do aborto: E sobre legalizar o aborto, você sabe se ele tem algum posicionamento? “Favorável à legalização do aborto? Eu acho que sim, tem.” (Assistente Social)

e

“O CRESS eu acho que... eu li até recentemente uma nota, ele é... é... se posicionando a favor da descriminalização e da legalização do aborto.” (Assistente Social)

Nesse sentido, identificamos nas falas correlações com o posicionamento ético-político no tema aborto dos respectivos conselhos. E, nos casos em que não apresenta posicionamento, identificamos referência à Norma Técnica de Atenção ao Abortamento, que se torna um norteador fundamental para atuação dos profissionais de saúde. Esta, de forma resumida e eficaz, apresenta a importância do atendimento à saúde dessas mulheres, bem como fundamenta legalmente a atuação, apresentando leis e artigos que norteiam a ação profissional de profissionais de saúde. Utiliza os artigos do Código Civil para tratar do consentimento da mulher necessário para o abortamento em quaisquer circunstâncias, o Código Penal, e a Constituição Federal, o Código de Ética Médica e questões de bioética para embasar teórica e legalmente o profissional de saúde ao atender mulheres em situação de abortamento. Diante da ausência de um posicionamento do conselho profissional, e da lei punitiva que envolve o tema do aborto, esta Norma se faz essencial para qualificar o atendimento a essas mulheres.

Como não havia psicólogo lotado na Maternidade⁷⁸ não abordaremos aqui sobre o posicionamento desse Conselho visto que não há participantes da pesquisa dessa área.

⁷⁸ Durante o processo de pesquisa de campo a maternidade recebeu uma psicóloga oriunda de uma unidade básica de saúde, e que, portanto, nunca atuou com situações de internações por abortamento. Além de que sua chegada se deu no momento em que a pesquisa já estava em andamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apontado na introdução, a escolha do objeto de pesquisa tem ligação com o trabalho profissional e sempre nos chamou a atenção o fato da maternidade compulsória, afinal, ter um filho não é uma decisão simples. Foram inúmeros os atendimentos realizados nos quais as mulheres apresentavam grande sofrimento mental por ter que levar uma gravidez indesejada adiante.

A criminalização do aborto, e a conseqüente imposição da gravidez compulsória, compromete a liberdade das mulheres, à medida que não reconhece sua capacidade ética e política de tomar decisões sobre seu corpo e sua vida.

O caso mais recente foi um atendimento realizado a uma gestante de 34 anos. Estava no oitavo mês de gravidez e solicitava atendimento porque foi orientada no posto de saúde a falar com a assistente social da maternidade. Estava com o certificado de participação no grupo de planejamento familiar e estava interessada em realizar a ligadura das trompas. Antes de tudo explicamos que o acesso a tal procedimento cirúrgico estava definido em lei, e que não dependia do parecer do/a assistente social, médico/a ou qualquer outro/a profissional de saúde. Demonstrou decepção ao ouvir e argumentou que estava gestando o terceiro filho, já tinha um casal e não havia planejado essa gravidez. Fazia uso do método hormonal injetável e não sabe o que aconteceu: se o método falhou ou se não fez uso no dia correto. Já estava com a ampola em casa para realizar a aplicação, mas a menstruação não veio. Quando fez o exame estava grávida. Nesse momento chorou e disse: “você não sabe como está minha vida, estamos desempregados, sobrevivendo da ajuda de familiares. Eu não pensei em aborto porque eu não acho certo. E também fico com medo de ser castigada, pois tirar a vida de um inocente é pior do que tirar a vida de um adulto, que pelo menos pode se defender”.

O atendimento, tendo em vista avaliar as possibilidades de intervenção para o caso, foi realizado. O que nos chama a atenção é justamente o fato da maternidade compulsória e da ideia do pecado associada ao desejo de interromper uma gravidez indesejada. Tal interrupção, equivocadamente

perpassa a ideia de assassinato. Essa ideia se apresenta nas falas de pessoas contrárias à legalização do aborto.

Este trabalho analisou uma quantidade significativa de dados e informações, e, embora muitos temas ainda necessitem de aprofundamento, foi possível chegar a algumas conclusões em resposta aos questionamentos de base formulados no início deste estudo. Não obstante em cada tema abordado tenham sido apresentadas conclusões parciais, consideramos necessário indicar considerações mais gerais, o que será feito a seguir, retomando-se algumas observações pertinentes apreendidas no processo de coleta de dados e de leituras da bibliografia selecionada e aqui citada.

A perspectiva de se analisar o posicionamento dos profissionais de saúde que realizam assistência às mulheres no pós-abortamento, diante de ser o aborto considerado ato criminoso, partiu do pressuposto de que é fundamental compreender o tema a partir da associação entre direitos sexuais e reprodutivos e saúde pública. Ao recorrer para análise das políticas de saúde, do processo de Reforma Sanitária e do trabalho coletivo em saúde, apontou para a importância que tal processo representou para avanços nas políticas e nas práticas de saúde.

Esse trabalho permitiu perceber que o abortamento é analisado mais como um grave problema de saúde pública, tendo em vista os altos índices de mortalidade materna por essa razão, e menos, como atenção aos direitos humanos das mulheres no exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Mas, o ideal é articulá-lo enquanto problema de saúde pública aliado à perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. Esta última ainda enfrenta obstáculos de ordem sócio-cultural e religiosa perpetradas por relações de poder desiguais e marcadas pela naturalização das diferenças de gênero.

As informações produzidas pelo estudo permitiram alcançar os objetivos específicos de identificação dos posicionamentos éticos-políticos dos profissionais de saúde quanto à questão da criminalização do aborto no âmbito da assistência à saúde, durante e após o processo de interrupção da gravidez. Além disso, permitiu compreender que, em que pese a atenção à saúde das mulheres que buscam assistência ao pós-aborto, há o contraponto entre o aspecto legal de criminalização da mulher que realiza a interrupção da gravidez voluntariamente, e seu atendimento na rede pública de saúde. A mulher busca

um atendimento humanizado e espera dos/das profissionais de saúde a garantia de um atendimento com qualidade e o respeito aos seus direitos, independentemente dos preceitos morais e religiosos de tais profissionais.

É fundamental que a unidade hospitalar que realiza o atendimento à mulher em situação de pós-abortamento ofereça ações pautadas pela qualidade da atenção, pelo atendimento humanizado e interdisciplinar, para que as questões biológicas, sociais e psicológicas, econômicas e culturais, sejam trabalhadas em conjunto conforme prevê o SUS em seu princípio que trata da integralidade das ações em saúde.

Na área da saúde pública, é importante que os profissionais de saúde estejam preparados para acolher as mulheres para oferecer o acompanhamento necessário, ou seja, estejam treinados segundo a Norma Técnica de Atenção ao Abortamento. A falta da proposta e de um atendimento interdisciplinar para as mulheres que passam pela interrupção da gravidez também deve ser compreendido pelo viés da punibilidade moral que as mulheres enfrentam ao realizar o aborto de modo voluntário.

Boas condições de assistência contribuem para a redução das reinternações por abortamento. A mulher que se submeteu a um procedimento realizado em condições de insegurança dada a sua ilegalidade, quando é atendida por uma equipe capacitada, que proporcione a reflexão sobre os riscos para a saúde o uso de métodos abortivos, oriente sobre o planejamento reprodutivo, os métodos contraceptivos e possibilite o acesso ao mesmo, pode reduzir e até evitar a reincidência de internação pela mesma causa.

Os profissionais de saúde são os principais sujeitos na saúde pública a identificar e perceber os agravos para a saúde das mulheres, portanto, podem reconhecer que o fato de o aborto ser criminalizado e realizado por tantas mulheres, apenas as colocam em risco ao interromper uma gestação indesejada. É importante resistir ao avanço das forças conservadoras e criar um clima de diálogo na sociedade, para fortalecer ações para uma nova correlação de forças que seja favorável a ampliação dos direitos da mulher, partindo do debate na saúde para vários outros setores.

Outro ponto bastante relevante se refere à técnica empregada para retirada de restos ovulares. A técnica mais utilizada é a curetagem, no entanto, a mais indicada é a AMIU. Em pesquisa recente no setor de faturamento do

Hospital pesquisado nesse estudo, verificamos que o custo do procedimento de curetagem é de R\$ 179,62 enquanto o AMIU é R\$ 142,84. A esses valores podem ser acrescidos os valores de exames e permanência. Além de mais econômico, apresenta menos riscos pra mulher, é de fácil manuseio e sua técnica de simples execução. Portanto, diminui o tempo de permanência no hospital, reduz mortalidade materna e custos hospitalares. Deve, nesse sentido, ser utilizado em substituição à tradicional curetagem com pinça de winter.

A interdisciplinaridade é fundamental, pois garante a integralidade das ações. Nesse sentido, na prática, ainda há muito a conquistar no que se refere aos direitos das mulheres, sobretudo no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Outro aspecto relevante, a ética profissional, é comumente confundida com a moral. Está pouco claro para os/as profissionais de saúde a diferença entre essas duas concepções, o que indica a necessidade de inclusão e/ou aprofundamento do debate dessa disciplina na formação acadêmica, com mais horas de aula, para uma nova metodologia de trabalho sobre o conceito de ética, sua aplicação na vida pessoal, profissional e institucional.

Tal questão também se relaciona com o posicionamento favorável de três dos quatro conselhos de profissões de saúde no que se refere à importância de um atendimento humanizado à mulher que passa pela interrupção da gravidez insegura,. No entanto, tal posicionamento não é suficiente para um atendimento de qualidade por parte desses profissionais, primeiro porque na maior parte das unidades de saúde a atuação não se dá de forma interdisciplinar e também porque a postura conservadora é inerente a ação de muitos profissionais de saúde. No entanto, tais posicionamentos são importantes, significativos e fundamentais para dar visibilidade ao tema e para o enfrentamento de posicionamentos conservadores que inviabilizam os avanços na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, como ocorre no atual Congresso Nacional que é, na sua maioria, conservadora assim como a atual sociedade brasileira. Ainda assim, há que ressaltar que tais posicionamentos contribuem para ampliação do debate, e qualificam as intervenções. Os profissionais participantes nesse estudo se apresentaram

favoráveis à legalização do aborto, sobretudo pelo posicionamento assumido por suas representações profissionais.

Apesar de muitas conquistas alcançadas pelas mulheres, ainda há grande desigualdade social e o grau de autonomia feminina ainda não alcançou o fim da subordinação feminina e da discriminação. No mundo do trabalho continuam a sofrer assédios morais e sexuais, além de receberem salários menores do que os homens. A violência doméstica ainda é comum, mesmo quando a mulher não depende economicamente do homem, dada a cultura patriarcal que submete a mulher à dominação masculina. O feminicídio e os casos de violência sexual ocorrem em estatísticas alarmantes.

Se por um lado crescem as ações para ampliar direitos, por outro lado, também crescem ações no sentido contrário. As ações que tramitam no Congresso Nacional contrárias à ampliação dos direitos das mulheres e da autonomia feminina são em número muito maiores do que as ações a favor da liberdade e autonomia feminina. Na prática o que se vê são políticas conservadoras e retrocessos e riscos aos direitos humanos das mulheres.

Portanto, são muitas questões que nos desafiam enquanto mulheres, enquanto profissionais de saúde e enquanto cidadãos/ãs brasileiros/as. A ação política deveria estar baseada na democracia, laicidade e não discriminação. Mas não estão. Portanto, as lutas nos movimentos sociais podem contribuir para o fortalecimento e construção de pautas que possam contribuir para ampliação da autonomia feminina. Mas os movimentos sociais precisam se articular e unir suas pautas em prol do avanço nos direitos das mulheres.

A assistência humanizada ao aborto voluntário, realizado em condições inseguras, foi apresentada nos Manuais do Ministério da Saúde (Manual de Parto Aborto e Puerpério, em 2001 e sua Norma Técnica lançada em 2004). Mas, após dezesseis anos de ter sido implementado, com distribuição de exemplares a todos os serviços públicos de atendimento, ainda não foi suficiente para garantir a sua implementação de maneira integral e uniformizada. Como vimos nesse estudo, a maioria dos profissionais que trabalham nos serviços não conhece essa Norma Técnica.

Não são paupáveis indícios de mudança no sentido de humanização desta assistência, ainda contaminada pelo conceito de que o aborto é crime, pois apesar de o Brasil se assumir como Estado Laico, as suas legislações no

que se refere ao abortamento, apresentam embasamentos morais e religiosos. Certamente que a descriminalização e a legalização do aborto erguerá a mulher a um novo patamar de autonomia e superará a discriminação.

. Entendemos que essa transformação almejada não se dá somente pela nossa prática, vontade ou desejo, mas sim, sob determinadas relações sociais, sejam elas econômicas, ideológicas e de poder, pois práticas de saúde se dão em determinados contextos, em determinados processos históricos e a partir da forma que tais práticas foram construídas.

Portanto, a atuação dos/das profissionais de saúde é fundamental tanto nesse momento atual em que o aborto é criminalizado, visto que atender as mulheres respeitando seus direitos é um passo para ampliação da garantia dos direitos, como num momento futuro, ao se efetivar a proposta de legalização do aborto no Brasil, exigirá o mesmo nível de capacitação dos profissionais de saúde que continuarão atendendo nas unidades de saúde exatamente como prevê a Norma Técnica. Ou seja, tendo em vista a realidade atual de discriminação às mulheres mesmo em situações de abortamento legal, capacitar os profissionais hoje será um passo à frente quando avançarmos na legalização da interrupção da gestação por decisão da mulher.

Descriminalizar e legalizar a interrupção voluntária da gestação é essencial para o avanço do direito das mulheres. Essa pauta está na bandeira de luta dos movimentos feministas.

Portanto, esse estudo se propôs a lançar sementes que visem refletir sobre os danos da criminalização, a importância das políticas e práticas de saúde voltadas para garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e para permanecer afirmando os direitos das mulheres livres de qualquer forma de discriminação.

REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila. Assistência à Mulher em Abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.) Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ADESSE, Leila e Monteiro, Mario FG. Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos epidemiológicos e Sócio-Culturais. Rio de Janeiro: IPAS Brasil e IMS-UERJ, 2007

ANTUNES, Ricardo. Adeus ao trabalho?: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

_____ (Org.). A dialética do trabalho. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

ARILDO, A. Tratamento do abortamento do primeiro trimestre da gestação: curetagem *versus* aspiração manual à vácuo. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 25(4):271-276, 2003.

ÁVILA, MB. Liberdade e Legalidade: uma relação dialética. In: ÁVILA, MB, FERREIRA, V, PORTELLA, AP (Org.) Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

ÁVILA, Maria Betania; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica. Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BARROCO, Maria Lucia. Os fundamentos sócio-históricos da ética. Capacitação em Serviço Social e política social: crise contemporânea, questão social e Serviço Social, Módulo 2. Brasília: Cead/UnB-CFESS-ABEPSS, 1999. p. 120-136.

BARSTED, LL. Novas Legalidades e novos sujeitos de Direitos. In: ÁVILA, MB, FERREIRA, V, PORTELLA, AP (Org.) Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BHERING, Elaine. Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. Política social: fundamentos e História. 9, ed. São Paulo: Cortez, 2011 (Biblioteca básica de serviço social; v. 2)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica do Ministério da Saúde: prevenção e tratamentos dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília, MS, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Puerpério. Portaria n. 569, 1 de junho, Brasília, 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/livro_aborto.pdf (Acesso em 28/05/11)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Brasília: MS, 2008.

_____. Norma Técnica para Atenção Humanizada ao abortamento. Brasília: MS, 2005.

BRAVO, Maria Inês. Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A saúde nos governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2014.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e Associação Brasileira de Saúde de Coletiva (ABRASCO). Dilma, preserve os interesses públicos na saúde. Saúde é política de Estado. 2015. Disponível em www.abrasco.com.br. Acessado em 21/04/2017.

CODIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. - 10ª. ed. rev. e atual. - Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

CORREIA, Maria Valéria; SANTOS, Viviane Medeiros dos. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em Questão. In: A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

COSTA, Mariana D. de L.; VIANA, Alba J. B.; SOUSA, Eduardo Sérgio S. O Aborto Provocado e Direitos Sociais: Problematizando a assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento. Paraíba: UFPB, 2012.

CONFERÊNCIA Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, 4, Beijing, China, 4-15 de setembro de 1995

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Convenção de Belém do Pará. Belém do Pará, 9 de junho de 1994.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. Pequim, 1995. Disponível em www.saude.gov.br/bvs

DEL PRIORI, Mary Lucy. A árvore e o fruto: um breve ensaio histórico sobre o aborto. In: Revista Bioética, vol.2, n.1. Brasília:CFM, 1994. Disponível em: <http://www.portalmédico/bioética/index> (Acesso em 13/05/11)

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2017, vol.22, n.2.

DUARTE, Marco José de Oliveira; ALMEIDA, Carla Cristina de; MONNERAT, Gisele Lavinias; et al. Políticas de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho dos assistentes sociais. Campinas, SP: Papel Social, 2014.

FARIAS, Rejane Santos; CAVALCANTI, Ludmila F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde no Hospital Municipal Fernando Magalhães. Rio de Janeiro: Ciências & Saúde Coletiva, 2012.

FAÚNDES, Aníbal; BENZELATTO, José. O drama do aborto: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004.

FREITAS, Elizabeth S. Aborto como questão pública. In: ÁVILA, MB; PORTELLA, AP; FERREIRA, V. (Orgs.). Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

GALEOTTI, G. História do aborto. Lisboa: edições 70, 2007.

GOLDSTEIN, Donna M. (orgs.). Políticas do Corpo e Curso da Vida. São Paulo, Editora Sumaré, 2000. PP.89-107.

GONÇALVES, Tamara Amoroso (Coord); LAPA, Thaís de Souza. Aborto e religião nos tribunais brasileiros. / Coordenação de Tamara Amoroso Gonçalves. — São Paulo: Instituto para a Promoção da Equidade, 2008. xxxp.

JUNIOR, Francisco Batista. Políticas de Saúde no Sistema Único de Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo. A Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores e as lutas sociais contra a privatização. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015.

LEAL, Ondina Fachel. Corpo, Sexualidade e Aborto. In: DEBERT, Guita Grin e Goldstein, Donna (orgs). Políticas do corpo e curso da vida. São Paulo: Sumaré, 2000.

MATOS, Maurílio Castro de. A criminalização do aborto em questão. São Paulo: Editora Almedina, 2010.

_____. Cotidiano, Ética e Saúde: o Serviço Social frente à contrarreforma do Estado e à criminalização do aborto. PUC, São Paulo, 2009. Tese de Doutorado.

MARX. Karl. Processo de trabalho e processo de produção de mais-valia. O Capital. Volume I, Parte III, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MOTA, Ana Elizabete. *Cultura da Crise e Seguridade Social. Um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 2005.

PAIM, Jairnilson. *A reforma sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual*. In: *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica* [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAPALEO, CC. *Aborto e Contracepção: atualidade e complexidade da questão*. 2ª Ed – Rio de Janeiro: Renovar, 2000.

PENICHE, Andrea. *Elas somos nós. O direito ao aborto como reivindicação democrática e cidadã*. Portugal: Edições Afrontamento. 2007.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. *História das Políticas de Saúde no Brasil*. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br/internatorural/arquivos/mimeo23p.pdf>. Acesso em 12/07/2017

RAMIREZ-GÁLVEZ, MC. *Preeminências femininas e ausências masculinas no aborto voluntário*. In: ÁVILA, MB; PORTELLA, AP; FERREIRA, V. (Orgs.). *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. *Discriminar para não discriminar*. *Jornal da Rede Saúde*, n.21, Setembro, 2000.

ROCHA, MIB. *Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no Parlamento*. In: ÁVILA, MB; PORTELLA, AP; FERREIRA, V. (Orgs.). *Novas legalidades e democratização da vida social: família, sexualidade e aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

SOARES, Gilberta Santos. *Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados*. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003.

ANEXO A**ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS****Dados pessoais:****1 – Entrevistado nº** _____**2 – Sexo:**

Feminino () Masculino ()

3 - Idade:

20 – 25 () 40 – 45 () 60 ou mais ()

25 – 30 () 45 – 50 ()

30 – 35 () 50 – 55 ()

35 – 40 () 55 – 60 ()

4 – Estado civil de fato:

Casada(o) () Solteira(o) () Separada(o) ()

Viúva(o) () Outros () _____

5 – Profissão:

Assistente Social () Enfermeira(o) () Médica(o) ()

5.1 – Vínculo de trabalho:

()Estatutário () CLT () contratado _____

6 – Tempo de prática profissional:

01 – 05 () 05 – 10 () 10 – 15 ()

15 – 20 () 20 – 25 () 25 ou mais ()

7 – Crença religiosa:

Católica () Espírita () Luterana/Protestante ()

Evangélica () Ateu () Outra () _____

Concepções sobre o aborto:

8 – Na sua vida pessoal, você conhece alguma mulher que tenha realizado aborto?

() Sim () Não

8.1 - Se sim, quantas e qual seu vínculo com essa pessoa?

8.2 - No trabalho profissional já atendeu alguma mulher em situação de abortamento ou em consequência?

9 – Quais as intervenções relevantes no seu atendimento ao aborto espontâneo?

10 – Quais as intervenções relevantes no seu atendimento ao aborto voluntário?

11 - Você acha que seu posicionamento religioso interfere na sua intervenção nos casos de aborto?

() sim () não

Por que:

12 - Em que casos o aborto é permitido no Brasil?

13 - Conhece a Norma Técnica de Atendimento Humanizado à mulher no pós-abortamento?

() sim () não

Se sim, o que te chama atenção no conteúdo da norma?

14 - Qual o seu posicionamento em relação à criminalização do aborto?

15 - O seu conselho profissional tem algum posicionamento em relação ao tema aborto?

Não () Não sei() Sim()

15.1 - Se sim, qual?

16 - Qual o posicionamento frente à orientação do seu conselho profissional?

17- Quais os motivos, na sua opinião, podem levar uma mulher a decidir pelo aborto voluntário?

18 – você acha que o aborto deveria ser descriminalizado?

sim não

Por que:

19 – Se essa Unidade de Saúde fosse referência para atendimento aos casos de aborto previsto em lei, você realizaria o procedimento?

sim não

Por que:

ANEXO B**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A criminalização do aborto e a assistência à saúde

Pesquisador: BETANIA NUNES DE CARVALHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66744617.4.0000.5259

Instituição Proponente: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.087.571

Apresentação do Projeto:

Continuação do Parecer: 2.017.292

Objetivo da Pesquisa:

Continuação do Parecer: 2.017.292

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Continuação do Parecer: 2.017.292

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Continuação do Parecer: 2.017.292

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Continuação do Parecer: 2.017.292

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

ANEXO C

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.196.468

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B.pdf	10:13:53	CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A.pdf	08/01/2017 10:13:09	BETANIA NUNES DE CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	08/01/2017 10:00:18	BETANIA NUNES DE CARVALHO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Agosto de 2017

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)