

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

WALKLEIA ADELAIDE DE SOUZA

ABORTO LEGAL: UM BREVE ESTUDO ACERCA DOS ENTRAVES QUE PERMEIAM
O ACESSO DE MULHERES E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL
AO DIREITO DE ABORTAMENTO SEGURO

UBERLÂNDIA
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA - FAMED
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

WALKLEIA ADELAIDE DE SOUZA

Artigo apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Atenção ao Paciente em Estado Crítico.

Orientadora: Professora. Dra^o. Maria Izabel da Silva

UBERLÂNDIA

2019

Resumo

O presente trabalho propõe, através de uma revisão bibliográfica, uma discussão, apoiada em estudos já publicados, sobre o atendimento ofertado no sistema público de saúde às vítimas de violência sexual que desejam realizar o aborto legal. A violência praticada contra mulher é considerada uma violação de direitos humanos, um fenômeno social, construído culturalmente ao longo de diferentes períodos históricos. Em meio à sociedade, a violência externaliza um caráter de submissão, com valores arraigados no patriarcalismo enraizado por culturas distintas, onde a voz do sexo feminino é cerceada, atingindo assim a figura em sua integridade psíquica, moral e física. O método utilizado para coleta de dados foi através de levantamento bibliográfico considerando estudos nas bases de dados MedLine, Lilacs, Scielo, sendo que os descritores foram: violência sexual e aborto legal. Objetiva-se, através desta revisão corroborar com as pesquisas já realizadas que versem sobre essa temática e também, reforçar a importância de um atendimento mais humanizado às vítimas. Perante os dados levantados, identificou-se que existem poucos estudos em relação ao tema, não diferente com literaturas específicas do Serviço Social, no tocante a violência. Outro fator, é que existe uma dificuldade em propor ações que garantam a integralidade dos serviços preconizados, haja vista a existência de legislações que defenda o direito ao aborto em situações de violência sexual. Ainda assim, percebe-se que o Estado não consegue garantir o pleno direito. Destarte, resta ao profissional Assistente Social, enquanto membro da equipe interdisciplinar, articular, fortalecer e materializar o movimento de luta pelos direitos das usuárias do serviço, atuando na consolidação e ampliação de políticas públicas direcionadas à igualdade de gênero e erradicação da violência sexual. Como também, almejar a busca efetiva de ações e até mesmo, fortalecimento de movimentos sociais.

Palavras-chave: Violência Sexual. Aborto Legal. Objeção de Consciência. Violação de Direitos.

Abstract

The present work proposes, through a bibliographical review, a discussion, supported by studies already published, on the care offered in the public health system to the victims of sexual violence who wish to perform legal abortion. Violence against women is considered a violation of human rights, a social phenomenon, built culturally throughout different historical periods. In the midst of society, violence externalizes a character of submission,

with values entrenched in the patriarchy rooted in distinct cultures, where the female voice is constrained, thus reaching the figure in its psychic, moral and physical integrity. The method used for data collection was through a bibliographic survey considering studies in the databases MedLine, Lilacs, Scielo, and the descriptors were: sexual violence and legal abortion. The objective of this review is to corroborate the research already carried out on this issue and also to reinforce the importance of a more humanized care for the victims. Given the data collected, it was identified that there are few studies regarding the subject, not different with specific literature of the Social Service, regarding violence. Another factor is that there is a difficulty in proposing actions that guarantee the integrity of the services recommended, given the existence of legislation that defends the right to abortion in situations of sexual violence, yet it is perceived that the State can not guarantee the full right. As a member of the interdisciplinary team, it remains to articulate, strengthen and materialize the movement for the rights of users of the service, working to consolidate and expand public policies aimed at gender equality and the eradication of sexual violence. As well, aim for the effective pursuit of actions and even, strengthening of social movements.

Keywords: Sexual Violence. Legal Abortion. Objection of Conscience. Violation of Rights.

INTRODUÇÃO

Percebe-se que a prática do aborto está relacionada, além de processos gerais, com uma série de particularidades que vão desde as dificuldades de sobrevivência da mulher ou da família em meio a uma urbanização desenfreada, à carência de programas voltados para educação em saúde e de planejamento reprodutivo, à alta do custo de vida, como também, pela violência sexual, em que, muitas vezes a mulher tem medo de relatar a situação vivenciada. Assim, há um aumento da possibilidade de mulheres e adolescentes procurarem o aborto como meio de interromper uma gravidez indesejada ou “impossível” de ser levada a diante pela precariedade de sua situação pessoal, de condição de vida ou por ser consequência de uma violência sexual (Shor,1994).

A Constituição Federal de 1988 (C.F) em seu Art. 196, estabelece “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Lei 8080/90, a população passa a contar com um serviço de saúde público e gratuito, que tem como base três pilares: universalidade, igualdade de acesso e integralidade no atendimento, que resultou um melhor acesso da população aos serviços em saúde. A criação do SUS foi uma grande conquista da sociedade, anterior a ele, a saúde era limitada a prática de assistência médica curativa, campanhas sanitárias com ênfase em vacinação e assistência para trabalhadores vinculados ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRAVO, 2009).

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), o conceito de saúde é para além da ausência de doenças físicas, é um estado completo de bem-estar-físico, mental e social do ser humano. Um direito social, intrínseco à condição de cidadania, que deve ser assegurado sem qualquer distinção, seja de raça, cor, gênero, religião, ou condição socioeconômica. Sendo assim, faz-se necessário a intervenção do Estado, enquanto protagonista e responsável por políticas públicas voltadas para promoção e proteção da sociedade.

A Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência sexual Contra Mulheres e Adolescentes instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2012 tem por desígnio estabelecer conceitos, princípios e diretrizes acerca de prevenção e combate à violência contra mulheres, bem como a assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e

legislação nacional. “Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública”. (BRASIL, 2012, p.9).

Segundo Nunes e Moraes (2019) os serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, aumentou desde que o Ministério da Saúde estabeleceu a Norma Técnica de Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, em 1999. Por outro lado, ainda, nota-se a necessidade de criação de mais serviços que contemplem tal público.

Diante da relevância do tema, surgiu a problematização, que veio através da observação ativa, enquanto Assistente Social residente do Programa de Residência Multiprofissional em saúde, em área de concentração, Atenção ao Paciente em Estado Crítico. O cenário foi um hospital geral de uma cidade mineira, sendo a principal indagação: A mulher vítima de violência sexual é respeitada quanto ao seu desejo de aborto legal no contexto de saúde? Viéses e Nuances de um tema complexo, do qual recorreremos à revisão de literatura como ferramenta de investigação.

Entende-se o trabalho do Assistente Social a partir da perspectiva ontológico-crítica, sendo indissociável da teologia e causalidade. O fazer profissional realiza-se através da leitura da realidade, seguido da construção do objetivo teologizado, entrelaçado a práxis social, concomitante a teologia e causalidade. Após a interpretação teleológica acontece a intervenção na realidade, que se materializa por meio de orientações, relatórios, encaminhamentos, etc.

Antes de intervir na realidade de pacientes, precisamos compreender o cotidiano enquanto categoria, uma vez que a vida cotidiana faz parte da prática profissional, além de comportar os espaços das práxis, são dentro desses espaços que ocorrem a prática profissional. Como afirma Coelho (2013, p.76) “o cotidiano está associado com a rotina, a repetição de gestos e tarefas. A repetição conduz ao automatismo e à mecanização das ações e dos hábitos”. Muitas vezes a rotina do dia a dia associada a complexidade das atividades neutralizam o ser humano, cegando-o de modo que não consiga enxergar a essência do ser como um todo.

Já para Lukács (2002, p.21), o cotidiano “aparece como a base de todas as reações espontâneas dos homens em relação ao seu ambiente social, onde o homem parece atuar frequentemente de forma caótica”. Aos olhos da humanização o cotidiano não pode ser visto superficialmente, a prática profissional deve extrapolar o limite da aparência.

Assim, o presente artigo visa discurrir acerca dos entraves que dificultam o acesso de mulheres e adolescentes em realizarem o aborto seguro no Brasil, em situações em que a

legislação permite. Elucidando os casos que envolvem gravidez resultante de violência sexual, a luz das dificuldades de mulheres e adolescentes grávidas, com direito garantido por lei em serem atendidas em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com finalidade de realizar o aborto seguro.

Para tal fim, analisar-se-à legislações vigentes no Brasil que discutem o aborto em seus vários aspectos histórico, político e social, enquanto assunto de saúde pública e problema social oriundo de um corpo restritivo de leis. Investigando através da literatura a fragilidade da Rede de Atenção dos serviços prestados a mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual, em cenário Nacional.

VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES

A violência sexual contra a mulher pode ser entendida como todo ato sexual ou tentativa em obtê-lo sem o consentimento da mulher, utilizando-se de métodos coercivos e intimidatórios, como a força física, a grave ameaça, o uso de objetos cortantes, armas e outros meios para intimidação, como também, utilização de pressão psicológica. Segundo a Norma Técnica:

A violência sexual é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes. Diz-se persistente porque a violência sexual atravessa a história e sobrevive. Por um lado, na dimensão de uma pandemia, atingindo mulheres, adolescentes e crianças, em todos os espaços sociais, sobretudo no doméstico; por outro, na forma de violência simbólica e moral, aterrorizando, em especial, o imaginário das mulheres, tanto produzindo vulnerabilidades quanto promovendo uma sensação de constante insegurança, contribuindo para perpetuação de uma cultura violenta e patriarcal. (NORMA TÉCNICA, 2012, p. 9).

Logo, violência sexual é um problema de saúde pública, de responsabilidade do Estado, que infelizmente ainda possui pouca visibilidade, perante sua gravidade e consequências significativas para a saúde mental e física das vítimas.

Faz-se importante dizer que, muitas vezes as vítimas não recebem um tratamento de forma adequada, e no caso de um desejo por parte da vítima em realizar o aborto, o atendimento torna-se cheio de obstáculos, seja por falta de capacitação, estrutura física, crenças ou até mesmo, por objeção de consciência do médico e equipe multiprofissional (Messias et al, 2016).

Para Baigorria et al. (2017) a melhor forma de prevenção a violência sexual contra as mulheres passa por uma formação social que respeite e se embase nos direitos humanos,

transversalidade de gênero e pelo empoderamento das mulheres diante das iniquidades e relações de violência, enquanto busca da equidade de gênero.

O alinhamento de redes de serviços direcionados ao cuidado das vítimas acometidas por violência sexual é um desafio posto ao Sistema Único de Saúde, percebe-se que os decretos, legislações e manuais que normatizam as ações de saúde e assistência ainda são insuficientes.

O suporte intersetorial, seguido do cuidado para com as vítimas, necessita de investimento financeiro, comprometimento político, profissionais especializados em suas distintas áreas, e integrados com equipe interdisciplinar. O que resultará a integralidade e humanização dos serviços ofertados.

DIREITOS EM MOVIMENTO: LUTAS DE MULHERES BRASILEIRAS

Ao falar de mulheres, direitos e lutas, não podemos desconsiderar todo o caminho percorrido até os dias atuais. Faz-se necessário explicar alguns dos momentos que fizeram história, e que de alguma forma influenciaram a criação de políticas públicas voltadas para o público feminino que temos hoje. O encorajamento de mulheres frente à submissão social, desigualdade de gênero e ausência de políticas voltadas para o público feminino, fez com que mulheres se reunissem, multiplicando-se em movimentos feministas. A história dos movimentos no Brasil perpassa por momentos distintos, a visibilidade não surgiu de imediato, a atuação dos movimentos feministas evoluiu de forma tímida, encontrou maiores barreiras para se legitimar durante o período ditatorial.

No Brasil, os primeiros movimentos feministas a favor da igualdade de direitos civis entre homens e mulheres eclodiram na década de 1920. Houve uma forte articulação das mulheres em busca de igualdade e democracia, as reivindicações eram em busca do direito ao voto, divórcio, trabalho e educação. Em 1932 após a conquista do direito ao voto, as mulheres tornaram-se maioria dentre o eleitorado brasileiro, abrindo caminho para novas conquistas dentro do ordenamento jurídico¹.

Em meados de 1960 houve uma intensa manifestação em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, os movimentos feministas colocaram em pauta o reconhecimento do direito feminino em relação à gestação, seguido do acesso a métodos de concepção e contracepção. Em 1964, é instaurado o Regime Militar Ditatorial no país, o cenário era de repressão física e

¹ Revista Sociais & Humanas - vol. 30 / ed. 2 - 2017

moral, frente às represálias dos militares, vários movimentos sociais, se enfraqueceram, inclusive o feminista. No início de 1970, devido ao cenário tempestuoso de repressão, em oposição ao contexto, militantes foram presas e exiladas, os movimentos recuaram, se mantiveram nos bastidores. Contudo, surge uma aproximação com a ideologia marxista e movimentos sindicalistas que também lutavam por reconhecimentos de direitos².

Embora nesta época o movimento de mulheres no Brasil tenha perdido forças, não deixou de existir, adquiriu maior significância em 1975, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) declara como o Ano Internacional da Mulher, fora realizada na cidade do México, a I Conferência Mundial da Mulher. O principal objetivo da conferência era dar visibilidade a problemática situação da mulher no mundo, um viés para o combate à discriminação e inclusão social. Os temas base abordados foram: Igualdade, Desenvolvimento e Paz. Como fechamento do evento, foi elaborado um plano de ação com prazo para execução em dez anos (1976 -1985), foram acordadas estratégias de intervenção a nível mundial, a partir deste documento, vários outros foram institucionalizados.³

A década de 1980 é marcada por um período de esgotamentos da ditadura militar, início da redemocratização do país, o movimento feminista que parecia esgotado, ressurgiu com uma nova roupagem. Relembrando que, o movimento feminista eclodiu em vários países, com maior magnitude em cidades da Europa e Estados Unidos. Com a anistia concedida no final da Ditadura, mulheres que haviam sido exiladas retornam ao Brasil com uma nova bagagem, anos de exílio proporcionaram proximidade com movimentos de lutas em países diversos, um acúmulo plural de ideias libertadoras, o que veio a ser dividido com os movimentos nacionais⁴.

Décadas de lutas começaram a ter reconhecimento com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O Programa foi desenvolvido com intuito de assistir a mulher de forma geral, não apenas a saúde sexual e reprodutiva. Foi considerado um grande avanço no que viria a ser parte de políticas para mulheres.

Foi criado em 1984 com a proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. A assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento a outras necessidades femininas, também fazem parte do PAISM. (FIOCRUZ, 2019).

² http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/9815/1/2003_art_iafbarreira.pdf

³ Relatório da 1ª Conferência Mundial sobre Mulher – México (1975): “Igualdade, Desenvolvimento e Paz” <http://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>

⁴ O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória

Confere-se que, nesse período, mulheres eram vistas como propriedade patriarcal, denominadas sexo frágil, submissas a legislações obsoletas, que em sua maioria priorizam o ego do masculino. Em 1985 através da Lei nº 7.353 foi instituído o Conselho Nacional do Direitos da Mulher (CNDM), órgão mediador e articulador, subordinado ao Ministério da Justiça. Com o objetivo de minorar as desigualdades sociais entre gêneros e incluir o público feminino em atividades políticas, econômicas, culturais e também de extinguir toda e qualquer forma de discriminação.

Em resposta a resistência dos movimentos sociais que lutou pelo fim do regime Militar, a Assembleia Nacional aprova em 1988 a nova Constituição Federal, ficou conhecida como constituição cidadã, por ter sido elaborada no final da Ditadura, início de redemocratização do país. A Carta Magna possui valor supremo dentro do ordenamento jurídico, serve de parâmetro normativo para criar e sancionar ademais legislações. Uma novidade da nova CF foi à composição de seu Art. 5º, o mesmo versa, que, perante a Lei todos são iguais, com garantia de inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à prioridade, documenta que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações. (CF,1988, p. 30)⁵. Logo, com o advento da Constituição Cidadã, o ordenamento jurídico tem que se embasar nos princípios da cidadania e dignidade da pessoa humana para estruturar o corpo normativo da rede de assistência à saúde da mulher.

SERVIÇO SOCIAL E VIOLÊNCIA SEXUAL

É sabido que o Serviço Social é uma profissão generalista, de nível superior, inscrita na divisão social e técnica do trabalho, capacitado a intervir nas múltiplas expressões da questão social, já que identifica as demandas daquela realidade social, com vistas a exprimir respostas para o enfrentamento dessas. A literatura apresenta que o Serviço Social, enquanto profissão tem sua ascensão concomitante às conquistas dos movimentos sociais, o que o torna ator coadjuvante de suma importância no cenário político brasileiro.

O/A Assistente Social se qualifica em seu caráter sociopolítico, crítico e interventivo, embasado nos conhecimentos das Ciências Humanas e Sociais. Destarte, torna-se possível afirmar que o/a profissional atua em diversos segmentos e setores e se posiciona na defesa e

⁵ Constituição da República Federativa do Brasil. Art. I § III, Art. 5º § I.

ampliação dos direitos humanos, na justiça social, através de práticas societárias abrangentes. (IAMAMOTO, 2011).

Faz-se digno de nota ressaltar que, na área da saúde como é o foco do presente estudo, o/a Assistente Social se caracteriza como profissional ímpar, norteado pelas resoluções, a saber: do Conselho Nacional de Saúde nº 218/97 e do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383/99. Além disso, a profissão é pautada e orientada por um Código de Ética Profissional e na Lei nº 8662/93, que por sinal, toca à regulamentação do Serviço Social e qualificando-o/a a intervir no contexto de políticas públicas e na expectativa da questão social, como dito. Contudo, a profissão não é restrita à saúde.

Tangível a políticas públicas sociais, concorda-se com Martinelli (2007), são meios que possibilitam a garantia sob ótica de igualdade, na oferta de bens e serviços públicos, na disposição do acesso a um modelo minimalista de qualidade de vida para a população e versado como alternativa de redistribuição da riqueza. Todavia, frente ao processo histórico neoliberal, as políticas sociais têm se embasado no viés de manutenção e reprodução da disparidade social, se expondo como ofensa para o trabalho do Serviço Social em diversos espaços sócio-ocupacionais, sobretudo na saúde.

A legitimidade do trabalho do Serviço Social na saúde fundamenta-se no atendimento ao/a usuário/a tracejado em ações socioassistenciais e socioeducativas; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, sendo essas, facetas orientadas à percepção e apreensão da totalidade.

O documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, elaborado em 2009 pelo CFESS, tem como propósito direcionar a intervenção dos/as Assistentes Sociais congruentemente na saúde, sendo assim, menciona-se que resta ao/a profissional intervir naquela realidade, deslocando-se para além de um fazer profissional mecanicista, executando o compromisso e a defesa dos direitos sociais dos/as usuários/as, acionando dispositivos de ações que fortaleçam a democracia e humanização do acesso, visando a efetivação e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Bravo; Matos (2009) apresentam de maneira direta que o trabalho do/a Assistente Social, exprime formas precípuas de intervenções, com destaques nos onze princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e pondera uma atuação competente e crítica da profissão, que tem o comprometimento de facilitar o acesso de todo e qualquer usuário/a aos serviços; bem como forma criativa e ética de não submeter e sustentar à equiparação de seu trabalho nos rearranjos que descaracterizam a desqualificam a autentica proposta do SUS, ecoado no projeto da Reforma Sanitária.

Compreende-se que o campo de atuação do Serviço Social é vasto e humanizado, por estar dedicado à população e às expressões da questão social, acolhendo os mais diversos segmentos da sociedade e suas demandas mais profundas e rudimentares; bem como intervir na execução e avaliação de políticas públicas sociais, políticas e econômicas, com vistas ao fortalecimento da cidadania, rompendo com os entraves, preconceitos e violências, nas mais diversas formas, ou seja, na defesa intransigente dos direitos humanos.

Entende-se que a correlação entre o Serviço Social e direitos humanos faz jus a destaque, já que traz problematizações pertinentes o/a profissional e ao projeto ético-político que confrontam perante à violação de direitos humanos, o que está acorrentado as heranças vinculadas à questão social, fragmentação de vínculos, perda de direitos, dentre outros aspectos de rompedora. Com atenção à violência contra a mulher, que por ora se elenca como interface da questão social, o profissional do Serviço Social contribui de maneira ímpar na formulação de políticas públicas de combate e prevenção da violência e ainda no atendimento humanizado e no encaminhamento de mulheres em situação de violência sexual.

A intervenção do assistente social perante a questão da violência contra a mulher obedece aos princípios contidos no Código de Ética da Profissão, “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”, bem como, “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários”, conforme disposto no artigo 5º, alínea “c” do mesmo Código. (BIELLA, 2005).

Dessa maneira, o/a Assistente Social ocupa espaços de intervenção profissional e pode traçar alternativas e possibilidades para as usuárias, no caso as mulheres, romper com a violência e cerceamento, envolvendo profissionais, vítimas, familiares e até mesmo agressores nas situações de violência, intervindo diretamente nas demandas sobrepostas no âmbito de direitos e cidadania. Dando continuidade, o/a profissional do Serviço Social é responsável pelo acolhimento da vítima e após, prosseguir com o diálogo e a entrevista social, na busca pela identificação da complexidade de violação de direitos, encaminhamentos, articulações (inclusive em caráter emergencial) e direcionamentos à equipe interdisciplinar; como também, realizar busca ativas e conexões com os equipamentos jurídicos, de saúde pública e assistência social (proteção social especializada).

Em síntese, faz-se necessário a apropriação do conhecimento teórico-metodológico, observação participante, escuta qualificada, acolhimento e entrevista social, visitas domiciliares, articulação em rede e apropriação de relatórios, como por exemplo: escrita coesa e o conhecimento das legislações em vigor.

LEGISLAÇÕES VIGENTES

Em setembro de 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU) em anuência com participantes gestores de vários países, realizou na cidade do Cairo, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD). Em pauta, a presente Conferência discorreu sobre a liberdade do exercício dos direitos humanos e ampliação de ações voltadas para o pleno exercício e direitos das mulheres em sociedade, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva. “Delegados de todas as regiões e culturas concordam que a saúde reprodutiva é um direito humano e um elemento fundamental da igualdade de gênero” (BRASIL, 1994, p. 34).

O evento deu visibilidade mundial à ausência de políticas sociais voltadas ao público feminino. Em consonância ao que foi estabelecido em conferência, gestores brasileiros em parceria com o Ministérios da Saúde e demais setores da rede, incorporaram princípios da agenda do Cairo em nossas legislações, elaboraram planos, ações e metas, para serem executados até o ano de 2015⁶.

O ministério da saúde, atento a essa questão e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, vem assumindo, nos últimos anos, lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial, com ações articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfretamento à Violência Contra as Mulheres. Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário- notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) – e pela legislação nacional vigente – a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros. (NORMA TÉCNICA, 2012, p. 9).

A partir da CIPD, o sistema judiciário em conjunto com o Ministério da Saúde e SUS criou legislações que ampliaram as políticas de saúde, com olhar sensível e humanizado voltado para o público feminino, das quais algumas com enfoque ao atendimento às vítimas de violência sexual, atendidas pelo sistema público de saúde.

Outra conquista importante foi a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, além de promover melhorias nas condições de saúde e vida das mulheres, ampliou o conceito de saúde, contribuiu para redução de

⁶ Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento - Plataforma de Cairo, 1994. - Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>

morbidade e mortalidade, estabeleceu parâmetros para qualificação dos profissionais de saúde afim de humanizar a atenção integral.⁷ Nesse sentido:

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, elaborou o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. Nesse sentido, reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. (BRASIL, 2004, p. 5).

Em menção a Política acima citada, tem em seu bojo uma proposta de promoção e integralidade da saúde, com princípios e diretrizes que visam materializar as vertentes relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos “com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2004, p. 5). Amplia também o acesso de mulheres acometidas por doenças incuráveis, a exemplo o HIV/AIDS e enfermidades crônicas no Sistema de Saúde.

Não podemos deixar de citar a Lei nº 11.340/06, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha, instituída em 7 de agosto de 2006 a legislação foi um grande avanço no combate a violência contra mulheres. Após a inserção da lei Maria da Penha o sistema judiciário abriu portas para implementação de políticas públicas voltadas para mulheres em situação de violência doméstica e sexual. Em seguida, em agosto de 2007 o Governo Federal, em parceria com Estados e Municípios, lançou O Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, com vistas a complementar e integralizar as ações e serviços públicos prestados a mulheres vítimas de violência em suas múltiplas formas.

O Pacto apresenta uma estratégia de gestão que orienta a execução de políticas de enfrentamento à Violência contra Mulheres, no sentido de garantir a prevenção e o combate à violência, a assistência e a garantia de direitos às mulheres. A proposta é organizar as ações pelo enfrentamento à violência contra mulheres, com base em quatro eixos/áreas estruturantes (Implementação da Lei Maria da Penha e Fortalecimento dos Serviços Especializados de Atendimento; Proteção dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da aids; Combate à Exploração Sexual e ao Tráfico de Mulheres; Promoção dos Direitos Humanos das Mulheres em Situação de Prisão); alinhando aspectos técnicos, políticos, culturais, sociais e conceituais acerca do tema, orientando procedimentos, construindo protocolos, normas e fluxos que institucionalizem e garantam legitimidade aos serviços prestados e às políticas implementadas. (BRASIL, 2010, p. 2).

⁷ Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes.

Por conseguinte, o Ministério da Saúde alinhado ao Pacto Nacional, em cumprimento às clausulas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, reeditou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. A primeira havia sido lançada em 1999, editada em 2005, atualizada e ampliada em 2012.⁸ A nova edição da Cartilha sofreu alterações significantes, a principal novidade é a não exigência da apresentação do Boletim de Ocorrência (BO) pelas vítimas de estupro para a realização do aborto legal. O material tem por finalidade:

Expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma nova rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Pretende dessa forma, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime. (NORMA TÉCNICA, 2012, p. 9,10).

Pensando a mulher como um ser inteiro, faz-se importante explicitar alguns dos agravantes relacionados a traumas em consequência de violência sexual, desde o risco de contaminação por Doenças Sexualmente Transmissíveis, (DST), até gravidez indesejada. O que repercute na saúde mental, podendo se agravar ainda mais, desencadeando quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos. (NORMA TÉCNICA, 2012, p. 14).

Nesse viés, com base nas necessidades das vítimas, o Ministério da Saúde pensou a importância dos serviços que devem ser prestados, de modo que atenda de maneira integral as implicações relacionadas a complexidade da violência sexual. A partir das demandas, foi criado um instrumental pedagógico (Norma técnica), mecanismo usado para estruturar os programas, ações e políticas da rede de saúde e assistência, voltados para o atendimento de vítimas de violência sexual. Preconiza a estrutura da rede de atenção, instalação física, recursos humanos, equipamentos e instrumental, sensibilização e capacitação dos profissionais, como visto, a estruturação da rede, vai desde a instalação e área física a capacitação de profissionais para atendimento humanizado. Ressalta-se que a Norma Técnica também normatiza quanto ao atendimento que deve ser prestado a vítima, desde assistência médica, de enfermagem, psicológica e social, inclusive quanto à orientação de interrupção da gravidez indesejada, prevista em lei nos casos de estupro.

⁸ Disponível em: Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes.

A criminalização do aborto ainda se faz presente no ordenamento jurídico, entretanto, a partir do reconhecimento restritivo sobre os direitos das mulheres, sobre seu próprio corpo, seguido do exacerbado número de casos de violência sexual em todo o país, o sistema jurídico tensionado, compreendeu o aborto enquanto questão de saúde pública. Uma vez que o aborto realizado em condições inseguras, expõe mulheres e adolescentes a riscos, seguido de agravos e até a morte. Segundo a Norma Técnica (2012, p. 13).

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. Embora estatísticas ainda sejam parcas no tocante à extensão da violência sexual, sabe-se que são frequentes os abusos sexuais intrafamiliares - como o incesto e o estupro, em especial, e o sexo forçado perpetrado por parceiros íntimos (OMS, 2002; SCHRAIBER, 2007). Pesquisas e relatórios de organizações internacionais apontam que uma a cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência de gênero e perde um ano de vida potencialmente saudável a cada cinco. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas a violência doméstica - forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada - sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticadas pelo próprio companheiro ou marido.

Por essa vertente, as legislações vigentes determinam a legalidade de interrupção da gestação em três situações; quando a gestante corre risco de vida, sendo direito da mulher a decisão levar adiante ou não a gestação. Se o feto for anencefálico (não possui cérebro), podendo a gestante optar pela antecipação terapêutica do parto. E por último, em caso de gravidez indesejada, por mulheres e adolescentes vítimas de estupro, o Código Penal em seu Art. 128 não pune a prática, desde que o aborto seja decorrido por violência sexual.⁹ Segundo o Instrumental de Abortamento Seguro: de Orientação Técnica e de Políticas, o sistema público referenciado para realização do aborto seguro, pode realizar a interrupção da gestação até a 20^a ou 22^a semanas.

OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA: UM DESAFIO AO ABORTAMENTO LEGAL

A objeção de consciência é uma ferramenta normativa de códigos profissionais que tem o como fundamento principal, proteger a integridade de pessoas envolvidas em uma situação de conflito moral (WICCLAIR, 2000). Caso ocorra um conflito entre deveres públicos e direitos individuais, esse mecanismo é acionado para proteger a moral privada do indivíduo, como por exemplo, em casos em que o profissional médico declara objeção de consciência para não atender uma mulher que deseja abortar legalmente (DINIZ, 2012).

Assim, apoiando-se em convicções pessoais, o profissional médico pode se opor a realizar o procedimento considerado pelo Ministério da Saúde como aborto legal, o qual acredita ser moralmente errado, embora legal. Há, portanto, uma dubiedade entre

⁹ Código Penal, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

responsabilidade profissional e direito individual de objeção. Haja vista que, o serviço de aborto legal no SUS foi planejado e estruturado para atender mulheres vítimas de estupro e em risco de morte, situações em que o Código Penal não pune nem os médicos, nem as mulheres pela prática do aborto. As razões morais pelas quais um médico manifesta seu desejo de não atender uma mulher devem ser avaliadas pelo Estado. (DINIZ, 2012).

A literatura em relação ao tema: objeção de consciência é escassa, e pouco se sabe sobre a prevalência de médicos objetores em nosso país. Na Itália, por exemplo, onde é obrigatório o registro de objetor, cerca de 70% dos ginecologistas e 50% dos anestesiologistas se registraram como objetores ao abortamento (BRASIL, 2008). Os profissionais de saúde, dentre os médicos, muitas vezes desconhecem o conceito de “objedor” e suas obrigações, devendo compartilhar informações assertivas sobre tratamentos que consideram censuráveis e o dever de encaminhar os pacientes a profissionais não objetores.

Diante de tal fato, que se constitui num entrave ao atendimento às mulheres que tem o direito legal, é preciso repensar na constituição das equipes que ofertam o atendimento. A equipe deve ser pensada, levando em consideração valores anteriores, para que a mulher não sofra por parte do estado outra violência, desta vez, institucional. Em situações em que o médico, pelos ditames da sua consciência, opor-se a realizar o abortamento legal, caberá à instituição, zelar para que o procedimento ocorra, já que a espera, pode causar agravamentos psicológicos a gestante que, encontra-se fragilizada diante do trauma sofrido.

Segundo Galli et al (2012), outros fatores que devem ser melhor trabalhados é a falta de conhecimento técnico sobre os procedimentos, insegurança dos profissionais, como também a falta de suporte institucional, fatores estes apontados para que médicos brasileiros não evitem o tema do aborto. Além do entrave da objeção de consciência que deve ser melhor discutida pela saúde pública, o questionamento que se faz, é se realmente os profissionais estão capacitados para esse tipo de demanda.

CONCLUSÃO

Diante do levantamento bibliográfico realizado podemos inferir que existem leis que objetivam o atendimento qualificado às mulheres que desejam realizar o abortamento legal, assim como o próprio Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza um atendimento humanizado a esse público. Entretanto, ainda nota-se uma dificuldade do estado em efetivar suas ações, seja por falta de capacitação da equipe multiprofissional, seja por valores morais e

culturais embutidos atrás de discursos éticos, ou pela objeção de consciência que precisa ser melhor discutida pelos gestores técnicos.

Já a participação do assistente social é de extrema relevância na formação da equipe multiprofissional que atuará diretamente com a mulher vítima de violência sexual, respeitando seu direito ao aborto legal. O reconhecimento da liberdade como valor central que permite a escolha entre alternativas reais e concretas.

Diante de um direito legítimo, a instituição tem o dever de se organizar e sensibilizar seus colaboradores em prol do reconhecimento da prática do aborto legal. Cabe também, a formação de espaços de discussão em relação à temática, trabalhando-se para que ocorra uma reflexão daqueles que atendem, bem como a formação continuada dos profissionais envolvidos. Depreende-se que o aborto legal traz consigo um sentido ambíguo, por um lado esboça o avanço jurídico, no tocante a problemática, por outro, retrocesso no tocante as dificuldades que permeiam o acesso e realização do aborto seguro.

É importante destacar que a erradicação da violência contra a mulher, vai além da adição de recursos financeiros nas diversas áreas (jurídica, saúde, segurança pública e assistência social). O atendimento humanizado e a relação entre paciente e profissional propicia a criação de confiança e vínculos, o que ocasiona um melhor cuidado as vítimas atendidas. Nesse sentido, a apreensão da essência enquanto fonte de observação e intermediação é fundamental, cada mulher é um ser único, singular, com dores subjetivas, que em alguns momentos podem extrapolar o campo visual.

Em suma é necessário repensar a objeção de consciência a partir de conflitos que representam direitos distintos e fundamentais, de um lado, a gestante vítima de violência sexual que possui respaldo jurídico, do outro, o profissional alicerçado legalmente pelo seu código de ética. Logo, quando ocorre a objeção de consciência torna-se explícito o princípio da proporcionalidade, que no caso, desfavorece a vítima atendida. É necessário um aporte maior do Estado, uma vez que legislações Vigentes não garantem o direito estabelecido, o que se caracteriza como violação de direitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BAIGORRIA, J.; WARMLING, D.; NEVES, C. M.; DELZIOVO, C. R.; COELHO, E. B. S. Prevalência e fatores associados da violência sexual contra a mulher: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*. v. 19, n. 6, p. 818-826, 2017. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/65499>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aspectos_juridicos_atendimento_vitimas_violencia_2ed.pdf. Acesso em: janeiro. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual: Matriz Pedagógica para a Formação de Redes. 1º Ed. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/images/stories/integral.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica. 3º Ed. Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios de Diretrizes. Brasília, DF, 2004. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. 2. ed., Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma Prioridade do Governo. 1º Ed. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 04 jan. 2019.

BRASIL. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União*, 2 set. 2005. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2250.htm>. Acesso em: 8 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.rcdh.ufes.br/sites/default/files/Pacto%20Nacional%20pelo%20enfrentamento%20%C3%A0%20viol%C3%Aancia%20contra%20as%20mulheres.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em: 02 jan. 2019.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 27 dez 2018.

BRAVO, M. I.; MATOS, M. C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009. Cap. 03.

DINIZ, D. Objeção de consciência e aborto: direitos e deveres dos médicos na saúde pública. Revista Saúde Pública, n. 45, v. 5, p. 981-5, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2721.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos: Indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde, 2009. Atualizado 2016. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos>. Acesso em: 11 jan. 2019.

GALLI, B.; ROCHA, H. Direitos sexuais e reprodutivos, autonomia reprodutiva, política e (des)respeito ao princípio da laicidade. Relatoria do Direito a Saúde Sexual e Reprodutiva. Plataforma de Direitos Humanos, 2014. Disponível em:< http://www.meel.org.br/wp-content/uploads/2014/08/artigo_dsr_politica_principio_laicidade.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: Capital Financeiro, Trabalho e questão social. Editora Cortez, 8º Ed. Disponível em:< http://www.cortezeditora.com.br/newsite/primeiraspaginas/servico_social_em_tempo.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

MARTINELLI, M. L. O exercício profissional do Assistente Social na área da saúde: algumas reflexões éticas. Revista Serviço Social & Saúde. Campinas, SP, v. 8, n. 6, p. 21-33, 2007. Disponível em:< www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46133>. Acesso em: 14 jan. 2019.

PEQUIM. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher, 1995. Disponível em:< http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PEREIRA, O. I. S.; JUNIOR, D. U. B. Uma Proposta Educativa para Abordar Objeção de Consciência em Saúde Reprodutiva durante o Ensino Médico. Revista Brasileira de Educação Médica, n. 42, v. 4, p. 155-164; 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0155.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2019.

SILVA, A. S.; COSTA, T. J.; NANDI, A. Os Serviços de Saúde: as Políticas Públicas de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência e a Lei Maria da Penha. Revista Científica Integrada, 2006. Disponível em: < <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-3-edicao-4/2987-rci-os-servicos-de-saude-as-politicas-publicas-de-atendimento-as-mulheres-vitimas-de-violencia-e-a-lei-maria-da-penha-06-2018/file>>. Acesso em: 02 jan. 2019.