

BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NA BAHIA NO PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19: 2020 E 2021



| | |
|---|--|
| ANA PAULA DE ANDRADE LIMA VIANA | Coordenação geral/Grupo Curumim |
| GREICE MARIA DE SOUZA MENEZES | Coordenação local |
| PALOMA SILVA SILVEIRA | Coordenação local/Pesquisadora |
| CARLA GISELE BATISTA | Coordenação local/Pesquisadora |
| LILIAN FÁTIMA BARBOSA MARINHO | Pesquisadora |
| MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO | Consultoria técnica e política |
| MARIA BEATRIZ GALLI BEVILACQUA | Consultoria técnica e política/IPAS Brasil |
| ANNE ALENCAR MONTEIRO | Pesquisadora |
| NATALIA SILVEIRA DE CARVALHO | Pesquisadora |
| MARIA ALICE BITTENCOURT DE MIRANDA | Pesquisadora |

REALIZAÇÃO:



APOIO:

Ipas

R382 Relatório de pesquisa: Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021 / Grupo Curumim; MUSA/ISC/UFBA; IPAS Brasil – Salvador: 2022. 240 p.

1. Aborto. 2. Aborto Legal. 3. Direitos Sexuais. 4. Direitos Reprodutivos. 5. COVID-19. I. Título.

CDU 305-055.2

BARREIRAS DE ACESSO AO ABORTO LEGAL NA BAHIA NO PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19: 2020 E 2021

SALVADOR
Março
2023

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADPF – Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AME – Serviço de Atenção às Mulheres em Situação de Violência Sexual
AMIU – Aspiração Manual Intrauterina
BO – Boletim de Ocorrência
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFEMEA – Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CID – Classificação Internacional de Doenças
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19 – Coronavírus, doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRM – Conselho Regional de Medicina
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DIU – Dispositivo Intrauterino
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FTP – File Transfer Protocol
HCG – Gonadotrofina Coriônica Humana
HEC – Hospital Estadual da Criança
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMAIS – Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
IML – Instituto Médico Legal
ISC – Instituto de Saúde Coletiva
IPAS – Partners for Reproductive Justice

IPERBA – Instituto de Perinatologia da Bahia
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS – Ministério da Saúde
NUAVIDAS – Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual
OC – Objeção de Consciência
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PAS – Programação Anual de Saúde
PES – Plano Estadual de Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores
RAG – Relatório Anual de Gestão
SBB – Sociedade Brasileira de Bioética
SCIELO-BRASIL – Scientific Electronic Library Online Brasil
SCNES – Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRIGCPL – Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez
nos Casos Previstos em Lei
SSR – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
USG – Ultrassonografia Obstétrica
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

9 INTRODUÇÃO

13 Revisão de literatura científica

23 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

24 ABORTOS EM CASOS PREVISTOS
POR LEI: REGISTROS NOS SISTEMAS
DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

27 Caracterização demográfica

28 Gestão estadual dos serviços de aborto legal

32 ENTREVISTAS E OBSERVAÇÕES NOS SERVIÇOS

32 Entrevistas com a gestão
e profissionais de saúde

35 Observação participante nos serviços

37 Entrevistas com as mulheres atendidas

38 Análise dos resultados

39 Aspectos éticos

41 RESULTADOS

| | |
|------------|---|
| 41 | INFORMAÇÕES SOBRE INTERNAÇÕES POR ABORTO NA REDE SUS |
| 46 | INFORMAÇÕES SOBRE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS |
| 47 | PARA ALÉM DOS DADOS SOBRE INTERNAÇÕES: SERVIÇOS DE ABORTOS NOS CASOS PREVISTOS POR LEI |
| 50 | O REGISTRO DOS ÓBITOS EM POUCAS LINHAS |
| 50 | PONTOS DE DESTAQUE |
| 52 | RETRATO DO SERVIÇO 1 |
| 89 | RETRATO DO SERVIÇO 2 |
| 111 | RETRATO DO SERVIÇO 3 |
| 155 | DISCUSSÃO |
| 173 | CONSIDERAÇÕES FINAIS |
| 179 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS |
| 186 | ANEXOS |



INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as barreiras para o aborto seguro incluem leis restritivas, pouca disponibilidade de serviços, alto custo e estigma. Além dessas, existem outras mais diretamente relacionadas à realização do procedimento: Objeção de Consciência (OC) de profissionais de saúde e solicitação de documentos desnecessários, aconselhamento obrigatório, fornecimento de informações enganosas, autorização de terceiras/os e testes medicamente dispensáveis, o que acarreta retardos entre a demanda e a realização do procedimento e produz atrasos na atenção (OMS, s/n).

Ações que impõem obstáculos desnecessários às pessoas que buscam os serviços de aborto legal têm como principal objetivo restringir ou dificultar o acesso ao procedimento, constituindo-se como uma prática comum usada, sobretudo, por formuladoras/es de políticas e profissionais de saúde contrárias/os à interrupção das gravidezes em quaisquer situações. No entanto, é bem conhecido como essas barreiras não apenas atrasam o atendimento, mas também contribuem para o aumento do aborto inseguro e, conseqüentemente, da morte materna (OMS, 2022).

O aborto inseguro é uma das principais causas de morte materna no Brasil, junto com os transtornos hipertensivos, as hemorragias e as infecções. Em 2018, 65% dos óbitos maternos ocorreram entre mulheres negras (pretas e pardas) (BRASIL, 2020; GALLI, 2020; JACOB; BOING, 2021). O estudo de Góes *et al.* (2020) mostra como mulheres pretas e pardas, relativamente às brancas, enfrentam diversas barreiras para acessar os serviços de saúde pós-abortamento (espontâneo ou provocado), desde a busca até a efetivação do atendimento.

A interrupção da gravidez é legal no Brasil, pelo Código Penal de 1940, em dois casos: risco de morte da mulher¹ e gravidez resultante de estupro. Mas, somente em 1989 foi implantado, na Cidade de São Paulo, o primeiro serviço de aborto legal: o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro de Saboya (Hospital do Jabaquara). Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) estendeu este direito aos casos comprovados de fetos anencéfalos (DIOS, 2016; ROSAS; PARO, 2021; JACOB; BOING, 2021).

Nos dois últimos anos, período marcado pela pandemia da COVID-19, o contexto brasileiro só se agravou (ALMEIDA *et al.*, 2021; SILVA, 2021). Este ambiente hostil e violento tem sido particularmente desafiador, impactando desproporcionalmente mulheres negras, aquelas que vivem em áreas remotas do país, de baixa renda, jovens e adolescentes (ALVES, 2020). No início da pandemia, o serviço de aborto legal que funciona no Hospital Pérola Byington, na Cidade de São Paulo, foi fechado. Referência nacional, este foi interrompido temporariamente, sob alegação da contenção da COVID-19. Entretanto, logo reabriu, após protestos de movimentos de mulheres e feministas, e ação da Defensoria Pública da União/SP (PILECCO *et al.*, 2020; GOMES, 2021; SILVEIRA, 2021).

Também no mesmo período, houve a revogação de uma nota técnica do Ministério da Saúde (MS) sobre a garantia de funcionamento dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva no contexto da COVID-19. Em decorrência disso, houve a demissão/afastamento de funcionárias/os da pasta. Em linhas gerais, a nota enfatizava a atenção integral à saúde das mulheres e alertava para a necessidade de garantir o acesso aos serviços de saúde reprodutiva: escolha dos métodos anticoncepcionais, realização do pré-natal e parto, e assistência nos casos de aborto (PILECCO *et al.*, 2020). Em junho de 2020, o ministro da saúde nomeou o ginecologista Raphael Parente para a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), reconhecidamente um defensor da abstinência sexual e contrário ao aborto em quaisquer situações² (SILVEIRA, 2021).

.....

1 Para incluir a diversidade de gênero e a diversidade sexual, adicionamos risco de morte para as pessoas que têm capacidade de gestar: homens trans, intersexuais, pessoas não-binárias, dentre outros.

2 O Brasil também tem cada vez mais se alinhado a países ultraconservadores, como Arábia Saudita e Paquistão. Não concordou com a inclusão do termo educação sexual em uma

Além da redução significativa dos serviços de aborto legal, de acordo com uma pesquisa realizada por organizações da sociedade civil, apenas 55% dos hospitais que ofereciam aborto legal em 2019 continuaram a funcionar em 2020 (GUZZO, 2020); o Ministério da Saúde brasileiro aprovou uma série de regulamentações restritivas para inibir ainda mais o acesso de pessoas a esses serviços, em todo o país. Em agosto de 2020, após o processo para garantir o aborto legal de uma menina de 10 anos estuprada pelo tio no Espírito Santo, o MS publicou um novo regulamento com medidas restringindo o acesso à interrupção da gravidez em casos de violência sexual³, a Portaria nº 2.882 (BRASIL, 2020¹). Revogada, em seus artigos 1º e 8º, após diferentes mobilizações (PIMENTEL, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2021), foi substituída pela Portaria nº 2.561/2020⁴ (BRASIL, 2020²). As modificações que constam nesta última foram analisadas como um “*cavalo de troia*”:

Em suma, a nova Portaria, ainda que modificada, continua fazendo parte de um rol de práticas adotadas pelo Estado para tomar conta dos corpos femininos, para domar a sexualidade da mulher e podar o seu poder de escolha. Serve, na verdade, para a manutenção das práticas de aborto na clandestinidade, ao passo que dificulta o acesso ao mesmo nos casos legais, o que retira das mulheres – principalmente daquelas que integram a população negra e em situação de alta vulnerabilidade econômica – a autonomia sobre o próprio corpo e o exercício de seus direitos. E aí é que estariam os soldados escondidos, prontos para nos direcionar à barbárie (PIMENTEL *et al.*, 2020:1).

resolução da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2020, para combater a discriminação de mulheres e meninas, vetando-o, bem como se opôs à citação da expressão saúde sexual e reprodutiva em uma proposta de países africanos para abolir a mutilação genital feminina (ROSAS; PARO, 2021; SILVEIRA, 2021).

3 É importante também mencionar que o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos realizou algumas ações para impedir que essa menina de 10 anos acessasse o seu direito ao aborto legal (GUZZO, 2020; ROSAS; PARO, 2021).

4 Foi proposta uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 989 pela Associação Brasileira de P Saúde Coletiva (ABRASCO); Associação Rede Unida; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), entidades que fazem parte da Frente pela Vida, para a suspensão dessa portaria e de outras iniciativas governamentais que buscam dificultar ainda mais o acesso ao aborto legal como, por exemplo, a Nota Técnica “Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Conduta nos casos de abortamento”, publicada pelo Ministério da Saúde em junho de 2022.

Dentre os vários pontos problemáticos que continuaram presentes no regulamento, o mais grave é a exigência de que profissionais de saúde denunciem os casos de violência sexual às autoridades policiais como condição para poder realizar o aborto. Não existem evidências de que a notificação do caso, quando alguém usa um serviço de saúde, tenha impactos positivos relacionados à sua segurança ou proteção. Ao contrário, condicionar o aborto legal ao Boletim de Ocorrência (BO) afasta as vítimas dos serviços de saúde e reforça a estigmatização do procedimento ao criar suspeitas sobre a veracidade de suas denúncias. A Norma Técnica “Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios”, publicada em 2015, retira a obrigatoriedade do BO e do laudo do Instituto Médico Legal (IML) (BRASIL, 2015). Estes requisitos são particularmente restritivos para jovens e adolescentes, que também estão sujeitas/os/es ao consentimento dos/as responsáveis, considerando que os casos de estupro entre meninas/es/os e jovens estão, frequentemente, ligados a agressores na família ou à violência doméstica. Muitas pessoas, incluindo as/os/es jovens, precisam urgentemente de cuidados de saúde antes de se sentirem seguras/os/es para denunciar o/s seu/s agressor/es (FSB, 2019).

Barreiras políticas, incluindo requisitos de notificação de estupro e autorizações de terceiras/os/es, agravam o cenário do aborto, já restritivo em muitos países – inclusive no Brasil. Contribuem para o aborto inseguro, porque impedem as pessoas de procurar atendimento nos sistemas de saúde formais que oferecem procedimentos seguros previstos em lei, atrasam o acesso aos serviços, criam procedimentos administrativos onerosos, aumentam os custos e limitam a disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços. Nos últimos anos, incluindo o hodierno, forças conservadoras se fortaleceram mais ocupando diferentes espaços estatais, inclusive no judiciário. O caso que ocorreu recentemente em Santa Catarina, em que uma promotora e uma juíza se juntaram para convencer uma criança de 11 anos a continuar uma gestação fruto de estupro, é emblemático (ADPF 989, 2022).

Além disso, violam os direitos humanos internacionais e os protocolos nacionais – direito à saúde, igualdade e não discriminação no acesso à saúde, direito à privacidade, autonomia e ao sigilo médico – e continu-

am a colocar vidas em risco; sobretudo, das mulheres negras e indígenas, fortalecendo as iniquidades raciais e socioeconômicas que constituem a sociedade brasileira. A Bahia, estado com grande dimensão geográfica, antes da pandemia da COVID-19 contava com poucos serviços de aborto legal, concentrados na capital e em cidades de grande porte.

Diante desse contexto brasileiro e mais específico da Bahia, a pesquisa teve como objetivo principal analisar as barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia, no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021. Espera-se que os resultados e as análises do estudo possam promover debates sobre o tema em diferentes contextos: assistencial, sociedade civil, acadêmico, dentre outros. Espera-se também que forneçam contribuições mais diretas para o funcionamento/organização dos serviços de aborto legal que participaram da pesquisa. Para isso, serão organizados encontros abertos, onde serão discutidos os resultados e análises..

REVISÃO DE LITERATURA CIENTÍFICA

O aborto tem sido um tema bastante estudado no Brasil, sobretudo nas áreas da Saúde Pública e da Saúde Coletiva (BRASIL, 2009; MENEZES, AQUINO, 2009). Entretanto, são poucos os estudos que têm como foco o aborto legal (BRASIL, 2009; FONSECA *et al.*, 2020); quando consideradas as barreiras de acesso aos casos previstos em lei, as pesquisas são ainda mais escassas (SILVA, 2020; GOMES, 2021). Investigações identificadas⁵ apontam diversas barreiras que dificultam o acesso ao aborto legal no Brasil. Estas envolvem diferentes dimensões interrelacionadas: socioeconômicas, raciais, de gênero, políticas, subjetivas, institucionais, morais, culturais, religiosas, territoriais, dentre outras, que definem tra-

.....

5 A partir de consultas a especialistas do tema e de uma breve revisão de literatura científica nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online Brasil* (SCIELO-BRASIL) e Google Acadêmico, utilizando o descritor aborto legal, foram identificados alguns estudos. Para a elaboração desta síntese, consideramos os dois eixos centrais da pesquisa: barreiras de acesso ao aborto legal e o contexto da pandemia da COVID-19.

jetórias bem distintas para a realização do procedimento, incluindo-se as especificidades das experiências nas três situações legais: quando a gravidez representa risco de morte para as pessoas; em gestações resultantes de violência sexual; e de fetos anencéfalos (TALIB, 2005; DINIZ *et al.*, 2014; MADEIRO; DINIZ, 2016; SILVA, 2020; GOMES, 2021).

Uma das principais barreiras de acesso refere-se ao desconhecimento das pessoas sobre o direito ao aborto legal e à falta de informações qualificadas sobre os serviços de saúde que realizam o procedimento. Ao analisarem os motivos, as pesquisas identificam como valores morais e religiosos subjazem às invisibilidades e desinformações, em que profissionais de saúde e de outras áreas não sabem, negam ou deturpam as informações, dificultando o acesso ao aborto legal em diferentes lugares do Brasil (MADEIRO; DINIZ, 2016; FONSECA *et al.*, 2020; SILVA, 2020; GOMES, 2021; ROSAS; PARO, 2021; JACOB; BOING, 2021). Nem o próprio Ministério da Saúde oferece informações atualizadas sobre os serviços de aborto legal e os seus funcionamentos.

No site do MS, existe uma lista que indica 114 hospitais habilitados, mas boa parte das instituições, ao serem contatadas, negou prestar esse atendimento (ADPF 989, 2022). Um estudo realizado por Jacobs e Boing (2021), em 2019, constatou que nem todos os estabelecimentos com registros de aborto por razões médicas e legais no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), ou no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), e Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), forneciam informações suficientes e de fácil acesso para as pessoas, além de alguns nunca terem realizado abortos legais. Almeida *et al.* (2021) realizaram um estudo sobre o funcionamento dos serviços de aborto legal durante a pandemia. Para isso, utilizaram um levantamento nacional do Mapa do Aborto Legal, produzido pela Organização Não Governamental (ONG) Artigo 19, em 2018. Dos 62 serviços que constam no Mapa, nem todos disponibilizavam diferentes formas de contatos, telefônico e e-mail, e atenderam e/ou responderam os e-mails quando foram contatados. Além desses, outros obstáculos foram identificados. Quando as/os profissionais de alguns serviços atenderam, informaram que os mesmos não realizavam o procedimento, ou que não podiam repassar quaisquer tipos de informações, dentre outras situações.

Isso expõe as pessoas a diferentes circunstâncias que retardam a busca e o acesso à atenção adequada e segura, levando-as a recorrer, em muitos casos, a distintos métodos inseguros para realizar o aborto legal, o que pode colocar suas vidas em risco (GUZZO, 2020; GOMES, 2021; ROSAS; PARO, 2021). Em situações que envolvem a violência sexual, fica evidente mais um agravante, que é a possibilidade da gravidez e de suas consequências sociais, psicológicas e emocionais serem evitadas (TALIB, 2005; MADEIRO; DINIZ, 2016; SILVA, 2020).

Barreiras territoriais para acessar os serviços de aborto legal também foram identificadas pelos estudos. Os serviços são poucos e se concentram nos grandes centros urbanos, da Região Sudeste (TALIB, 2005; MADEIRO; DINIZ, 2016; FONSECA *et al.*, 2020; ROSAS; PARO, 2021; JACOB; BOING, 2021). No período de 2013 a 2015, um censo nacional dos serviços de aborto legal registrou 68 serviços no Brasil; destes, apenas 37 realizavam o procedimento, sendo que, no período de dez anos, 15 dos 37 tinham feito menos de dez procedimentos. Esse estudo também constatou que nas regiões Centro-Oeste e Norte o número de serviços ativos é menor, quando comparado às demais regiões do país (MADEIRO, DINIZ, 2016). Às barreiras geográficas são somadas as institucionais, a recusa de alguns/algumas profissionais em realizar os procedimentos (MADEIRO; DINIZ, 2016; ROSAS; PARO, 2021), e também as socioeconômicas. Para acessar os serviços de aborto, muitas pessoas têm que arcar com os custos do deslocamento, do transporte, do repouso para a recuperação e, conseqüentemente, da ausência no trabalho (SILVA, 2020; ADPF 989, 2022).

Madeiro e Diniz (2016) constataram ainda que a pouca disponibilidade de profissionais, principalmente de Medicina, e a falta de capacitação da equipe, relatadas pelos/as profissionais entrevistados/as, são dificuldades para o funcionamento dos serviços. Silva (2020) apresenta análises semelhantes. Em seu estudo, no serviço de aborto legal em Recife, anestesistas nem sempre estavam disponíveis para a realização do procedimento e alegavam Objeção de Consciência. O medo de serem processados/as, a estigmatização do aborto e a Objeção de Consciência alegada – por questões religiosas e/ou morais – foram os principais fatores que fundamentam as recusas dos/as médicos/as

(MADEIRO; DINIZ, 2016; SANTOS, 2019; GOMES, 2021). Rosas e Paro (2021), em um levantamento sobre as principais barreiras enfrentadas pelos serviços em 2020, já no período da pandemia, evidenciaram como a OC continua sendo um obstáculo importante.

No estudo realizado por Santos (2019) em um serviço de aborto legal na Bahia, médicos/as além da Objeção de Consciência, desconheciam ou tinham um conhecimento insuficiente sobre as Normas Técnicas voltadas para o atendimento às pessoas que sofreram violência sexual e para os casos de aborto legal. A atuação deles/as se restringia à realização dos procedimentos técnicos, pouco se envolvendo em outras ações do serviço e no trabalho com a equipe multiprofissional. O autor definiu isto como uma postura insular. A falta de conhecimento sobre as Normas e a legislação também foi mencionada por Gomes (2021). Na revisão sistemática sobre as barreiras de acesso ao aborto legal na América Latina e Caribe, a autora analisa como esse desconhecimento se torna uma barreira, afetando também a qualidade da assistência prestada.

Além das posturas contrárias ao aborto e da desassistência, profissionais dos serviços podem também realizar exigências desnecessárias como, por exemplo, BO e laudos do IML em casos de violência sexual, contrariando a regulamentação do aborto previsto em lei, as recomendações e orientações contidas nas políticas públicas de saúde e nas normas técnicas (TALIB, 2005; MADEIRO; DINIZ, 2016; DIOS, 2016; FONSECA *et al.*, 2020; GUZZO, 2020; JACOB; BOING, 2021). Isto está relacionado a problemas na formação em Saúde, em que o aborto e temas correlatos são pouco discutidos, e ao descomprometimento da gestão municipal e estadual, que não ofertam capacitações permanentes para profissionais de Saúde dos serviços de aborto legal, bem como não apoiam os/as trabalhadores/as. Tais elementos contribuem, assim, também para a alegação de Objeção de Consciência e a sensação de insegurança jurídica, principalmente para profissionais da Medicina (MADEIRO; DINIZ, 2016; SANTOS, 2019; FONSECA *et al.*, 2020; GOMES, 2021; ROSAS; PARO, 2021).

Tais circunstâncias se transformam em barreiras institucionais e revelam o quanto as trajetórias de acesso ao aborto legal podem ser tortuosas. Para acessarem os serviços, as pessoas se deparam com

distintas barreiras e quando chegam aos serviços encontram outros obstáculos, já no interior de um espaço que deveria ser apenas de acolhimento e cuidados. As pessoas que recorrem aos serviços para interromper gestações resultantes de violência sexual ainda enfrentam outros tipos de violência, como ter que “provar” a veracidade da situação de violência – confirmando sua condição de vítima –, sua palavra podendo ser deslegitimada por meio de julgamentos morais, dentre outros agravos (DINIZ *et al.*, 2014; DIOS, 2016; FONSECA, *et al.*, 2020; GALLI, 2020; SILVA, 2020; GOMES, 2021; JACOB; BOING, 2021).

Dios (2016) analisa que nos outros permissivos legais os saberes biomédicos, por meio de exames e diagnósticos técnicos, produzem laudos que evidenciam, de forma mais nítida, as fronteiras entre a viabilidade ou a inviabilidade das gestações. Nas situações de estupro, tal demarcação é mais borrada, já que nem sempre ocorre o flagrante da violência sexual e a maior parte das pessoas, que busca os serviços de aborto legal, não possui marcas da violência sofrida:

Não há exame para comprovar se a gestação de uma mulher ou menina é decorrente de estupro e, em geral, a única voz para se poder acessar a verdade da experiência traumática é a da própria vítima. Tal regime de exceção do direito ao aborto no Brasil provoca nos serviços de saúde uma política de suspeição, na qual a fala das mulheres e meninas é constantemente colocada em juízo: Teria ela vivido o estupro ou não? Ela se encaixaria num dos casos previstos pela lei? Se sim, o aborto seria um direito; caso não, seria um crime (DIOS, 2016: 10).

Para proteger e prestar uma assistência humanizada às pessoas que sofreram violência sexual, o Ministério da Saúde lançou, em 1999⁶, a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, com algumas orientações. Dentre elas, a de que a equipe de Saúde deve considerar a presunção de veracidade da palavra da mulher que decide pelo aborto legal (BRASIL, 2015). No entanto, tais orientações nem sempre são seguidas.

.....
⁶ Reeditada em 2005, em 2012; a última edição foi em 2015.

Dios (2016) entrevistou profissionais de Saúde que atuam nos serviços de aborto legal em diferentes regiões do Brasil, focalizando as situações de estupro. Suas análises apontam que, para acessar o direito à interrupção legal da gravidez em decorrência da violência sexual, é necessária a elaboração de uma narrativa que confirme a veracidade do estupro. A verdade do estupro, como a autora denominou, se trata do reconhecimento da mulher como vítima de estupro pela equipe de saúde; não da verdade sobre o fato, mas como essa verdade deve ser comprovada para que as pessoas consigam acessar o direito ao aborto legal: *“A verdade procurada não é a verdade objetiva dos eventos, mas a verdade subjetiva daquele profissional de Saúde que vai testemunhar”* (p.85). Assim, é esperada uma performance específica das mulheres que se enquadre no universo simbólico do que a equipe de Saúde define como violência, dor e sofrimento: a mulher deve se comportar como vítima e como quem sofreu um trauma.

Também as pessoas, após a violência sexual, devem ser submetidas a diferentes exigências, durante o atendimento, os chamados *“testes de verdade”*. Estes incluem desde narrar a história para diferentes profissionais e realizar exames médicos até proceder a assinatura de termos para, finalmente, ter sua palavra legitimada – o seu reconhecimento como vítima de estupro –, sendo autorizado o direito ao aborto legal. Mesmo depois dessas etapas, em alguns serviços as vítimas podem encontrar profissionais que duvidem, nos plantões, sendo inquiridas novamente; e outras/os que tentem modificar sua decisão ou se recusem a realizar o procedimento. Existem situações em que o aborto legal não é autorizado. O motivo principal para isso é a incompatibilidade da idade gestacional, verificada no exame de ultrassom, com a data em que ocorreu o estupro, informação fornecida pela vítima:

Embora cada serviço tenha uma organização e dinâmica de funcionamento peculiar, ao realizar a análise das entrevistas, surpreendi-me com uma regularidade entre as falas, uma suspeição à palavra da mulher sobre sua história, um temor por parte dos profissionais em serem confundidos com serviços de aborto ilegal, um receio de verem seus programas serem desmantelados em função dessa desconfiança e, por isso, uma preocupação em realizar táticas periciais que pudessem confirmar a narrativa da mulher (DIOS, 2016:34).

O tema do aborto envolve muitas polêmicas; particularmente, questões sobre quando se inicia a vida humana. Opiniões, geralmente baseadas em uma moral religiosa conservadora, buscam impor suas crenças em um debate infundável, nos quais diferentes interpretações se fazem presentes, desde aquelas das diversas religiosidades até a da Ciência (SILVEIRA, 2014). Para Garcia (2020), as dificuldades em relação ao aborto não dizem respeito apenas a este debate, mas incluem também a questão se mulheres e pessoas com capacidade de gestar podem ou não ser consideradas como sujeitas éticas, se têm direito ou não de realizarem suas escolhas com autonomia.

As estruturas raciais, patriarcais e classistas, que constituem nossa sociedade, concretizam-se nas ações/omissões de profissionais de Saúde e das gestões dos serviços, produzindo diferentes barreiras impostas às pessoas que buscam exercer seus direitos de acesso ao aborto legal. Trajetórias bem distintas, demarcadas pelas intersecções dessas dimensões sociais, foram agravadas pelo atual contexto brasileiro que alia múltiplas crises – sanitária, socioeconômica e política:

Nesse cenário, a pobreza, o desemprego e condições precárias às quais as mulheres, sobretudo mulheres negras e pobres, estão sendo expostas pelo projeto político atual têm repercussões graves na procura pelo cuidado em Saúde. Como essas mulheres poderiam cuidar de si após serem estupradas, acessar seus direitos no âmbito da Saúde Reprodutiva por meio da garantia ao aborto legal, se vivem a urgência da fome, da precariedade de recursos, dos cuidados exaustivos com os outros, da luta para sustentar os filhos em meio à pobreza? (SILVA, 2020:99).

Com a pandemia da COVID-19, esse contexto se agravou. Além das posturas/ações negacionistas e da necropolítica, o governo federal recrudescer sua ofensiva contra os direitos reprodutivos, um verdadeiro ativismo antidireitos reprodutivos (ROSAS; PARO, 2021), apesar do aumento de casos de violência contra as mulheres, na pandemia, incluindo os de violência sexual, (GUZZO, 2020; PILECCO *et al.*, 2020; SILVEIRA, 2021).

E quem são as mulheres⁷ que recorrem mais aos serviços de aborto legal no Brasil? A maior parte é negra, jovem, adolescente, criança e pobre, mesmo quando consideramos os problemas relacionados às subnotificações. As intersecções de gênero, raça, classe, território, geração, dentre outras dimensões sociais, devem ser consideradas nas análises sobre a problemática, já que são definidoras das trajetórias e experiências: desde ter o conhecimento sobre os próprios direitos, informações qualificadas, até a busca do atendimento adequado e a realização do procedimento seguro (GUZZO, 2020; GALLI, 2020; SILVA, 2020; ALMEIDA *et al.*, 2021; JACOB; BOING, 2021).

Existe, assim, a tessitura de uma espécie de teia de barreiras que dificulta o acesso ao aborto legal no Brasil. São múltiplas as dimensões que se articulam entre si, produzindo diferentes impactos nas experiências subjetivas das pessoas que recorrem ao aborto legal. Uma entrevistada de Silva (2020) relatou, durante o processo de interrupção da gravidez resultante de estupro, que a situação mobilizou diferentes questionamentos, incluindo se aquela era a decisão correta, além de sentimentos de medo e de culpa. Na revisão sistemática realizada por Fonseca *et al.* (2020), alguns estudos apontam que o pertencimento religioso e o conhecimento do agressor são aspectos relacionados à desistência do procedimento e ao retardo na busca pelo atendimento em casos de estupro. O estupro é a principal causa de interrupções legais de gravidezes, no Brasil (GUZZO, 2020).

Os casos de violência sexual possuem algumas particularidades. O estupro configura-se como uma das piores violências de gênero e suas consequências físicas, psicológicas e sociais podem ser devastadoras para algumas pessoas, em que sentimentos de raiva, medo, tristeza misturam-se aos de impotência e de culpa: uma quase responsabilização da vítima pela agressão sofrida (DIOS, 2016; MADEIRO; DINIZ, 2016; SANTOS, 2019; SILVA, 2020; GOMES, 2021). As estruturas racistas, sexistas e classistas constituem os nossos processos subjetivos; logo, demarcam as experiências individuais (DAVIS,

.....
7 Não foram identificados estudos sobre interrupções de gravidezes legais realizadas por homens trans, intersexuais, pessoas não binárias, dentre outros.

2016; SOUZA, 2021). Somos uma sociedade ainda colonial, com marcas muito vivas da violência colonizadora que brutalizou, mais perversamente, as mulheres negras e indígenas (GONZALEZ, 1988). Então, a culpa incorporada por algumas pessoas que foram/são violentadas são expressões dessas estruturas sociais.

Além dos poucos estudos sobre as barreiras de acesso ao aborto legal, outras lacunas de conhecimento também foram apontadas. Fonseca *et al.* (2020) verificaram que quase não existem estudos, no Brasil, sobre a atenção ao aborto no caso dos dois outros permissivos legais: quando a gravidez representa risco de morte para as mulheres e em gravidezes de fetos anencéfalos, existindo também poucas informações sobre os itinerários percorridos nessas situações. Também não foram encontradas pesquisas que incluíssem homens trans, pessoas não binárias e intersexuais.

Na Bahia, foram identificados poucos trabalhos sobre aborto legal, sendo a maior parte relacionada à atenção a casos de violência sexual e a experiências das mulheres com abortos inseguros. Em 2008, foi elaborado um dossiê⁸ que analisou não só os casos de aborto legal, mas, também, os de abortos inseguros – em Salvador e Feira de Santana (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008). Os dados desse dossiê convergem com as análises dos outros estudos acima mencionados, sendo importante a sua atualização. Sobretudo, quando consideramos o contexto atual de antidi- reitos reprodutivos, agravado pela pandemia da COVID-19. Esta pesquisa objetivou, assim, suprir algumas dessas lacunas de conhecimento, promover mais debates sobre o tema e também trazer contribuições para o funcionamento/organização dos serviços de aborto legal na Bahia.

.....
⁸ De 2008 a 2010, o Grupo Curumim e *Partners for Reproductive Justice* (IPAS) coordenaram ações de pesquisa e de *advocacy* em cinco estados (Pernambuco, Bahia, Paraíba, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul), produzindo dossiês sobre o impacto da ilegalidade do aborto na vida das mulheres e nos serviços de saúde (SOARES; GALLI; VIANA, 2010). Na Bahia, o dossiê foi organizado pelo Instituto Mulheres pela Atenção Integral à Saúde (IMAIS), Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, tendo ainda a parceria do Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA), das Jornadas pelo Aborto Legal e Seguro e da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).



DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O estudo envolveu duas etapas para a produção dos dados, com delineamentos metodológicos distintos. Uma etapa quantitativa, em que foi realizada uma pesquisa nas bases de dados do Ministério da Saúde, no intuito de analisar os registros sobre hospitalizações e mortes por aborto, em anos anteriores (para fins comparativos) e em 2020 e 2021. Concomitantemente, uma investigação qualitativa realizada em três serviços de atendimento a casos de aborto previsto em lei no Estado da Bahia, sendo dois em Salvador, capital do estado, e um no interior. Nesta etapa qualitativa da pesquisa, foram realizadas, entre fevereiro a junho de 2022, entrevistas semiestruturadas com roteiro prévio de questões⁹ a gestoras/es e profissionais de Saúde selecionados/as desses serviços. Entre maio a agosto de 2022, foram realizadas observação participante nos três serviços e entrevistas com mulheres atendidas em dois dos três serviços¹⁰.

.....
⁹ Roteiros disponibilizados nos Apêndices A a D.

¹⁰ Roteiro disponibilizado no Apêndice E.

ABORTOS EM CASOS PREVISTOS POR LEI: REGISTROS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE

Os Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, disponibilizam dados sobre aborto em geral, o que inclui os diferentes tipos de aborto, entre eles o “*Aborto por Razões Médicas*” isto é, a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, o que possibilita comparações, análises de tendência e localização de serviços que os realizam.

Nos dados sobre mortalidade, o aborto, de modo geral, aparece como causa (básica ou complementar) entre as causas de morte materna. Tais dados integram o elenco de indicadores de Saúde Reprodutiva (WHO, 2006). Nos dados de morbidade, abortos são registrados segundo tipo – espontâneo e induzido – permitindo-se obter o “*Percentual de internações obstétricas e ginecológicas por aborto*”, indicador proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2006).

O objetivo da presente análise é descrever a situação do Aborto por Razões Médicas e Legais na Bahia, no período de 2008 a 2021, com base nos dados oficiais dos sistemas de informações em Saúde.

O delineamento deste estudo partiu da premissa de que a utilização dos dados dos sistemas de informações disponibilizados pelo Ministério da Saúde contribui para o monitoramento e a avaliação da implementação das políticas públicas para o controle social. O recorte temporal tem como marco a publicação “*Dossiê: A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana*” que analisou a situação do aborto inseguro em Salvador e Feira de Santana, como parte da estratégia nacional dos movimentos feministas e de mulheres no Brasil pela legalização do aborto. A análise dos dados dessa publicação considerou as internações de mulheres em idade reprodutiva (10 a 49 anos), por abortamento, no período de 2000 a 2007. Portanto, o presente trabalho buscou atualizar esses dados, analisando o período 2008 a 2021. Desta vez, com “lentes” direcionadas ao aborto previsto em lei, o que poderá contribuir para

constatar permanências, avanços ou retrocessos na luta pela garantia do direito das meninas, mulheres e das pessoas com capacidade de gestar.

Utilizou-se os registros de internações hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)¹¹. Os dados utilizados para esta análise encontram-se reunidos sob o título “Epidemiológicas e Morbidade” ; para proceder às tabulações das internações devidas ao aborto por razões médicas, procedeu-se ao acesso via item “Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS”. Apesar de não ter cobertura universal, já que estão incluídos apenas serviços da rede própria do SUS ou conveniados, excluídos os da rede privada de saúde, estima-se que os dados obtidos por meio desta fonte, a partir da Autorização de Internação Hospitalar na rede SUS, correspondem a 70% ou mais da produção hospitalar (BRASIL, 2009).

Também foi utilizado o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)¹², que disponibiliza dados referentes aos registros de atendimentos ambulatoriais de mulheres com diagnóstico principal O04 (Aborto por razões médicas e legais), segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente, o que possibilita a análise por meio dos procedimentos registrados como “quantidade apresentada”. Várias dificuldades na utilização deste Sistema foram identificadas, já mencionadas por Jacobs e Boing (2021) em estudo sobre as informações acerca dos abortos legais no país, relacionadas a variáveis como: diagnóstico secundário (preenchimento era menor que 1%); grau de instrução e ocupação do usuário (sem preenchimento). Por isso, a decisão foi analisar somente os anos de 2020 e 2021, considerando que foram os anos pandêmicos e que poderiam iluminar aspectos relacionados a uma

.....

11 O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) abrange exclusivamente as internações hospitalares no sistema público brasileiro (rede própria e conveniada). Sua estruturação é voltada ao atendimento de aspectos administrativos e contábeis, visando a controlar os pagamentos às unidades de saúde executoras, pelas secretarias municipais de saúde (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>).

12 O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), instrumento de repasse de custeio do nível federal para a rede ambulatorial do SUS (própria ou conveniada). Registra os atendimentos ambulatoriais de forma padronizada, visando ao faturamento. Gera dados e informações para auxiliar a gestão de Saúde no processo de planejamento, controle, avaliação e auditoria e gerenciamento de capacidade instalada, controle orçamentário. A alimentação do sistema é realizada pelos municípios através do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

possível ampliação do atendimento às mulheres, uma vez que a assistência hospitalar se encontrava voltada aos casos graves de COVID-19.

Outra fonte de dados utilizada foi o Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES)¹³. Neste Sistema, ao acessar “serviço/classificação”, e a opção “classificação serviços”, é possível identificar todas as categorias relacionadas à atenção às pessoas em situação de violência, notadamente nos itens “165- Atenção às pessoas em situação de violência sexual” e “006 - Atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei”. A partir daí, foi possível diferenciar os Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei (SRIGCPL), de acordo com a normatização prevista em portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

De modo complementar, foram consultados dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e dados sobre os serviços que realizam aborto nos casos previstos em lei no *site* da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)¹⁴, uma vez que os dados do Sistema Nacional de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde estão atualizados somente até agosto de 2022; e um dos serviços baianos havia sido recém-criado e ainda não constava no SCNES.

Foi construída uma série histórica de 2008-2021. Os dados do SIH e do SCNES foram tabulados a partir do *site* do DATASUS, via TABNET. Exclusivamente para os anos de 2020 e 2021, os arquivos do SIH, SIA e SCNES foram transferidos por FTP (*File Transfer Protocol*), um tipo de conexão que permite a troca de arquivos entre dois computadores conectados à internet e oferece mais alternativas para tabulação e consequente análise de dados.

Para a tabulação dos dados, disponíveis publicamente, utilizou-se o TABNET e TABWIN, tabuladores disponibilizados pelo DATASUS, que foram transferidos para planilhas Microsoft Excel para armazenagem e elaboração

.....

13 O SCNES é o sistema de informação oficial de cadastramento no tocante à capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de Saúde no Brasil de **todos** os estabelecimentos de saúde - públicos ou privados -, que têm seus funcionamentos autorizados, independentemente da natureza jurídica ou vinculação ao SUS. Os dados podem ser obtidos na página de Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <https://datasus.saude.gov.br/>), do Ministério da Saúde, em “Rede Assistencial” seguida de “CNES – Estabelecimentos”.

14 <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/abortolegal/>

da análise descritiva, por meio de cálculo de percentagens e elaboração de gráficos. Para a elaboração do mapa de distribuição de serviços, o número de estabelecimentos, cadastrados no SCNES, foi georreferenciado com o software QGIS3.4¹⁵. Para tal, utilizou-se a base de dados disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; <https://censo2010.ibge.gov.br/>), adotando o Sistema de Referência para mesorregiões.

De modo a poder cotejar as variações numéricas esperadas, notadamente nos dois últimos anos (2020 e 2021), considerando os possíveis impactos da pandemia, decidiu-se verificar a tendência dos registros das internações na Bahia atribuídas ao Capítulo CID-10: XV - Gravidez, parto e puerpério, em um período mais amplo (2008 a 2021), por local de residência das mulheres, para verificar tendências nas internações para o conjunto das causas e, na sequência, observar o conjunto das internações devidas a aborto, por local de residência e/ou ocorrência. Na etapa subsequente, analisou-se as internações por "Aborto por Razões Médicas", no mesmo período, buscando o maior conjunto de dados possíveis para posterior detalhamento nos anos pandêmicos.

Após a etapa de análise exploratória dos dados, optou-se por agrupá-los em triênios, exceto os dois últimos anos, por se tratar de período da COVID-19, no intuito de analisar o possível impacto da pandemia no perfil de atendimento e, conseqüentemente, das internações de mulheres devido ao "Aborto por Razões Médicas". O percurso metodológico levou em consideração aspectos destacados por Jacob e Boing (2021), ao estudarem a oferta e a realização de aborto previsto em lei, a partir dos dados nacionais..

Caracterização demográfica

O Estado da Bahia, segundo dados de 2018 disponibilizados pela SESAB, possui uma população de 14.812.617 habitantes, distribuída em 417 municípios, numa área de 567.295,3 km². A população é bastante concentrada na região metropolitana formada pelos municípios de: Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de

.....
¹⁵ <https://qgis.org/en/site/>

Deus, Salvador, Simões Filho, São Francisco do Conde e Vera Cruz. Ainda que na Região Metropolitana de Salvador a quase totalidade da população resida em zona urbana, o estado como um todo possui 27,3% de sua população em zona rural. A população feminina para o mesmo ano foi estimada em 7.547.409 habitantes, representando 51% do total do estado.

Gestão estadual dos serviços de aborto legal

É de competência da área técnica da Saúde da Mulher, situada na Diretoria de Gestão do Cuidado, da SESAB, a implantação da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher¹⁶, que define entre seus objetivos específicos prioritários: (i) Promover a atenção, qualificada e humanizada às mulheres no ciclo grávido puerperal; incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras; (ii) Promover a prevenção e a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual e de tráfico de pessoas (BAHIA, 2016). De acordo com a Política, cabe à gestão, com base em princípios e diretrizes que norteiam a sua implementação, a garantia do acesso e as condições necessárias para atenção às mulheres em todos os níveis de atenção à saúde (BAHIA, 2016). Tal compromisso deve estar refletido no planejamento e programação das ações previstas no Plano Estadual de Saúde (PES), detalhadas na Programação Anual de Saúde (PAS), conforme prevê a legislação específica.

O Plano Estadual de Saúde (2020/2023) propõe na meta 14: “*Ampliar para 417 o número de municípios com apoio institucional para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde por ciclo de vida e gênero*”, por meio da iniciativa intitulada “*Apoiar a implantação dos serviços de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual*”, na qual encontram-se as ações definidas como prioritárias e suas respectivas metas a serem alcançadas, conforme figura (1) a seguir:

.....
¹⁶ http://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2018/01/Politica_Estadual_Saude_das_Mulheres_COMPLETA_FINAL_2017.pdf

Figura 1: Ações, Produtos, Metas e Indicador de apoio à implantação dos serviços de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual, na Bahia.

| Ações | Produtos | Meta até 2023 | Indicador |
|---|--|---------------|--|
| Apoiar a implantação de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual | Serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual apoiados | 20 | Número de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual apoiados |
| | Serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual credenciados | 10 | Número de serviços em atenção a pessoas em situação de violência sexual credenciados |
| Apoiar na implantação de serviços que realizam abortos previstos em lei | Serviços que realizam abortos previstos em lei implantados | 4 | Número de serviços que realizam abortos previstos em lei implantados |
| Qualificar os profissionais na assistência a pessoas em situação de violência | Profissionais na assistência a pessoas em situação de violência qualificados | 400 | Número de profissionais na assistência a pessoas em situação de violência qualificados |

Fonte: Plano Estadual de Saúde, 2020-2023

A Programação Anual de Saúde (PAS), uma vez executada, subsidia a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) da Secretaria Estadual de Saúde, ferramenta importante de acompanhamento e monitoramento do controle social, por se tratar de um meio de divulgação dos resultados alcançados. Na PAS, é possível redirecionar e/ou redimensionar as ações previstas no Plano Estadual de Saúde. Contudo, o último RAG disponível publicamente é o do ano de 2019, a despeito da existência de legislação que determina que o mesmo deva ser enviado ao Conselho Estadual de Saúde – instância máxima de controle social – até março do ano seguinte ao da execução financeira, para análise e emissão de parecer.

Assim, é importante destacar que, no referido RAG/2019, a avaliação da iniciativa de **apoiar municípios** no desenvolvimento das ações de saúde por ciclo de vida e gênero indica meta não alcançada de apoiar 417 municípios, sendo justificada por não ter havido “a liberação de recursos financeiros oriundos da fonte estadual”. Tal afirmação pode ser observada no RAG (Figura 2), comparando-se o que foi orçado para o ano de 2019, na descrição “Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde” (R\$10.765,00) e em “Fundo Nacional de Saúde - Convênio - exercício anterior” (R\$71.387,00) e aquilo que foi executado, cujos valores foram de apenas R\$7.555,97 e R\$10.17,94, respectivamente, o significa uma variação negativa (-78%). É importante destacar que, no Plano Estadual de Saúde 2016 a 2019, consta a ação de “Apoiar e monitorar as Unidades de Saúde na Atenção a Pessoas

em Situação de Violência Sexual”, cuja meta era de 20 serviços. Não há menção sobre a implantação dos serviços de referência na atenção às pessoas em situação de violência sexual, na Bahia.

Consta também que foram contabilizados como apoio: municípios que receberam visitas técnicas, que participaram de web aulas, videoconferências e que receberam capacitação. Em relação à meta produto – Qualificação de Profissionais de Saúde –, não é possível discriminar, no dado que totaliza a qualificação de 1.188 profissionais na saúde na atenção à saúde da criança, adolescente e jovem, idoso/a e mulher de municípios do estado, ações de capacitação específicas voltadas à implementação de serviços de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, haja vista se tratar de um serviço que requer capacitação:

Anexo 4 - Execução da Despesa por Ação Orçamentária e Fonte de Recursos referente ao Compromisso 4 – Continuação
Bahia, Jan – Dez/2019

| FONTE DE RECURSO | | | ORÇADO | | EXECUÇÃO DA DESPESA | | | | |
|------------------------|---|-------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|---------------------|---------------------|--|
| Código | Descrição | Fonte | Orçado Inicial | Orçado Atual (A) | Empenhado (B) | (%) | Liquidado | Pago | |
| 3.19.19601.4843 | Psicossocial | | 5.160.000,00 | 1.392.282,00 | 1.392.280,03 | 100,00 | 1.392.280,03 | 1.236.280,03 | |
| 3.19.19601.4843 | Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde | 130 | 5.160.000,00 | 1.392.282,00 | 1.392.280,03 | 100,00 | 1.392.280,03 | 1.236.280,03 | |
| 3.19.19601.4943 | Apoio Institucional a Município na Atenção Integral à Saúde nos Ciclos de Vida e Gênero | | 96.000,00 | 82.152,00 | 17.713,91 | 21,56 | 17.713,91 | 17.713,91 | |
| 3.19.19601.4943 | Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde | 130 | 96.000,00 | 10.765,00 | 7.555,97 | 70,19 | 7.555,97 | 7.555,97 | |
| 3.19.19601.4943 | Fundo Nacional de Saúde - Convênio - exerc ant | 647 | 0,00 | 71.387,00 | 10.157,94 | 14,23 | 10.157,94 | 10.157,94 | |
| 3.19.19601.4954 | Apoio Institucional à Região de Saúde na Rede Materno-Infantil - Rede Cegonha | | 96.000,00 | 314.050,00 | 123.903,55 | 39,45 | 123.903,55 | 122.805,55 | |
| 3.19.19601.4954 | Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde | 130 | 96.000,00 | 14.050,00 | 14.047,93 | 99,99 | 14.047,93 | 14.047,93 | |
| 3.19.19601.4954 | Operações de Crédito Externas em Moeda - exerc ant | 325 | 0,00 | 300.000,00 | 109.855,62 | 36,62 | 109.855,62 | 108.757,62 | |
| 3.19.19601.5609 | Aparelhamento de Unidade de Saúde da Rede Cegonha | | 0,00 | 6.610.918,00 | 5.422.387,85 | 82,02 | 2.900.116,53 | 1.409.116,53 | |
| 3.19.19601.5609 | Recursos Vinculados às Ações e Serviços Públicos de Saúde | 130 | 0,00 | 243.000,00 | 242.545,40 | 99,81 | 242.545,40 | 242.545,40 | |
| 3.19.19601.5609 | Recursos Vinculados - Transferências SUS - B1 - investimentos na Rede de Serviços SUS | 285 | 0,00 | 110.000,00 | 77.141,65 | 70,13 | 8.661,95 | 8.661,95 | |
| 3.19.19601.5609 | Operações de Crédito Externas em Moeda - exerc ant | 325 | 0,00 | 4.062.918,00 | 3.560.617,50 | 87,64 | 1.405.300,70 | 514.300,70 | |
| 3.19.19601.5609 | Recursos Vinculados - Transferências SUS - B1 - investimentos na Rede de Serviços SUS - exerc ant | 685 | 0,00 | 2.195.000,00 | 1.542.083,30 | 70,25 | 643.608,48 | 643.608,48 | |

Fonte: Relatório Anual de Gestão/2019 – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

No RAG/2019, consta ainda que a meta produto – “Unidades de saúde apoiadas e monitoradas na atenção a pessoas em situação de violência sexual” – foi alcançada, com o apoio de oito Unidades de Saúde, a saber: Hospital Clériston Andrade, Hospital Estadual da Criança (HEC) e Hospital Municipal Inácia Pinto dos Santos, em Feira de Santana; Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), Hospital Geral Roberto Santos, Maternidade Climério de Oliveira, Maternidade Tsylla Balbino, em Salvador, e Hospital do Oeste, em Barreiras.

Entre os principais obstáculos destacados no RAG/2019 para o alcance das metas, destacam-se o contingenciamento dos recursos financeiros,

devido ao Decreto Estadual Nº. 16. 417/2015¹⁷ e o número insuficiente de recursos humanos nas áreas técnicas para atender as demandas. A publicação de um novo Decreto (Nº. 19.551/2020¹⁸), decorrente do momento pandêmico da COVID-19, e a revogação do anteriormente citado, direcionou novas medidas para controle dos gastos de custeio e de pessoal no âmbito do Poder Executivo Estadual, com impacto para o que foi planejado para os anos de 2020 a 2023.

A possibilidade de monitoramento para fins de controle social tem sido viabilizada, no Brasil, pela existência de sistemas universais ou parciais de informações, citados anteriormente, ainda que o acesso seja limitado pela dificuldade de dominar as ferramentas de domínio público. A busca de superação da histórica falta de “comunicação” entre os diversos sistemas públicos de informações no campo da saúde parece ter avançado, uma vez que, segundo o manual técnico operacional SIA/SUS (BRASIL, 2009), ocorreu a unificação dos cadastros de estabelecimentos de saúde do SIA e do SIH, por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)¹⁹. Segundo o referido manual, “...*compete ao gestor municipal e estadual o controle e avaliação da produção ambulatorial processada e enviada para o gestor federal*”.

O acesso aos dados disponíveis a partir desses sistemas de informações é possível a partir do site do Ministério da Saúde/DATASUS. Em que pesem os desafios, constitui-se ferramenta importante para monitorar quantitativamente aspectos da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSR), no caso o “Aborto por razões médicas”, ainda que se necessite de algumas habilidades para a localização dos dados e tenha que lidar com as mudanças e instabilidades do sistema, bem mais frequentes nos últimos meses.

Superadas as dificuldades, o acesso aos dados possibilita comparar e identificar diferenças, permanências e mudanças ao longo do tempo para orientar ações institucionais de implementação de políticas públicas, bem como a atuação de movimentos sociais organizados que lutam pela vida das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

.....
¹⁷ Disponível em: https://www.tce.ba.gov.br/images/resposta_8894_2016_anexo_5.pdf

¹⁸ Disponível em: https://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/controlado_interno/decreto_19551.pdf

¹⁹ http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf

Sempre será necessário questionar a qualidade dos dados e essa prática deve ter como objetivo melhorar o que já existe, a partir da sua utilização, e abandonar aqueles que se mostrem discrepantes. Além disso, deve-se lidar com dificuldades adicionais em caso de números envolvidos muito pequenos, indicando-se seu agrupamento para fins de análise, e diante de registros inconsistentes. Portanto, reconhecer os limites do uso dos dados é ponto de partida, mas também sabe-se que a produção das informações indicam ou sugerem problemas que precisam de ação a partir de pressões sobre a gestão dos serviços de saúde nos três níveis de governo.

ENTREVISTAS E OBSERVAÇÕES NOS SERVIÇOS

Por causa do recrudescimento da pandemia da COVID-19 no início de 2022, novas medidas de distanciamento social foram adotadas o que levou a equipe a decidir pela realização de entrevistas remotas com gestores/as e profissionais de saúde dos três serviços. Dificuldades em contatar as/os profissionais para agendamento das entrevistas, bem como atrasos no envio e liberação dos recursos financeiros resultaram em atrasos no cronograma inicial da pesquisa. Com a melhora da pandemia, a segunda parte da investigação qualitativa, observação participante e entrevistas com as mulheres atendidas, foi realizada de forma presencial.

Entrevistas com a gestão e profissionais de saúde

No período de fevereiro a junho de 2022, foram realizadas 17 entrevistas, 3 com gestores/as e 15²⁰ com profissionais de saúde da equipe multidisciplinar²¹ – Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social

.....

20 Excepcionalmente em uma entrevista, tivemos duas profissionais de saúde participando, sendo também presencial.

21 Os dados sociodemográficos das/os participantes estão disponibilizados no Quadro 2, Apêndice H.

– vinculados diretamente ao atendimento das mulheres e pessoas com capacidade de gestar nos três serviços de aborto legal (Quadro 1):

Quadro 1: Gestores e profissionais de saúde dos serviços de aborto legal selecionados. Bahia, 2022.

| SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL ²² | CATEGORIA PROFISSIONAL/FUNÇÃO |
|--|-------------------------------|
| 1 | Gestão |
| | Psicologia |
| | Serviço Social |
| | 2 Medicina |
| | Enfermagem |
| 2 | Gestão |
| | Psicologia |
| | Medicina |
| | Serviço Social |
| | Enfermagem |
| 3 | Gestão |
| | 2 Enfermagem ²³ |
| | Psicologia |
| | 2 Medicina ²⁴ |
| | Serviço Social |

Para as entrevistas, foi elaborado um roteiro de temas. Com o início das entrevistas, a equipe de pesquisa analisou ser importante construir questões específicas para gestores/as, profissionais de Enfermagem e Medicina, considerando as particularidades do trabalho desses/as profissionais nos serviços de aborto legal. Ao final, foram entrevistados/as pro-

.....

22 Considerando os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, para a preservação do anonimato não serão identificados os nomes dos serviços e as/os profissionais serão identificados por categoria.

23 Na entrevista da profissional de Serviço Social, uma profissional de enfermagem estava presente, participando ativamente. Essa foi a única entrevista presencial com profissionais.

24 Após conceder a entrevista, o profissional entrou em contato com a entrevistadora-pesquisadora pedindo para ser retirado da pesquisa. Os motivos da desistência não foram explicitados. Assim, não enviou o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado e respeitando sua decisão, as informações prestadas não foram utilizadas.

fissionais de saúde de referência de cada serviço; para as/os de Medicina, incluiu-se aquelas/es que realizam o procedimento de interrupção da gravidez e aquelas/es identificadas/os como Objetoras/es de Consciência.

O campo foi iniciado com entrevistas às/os gestoras/es, considerando que os serviços de saúde, em geral, são espaços hierarquizados. Além disso, o roteiro aplicado a esses/as profissionais incluía perguntas sobre o funcionamento dos serviços, antes e depois da pandemia, o que proporcionou um conhecimento mais amplo sobre a organização dos mesmos.

Para a seleção de profissionais a serem entrevistadas/os, previa-se inicialmente a escolha pela equipe de pesquisa, com base na observação participante nos serviços. Entretanto, como nos primeiros meses de 2022 as atividades presenciais foram proibidas em função da pandemia, como já mencionado, foi solicitada indicação a/os gestores/as e a cada profissional entrevistada/o, com base nos seguintes critérios: um/a representante de cada categoria profissional da equipe; anterioridade no serviço e, no caso de médicas/os, aquelas/es com e sem objeção de consciência.

Ainda que em estudos qualitativos a população investigada não componha uma amostra a ser composta por critérios de representatividade, não podemos afastar que a heterogeneidade do perfil das/os profissionais possa ter sido comprometida, com as indicações tendo priorizado aquelas/es com falas mais alinhadas às/aos gestoras/es sobre a organização e o funcionamento do serviço.

Para a marcação das entrevistas, inicialmente, foram enviadas mensagens de textos via *WhatsApp*, nas quais as entrevistadoras se apresentaram e descreveram brevemente a pesquisa. Para quem não respondeu as mensagens de texto ou solicitou maiores informações, foram realizados também contatos telefônicos. Sem horários livres para participar de encontros de média ou longa duração, algumas/alguns profissionais nem responderem as mensagens de texto enviadas pelo *WhatsApp*, nem atenderam os telefonemas. Por vezes, a coordenação local da pesquisa entrou em contato diretamente com estas pessoas e até mesmo com a gestão das unidades para intermediação.

Em geral, as entrevistas duraram mais de 2 horas e, face à agenda atribuída das/os participantes, algumas delas foram realizadas em mais de um dia ou turno. Entrevistas de forma remota, apesar de serem

mais cansativas, sobretudo para as entrevistadoras, facilitaram a participação das pessoas, com uma maior flexibilização do horário e data; do mesmo modo, seu fracionamento em mais de um dia, segundo relato das/os entrevistadas/os, propiciou mais tempo para refletirem sobre a temática e aspectos que consideravam importantes para abordar. Por outro lado, alguns problemas relacionados à conexão da internet por vezes atrapalharam um pouco, com interrupções na gravação.

Todas as entrevistas, à exceção de uma realizada presencialmente por ocasião da ida de uma pesquisadora à unidade, foram remotas, utilizando-se a plataforma *Google Meet*. As entrevistas foram gravadas na plataforma e também em áudios, com a autorização prévia das/os participantes. Apenas uma pessoa não autorizou a gravação da entrevista pelo *Google Meet*, mas concordou com a gravação por áudio²⁵. Para as transcrições de todas as entrevistas, foram utilizados apenas os áudios, resguardando-se a imagem das/os participantes; as mesmas foram realizadas por pessoas habilitadas que assinaram um termo de responsabilidade se comprometendo com o sigilo das informações²⁶.

Observação participante nos serviços

Para a realização da segunda parte da pesquisa qualitativa, duas pesquisadoras-entrevistadoras²⁷ residentes nas cidades, onde os serviços estão localizados, foram agregadas à equipe. Além do conhecimento das cidades, isto também representou menor tempo de deslocamento, e economia na utilização dos recursos financeiros da pesquisa²⁸. A partir de critérios, como ter experiência em pesquisa qualitativa e proximidade com a temática de estudo, foram obtidas indicações de pesquisadoras. Este processo seletivo demandou um tempo adicional, o que acarretou também atrasos no cronograma inicial.

.....

25 Todos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram lidos no início das entrevistas e/ou enviados para as/os participantes, que reenviaram assinados para as pesquisadoras.

26 Ver no anexo o Apêndice G.

27 Uma com formação em Antropologia e outra em Direito.

28 O recurso financeiro para a realização da pesquisa foi limitado e ainda houve uma redução no valor esperado, ocasionado pelo dia de conversão do dólar para a moeda local, o real.

Considerando o contexto de pandemia, as dinâmicas próprias de cada serviço e a natureza sensível da temática estudada, antes da entrada das pesquisadoras em campo, duas coordenadoras locais realizaram visitas presenciais aos serviços para conversas com gestores/as e profissionais de saúde. Estes encontros tiveram o objetivo de informá-las/os sobre o início da nova etapa da pesquisa, conhecer os trâmites institucionais necessários para a inserção das pesquisadoras e construir estratégias conjuntas – coordenação local, pesquisadoras-entrevistadoras e serviços – para contatar as pessoas atendidas pelos serviços.

Finda essa preparação de campo, as pesquisadoras-entrevistadoras foram inseridas nos três serviços de atendimento ao aborto legal. Inicialmente, realizaram uma visita para conhecer locais e profissionais de saúde e procedimentos necessários para acesso aos serviços. Com o início das observações e a interação com as/os funcionárias/os dos serviços e dos hospitais/maternidades que os abrigavam, e em reuniões periódicas com a coordenação local, foram identificados setores para a realização da observação, considerando as especificidades de cada espaço: entrada geral do hospital/maternidade, recepção, PA-Pronto Atendimento (onde usuárias aguardam a realização do procedimento) e enfermarias (onde repousam após realizarem o procedimento). Em duas unidades, foi possível realizar a observação da reunião da comissão local em que é discutida a demanda das mulheres para aprovação do aborto legal.

No período de maio a agosto de 2022, foram realizadas trinta observações, dez em cada serviço, em turnos e dias diferentes. Para a delimitação desse número, além da execução dos prazos previstos no cronograma, foi considerada a saturação: a repetição de situações na observação, sem acréscimo de algo novo. Todas as observações foram registradas pelas pesquisadoras em diários de campo, com a produção de relatos detalhados, incluindo impressões pessoais sobre o observado, como recomendado em pesquisas qualitativas (MINAYO, 2010).

Entrevistas com as mulheres atendidas

Para a identificação das pessoas atendidas a serem entrevistadas, a coordenação local considerou os cuidados éticos para decidir que as pesquisadoras-entrevistadoras não iriam abordá-las diretamente nos serviços, por reconhecer a fragilidade emocional das mulheres em momento imediato após a violência sexual e a interrupção da gravidez. Deste modo, adotou-se uma estratégia construída conjuntamente com as/os profissionais dos serviços que previa contato telefônico inicial destas/es profissionais com as pessoas atendidas, com base nos seguintes critérios previstos inicialmente: terem realizado o aborto legal nos anos 2020 e 2021, serem maiores de idade e terem perfis heterogêneos para garantir diversidade geracional, racial e de motivos que levaram à interrupção legal da gravidez (risco de morte gravidez pós-estupro, anencefalia fetal e outras anormalidades fetais incompatíveis com a vida, após autorização judicial). Prevendo-se possíveis dificuldades, foi definido que seriam entrevistadas três mulheres de cada serviço. A coordenação local elaborou um texto padrão de apresentação da pesquisa²⁹ para orientar as/os profissionais em seus contatos com as mulheres atendidas.

As/os profissionais de saúde, sobretudo de Psicologia, se engajaram ativamente na busca ativa, realizando diversas tentativas, a partir de listagem constante nas suas bases de dados. No entanto, vários obstáculos foram encontrados: mulheres não atenderam ao telefone, ou o número telefônico estava errado; entre as poucas contatadas, a maioria não concordou em participar da pesquisa; aquelas que aceitaram participar, no dia marcado para a entrevista não compareceram ou não confirmaram a presença na entrevista. Diante dessas dificuldades, houve a inclusão de mulheres com atendimentos realizados em 2022 e novas tentativas foram realizadas, mas sem muito sucesso.

Apenas duas mulheres, de dois serviços diferentes, concordaram em participar da entrevista. Ambas foram violentadas sexualmente, sendo que uma realizou a interrupção legal da gravidez em 2020 e a outra em 2022. Nos três serviços, profissionais informaram serem raras situações

.....
²⁹ Ver APÊNDICE I.

de anencefalia fetal e mais ainda de risco de morte. Nos casos de gravidezes pós-violência sexual, nos alertaram desde o início da pesquisa, sobre a dificuldade de acompanhar estas mulheres, com as mesmas declarando desde a alta que não desejavam mais retornar ao serviço, pois não queriam mais falar sobre o assunto ou relembrar os eventos.

Um roteiro específico de questões foi elaborado³⁰. As entrevistas duraram em média 1 hora e foram realizadas em julho, em um espaço específico do serviço, onde foram resguardadas a segurança e a privacidade. Estas foram gravadas, com autorização oral prévia das participantes, e transcritas por pessoas habilitadas. Foi fornecido um recurso financeiro às participantes para gastos com deslocamentos e alimentação.

Análise dos resultados

Foi realizada análise de conteúdo temática do material transcrito de todas as entrevistas e dos diários de campo, observando-se as seguintes etapas interligadas: leitura exaustiva de todas as entrevistas, classificação inicial e identificação de grandes temas e subtemas, e construção das categorias temáticas (GOMES, 2010). Onze categorias temáticas foram elaboradas:

- Infraestrutura e caracterização dos serviços de referência para o atendimento dos casos de aborto legal;
- Composição da equipe, formação e capacitação da equipe para trabalhar com aborto legal e situações;
- Fluxo do atendimento para as pessoas atendidas no serviço;
- Limites e negativas da demanda pelo aborto;
- Rotinas do serviço;
- Perfil e quantitativo de mulheres atendidas;
- Violência Institucional/obstétrica;
- Barreiras de funcionamento do serviço, avaliação do funcionamento e sugestões;
- Funcionamento do serviço na pandemia da COVID- 19;

.....
30 Ver APÊNDICE E.

- Ouvidoria;
- Conhecimento sobre a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e Normas Ministeriais.

Algumas categorias são comuns aos três serviços e outras foram criadas para dar conta das singularidades de cada um. Essas diferenças vão ser melhor compreendidas na parte dos resultados, onde se encontram os retratos analíticos particularizados dos três serviços.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao sistema Comitê de Ética em Pesquisa/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) (parecer nº 5.189.400). Termos de Anuência institucional foram obtidos pelas gestões dos três serviços. Foram assegurados o consentimento informado dos/as entrevistados/as (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por gestores/as e profissionais, e Termo de Consentimento Oral para as mulheres entrevistadas) e proteção do anonimato. Foi garantida a participação voluntária nas entrevistas, a possibilidade de não responder a qualquer pergunta e mesmo sua interrupção em qualquer momento. Não houve relatos de desconforto emocional de entrevistadas/os no curso das entrevistas.

Nas entrevistas com as mulheres atendidas pelos serviços, não foram solicitados dados sociodemográficos, tendo sido utilizados nomes fictícios de modo a resguardar o sigilo da sua identidade.

Cabe ainda ressaltar que as pesquisadoras que realizaram essas entrevistas presenciais já estavam vacinadas com esquema completo para COVID-19, usaram máscara e álcool em gel na ocasião.



RESULTADOS

INFORMAÇÕES SOBRE INTERNAÇÕES POR ABORTO NA REDE SUS

Capítulo CID-10: XV - Gravidez, parto e puerpério

Na Bahia, as internações por gravidez, parto e puerpério representaram, em média, cerca de 60% das hospitalizações de mulheres em idade reprodutiva (10-49 anos), entre 2008 e 2021 (Tabela 1). No primeiro triênio da série (2008 a 2010), foram registradas 631.819 internações, entre mulheres, com tendência decrescente, chegando a 581.739 (2017 a 2019), uma redução de cerca de 9,2%, tendência mantida nos anos pandêmicos (2020 e 2021). Entretanto, nestes dois últimos anos, observa-se aumento do peso relativo das internações por gravidez, parto e puerpério dentre as hospitalizações (64,6 e 62,0% respectivamente).

De um modo geral, esse padrão foi observado em todos os municípios mais populosos do estado (Tabela 2), o que reflete provavelmente a redução da fecundidade entre mulheres baianas. Este é o caso de Salvador e Feira de Santana que são, respectivamente, a primeira e segunda cidades mais populosas do estado.

Aborto

Na análise das internações por aborto, segundo a Lista de Morbidade (CID-10) na Bahia, no período de 2008 a 2021, observa-se que no triênio 2008 a 2010, a maioria das hospitalizações (62,1%) foi registrada como **“Aborto espontâneo”** com um padrão decrescente nos demais triênios.

No primeiro ano da pandemia, a redução foi ainda maior, 44,3%, com discreta elevação (45,2%), em 2021. No sentido contrário, as internações por **"Outras gravidezes que terminam em aborto"**, que representavam 37,6% no primeiro triênio, foram aumentando de modo consistente, nos demais triênios, até expressarem 54,9% das internações em 2020, e 54,1% em 2021. Internações devidas ao **"Aborto por razões médicas"** representam um pequeno percentual (0,5 no início da série e 0,7 e ao final) (Tabela 3).

Analisando-se especificamente as internações de mulheres que residem em Salvador, também o **"Aborto espontâneo"** representa a maioria das hospitalizações (69,9% no primeiro triênio e 41,2% em 2021). **"Outras gravidezes que terminaram em aborto"** contabilizavam, no início da série, 29,6%, mas foram elevando-se até se constituírem maioria (57,1%), em 2021. As internações atribuídas ao **"Aborto por razões médicas"**, do mesmo modo que, para a Bahia, representaram os menores percentuais (0,5% e 1,7%, no período inicial e final) (Tabela 4).

Entre mulheres que residem em Feira de Santana, também o **"Aborto espontâneo"** representou a maioria das hospitalizações (85,7%) no primeiro triênio, com decréscimo em 2020 (56,7%) e discreto aumento em 2021 (57,8%). **"Outras gravidezes que terminaram em aborto"** representavam, no início da série, 13,9% e cresceram de modo consistente, alcançando mais de 40% nos dois últimos anos. As internações atribuídas ao **"Aborto por razões médicas"** também representaram os menores percentuais ao longo da série (Tabela 5).

Analisando-se o número absoluto de internações devidas a "Abortos por razões médicas", **segundo o município de residência** das mulheres, observa-se que, na Bahia, 1.025 hospitalizações foram registradas, no período de 2008 a 2021. Constatou-se o registro de pelo menos uma internação por aborto de mulheres residentes em 177 municípios da Bahia (42,4%). Isto significa que a maior parte dos municípios não registrou internação por aborto nos casos previstos por lei (Tabela 6). Destas internações, a maior parcela ocorreu entre mulheres residentes em Salvador, com um padrão irregular: 23% no primeiro triênio (2008 a 2010); aumento expressivo no segundo triênio (60,9%), decréscimo no terceiro triênio (46,5%); triênio de 2017 a 2019 (50,3%), e um decréscimo acentuado em 2020. (19,2%) e 2021 (18,3%). (Tabela 6). Com certo estranhamento, observou-se, na análise

exploratória, a situação de Pindaí³¹, um município de pequeno porte, a ser examinada com cautela, uma vez que neste não constam internações no início e final da série, mas registrou 74 abortos por razões médicas, de 2010 a 2017; por isso, optou-se por excluir estes dados desta análise.

Analisando-se as internações no período, segundo o **estabelecimento de ocorrência**, serviços situados nos municípios de Salvador, Vitória da Conquista e Feira de Santana são aqueles que mais registraram proporcionalmente hospitalizações devidas a **“Aborto por Razões Médicas”**, em todo o período analisado. Em que pese ter ocorrido um decréscimo no número de internações em todo o estado, de 32,0% no triênio 2008 a 2010 a 7,3% em 2021, a capital concentra a maior proporção em todo o período, e apresenta um aumento importante de 30,3% no triênio 2008 a 2010 e 74% em 2021, o que é consistente com a maior oferta de serviços especializados para tal fim (Tabela 7).³²

Merece destaque que, dos 77 municípios com registros de internações por **“Abortos por razões médicas e legais”**, no período analisado, um pouco mais da metade (32) informou apenas uma internação durante todo o período (dados não apresentados), o que exige uma análise mais detalhada para, se possível, descartar a possibilidade de erro de registro ou outras inconsistências, o que foge ao escopo desta análise (Tabela 8).

Nessa mesma tabela, no total das internações **por estabelecimento de ocorrência**, verifica-se que houve maior número de registros no primeiro triênio (2008 a 2010). Destaca-se o fato que somente a partir de 2014, o Ministério da Saúde normatizou o cadastramento de serviços para realização de aborto previsto em lei (BRASIL, 2014). Também vale sublinhar que nos 99 estabelecimentos que registraram internações no período analisado, observam-se variações e não há regularidade nestes registros, com muitos dados esparsos, à exceção de um pequeno subconjunto destes, representados por serviços localizados em Salvador, Vitória da Conquista e Feira de Santana (Tabela 8). A quase totalidade (cerca de 90%) dos estabelecimentos internou somente até 15 mulheres em todo o período (2008 a 2021), sendo que em quase metade deles

.....
³¹ 16.708 habitantes, segundo estimativa do IBGE de 2013

³² Excluiu-se da análise os dados do município de Pindaí, pelo motivo explicitado anteriormente.

(40) houve apenas um registro; apenas 2 estabelecimentos internaram 50 ou mais mulheres (dados não apresentados). No último ano da série, os cinco primeiros estabelecimentos em conjunto respondem por 75% das internações em 2021, a saber: Instituto de Perinatologia da Bahia (50,0%); Hospital Municipal Esaú Matos (8,3%); Hospital Estadual da Mulher (6,3%); Maternidade Climério de Oliveira (5,2%); Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto (5,2%) (Tabela 8).

Optou-se por agrupar os estabelecimentos (197) que registraram dados esparsos e observa-se um decréscimo importante no número de internações. No primeiro triênio (2008 a 2010), respondiam por mais da metade do total de internações (56,3%), enquanto em 2021 representam apenas 16,7%. Diferente do padrão observado no período inicial (2008 a 2010), a análise isolada do total de registros no ano de 2021 (96) apresentou um número bem menor de estabelecimentos (16). Chama a atenção o fato de que a metade dos estabelecimentos realizou apenas uma ou duas internações no ano, sendo a maioria no interior do estado (Tabela 8).

A curetagem pós-abortamento/puerperal foi o procedimento mais realizado para esvaziamento uterino entre mulheres internadas devido ao "**Aborto por Razões Médicas**" nos anos de 2020 (64,7%) e 2021 (60,8%), seguida da aspiração intrauterina (AMIU). Juntas, respondem por 92% do total. (Tabela 9). O Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e o Hospital Estadual da Mulher, ambos na capital do estado, se destacaram em relação à realização de esvaziamento por aspiração intrauterina (AMIU), nos anos de 2020 e 2021 (dados não apresentados)

A análise das internações classificadas como "**Aborto por razões médicas**", segundo local de residência e local de internação, revela que mulheres residentes em 63 municípios da Bahia tiveram seu atendimento em estabelecimentos localizados em 12 municípios, a maioria deles sede de macrorregiões de saúde, como Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Feira de Santana, Irecê, Jequié, Juazeiro, Salvador, Valença, Vitória da Conquista (dados não apresentados).

Qualidade dos dados

É aconselhável que a gestão estadual examine a possibilidade de registros incorretos, a exemplo do que se observou no município de Pindaí,

segundo o SIH/SUS, uma vez que os dados existentes de internações por **“Aborto por razões médicas”** impactam comparativamente a sua posição em relação aos demais municípios. A qualidade dos registros é questionável, em algumas situações observadas. Contudo, mesmo com limites, é possível constatar que muitas mulheres que foram internadas por causa classificada como **“Aborto por razões médicas”** residem em cidades que não dispõem da oferta de serviços para tal.

Portanto, precisam se deslocar para outras cidades o que pode ser penoso, além de custoso, para elas (Tabela 6). Esta ausência, além de funcionar como uma possível barreira de acesso ao procedimento seguro, pode resultar, sobretudo no grupo populacional vulnerabilizado, em abortos realizados de forma insegura, com sequelas ou morte. O fato de existirem registros de internação para realização de **“Aborto por razões médicas”** que fogem ao padrão precisam ser avaliados periodicamente para apreciar inconsistências que prejudicam as análises e, conseqüentemente, o seu monitoramento.

A seguir, sintetiza-se o observado em relação aos principais estabelecimentos que internaram mulheres por **“Aborto por Razões Médicas”**, com ênfase em 2021:

1. Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), maternidade situada na capital do estado que criou o primeiro serviço de aborto legal em 2002, ocupa a primeira posição, com 50% do total das internações, em 2021, embora no primeiro triênio da série respondesse por uma pequena porcentagem das internações (3,4%).
2. No sentido inverso, a Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto, também localizada em Salvador, maternidade de referência para o estado e única com UTI adulto e neonatal. Em 2008, foi o serviço que mais internou, concentrando mais de 1/3 das internações (36,3%) em 2010, mas houve descontinuidade nos registros em 2014 e 2015, retomados em 2017 com internações esparsas até 2020. Em 2021, registrou 7 internações, o que representou 6,9% do total.
3. Hospital Municipal Esaú Matos, localizado em Vitória da Conquista, que passou a concentrar mais internações em 2017 (18,5%), com redução até 2019. Em 2020, apresentou uma pequena elevação (10,3%), reduzindo para 8,8% no ano seguinte.

4. Hospital Estadual da Mulher, referência da segunda maior cidade da Bahia (Feira de Santana), conta com registros a partir de 2017. Tem sua maior expressão em 2019 (17,8%) com decréscimo em 2020 (12,9%) e 2021 (6,9%).

Fica evidenciada, portanto, uma incongruência entre os registros de realização de aborto previsto em lei nos sistemas de informação consultados e os SRIGCPL: cerca de 28% dos serviços que realizaram algum aborto não estavam registrados como SRIGCPL e quatro dos nove serviços registrados como SRIGCPL não realizaram procedimento algum. Tais achados são compatíveis com o que Jacobs e Boing (2020) encontraram para o Brasil. Os registros encontrados no SIA/SUS (9) ocorreram em hospitais, exceto em uma unidade.

INFORMAÇÕES SOBRE ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS E LEGAIS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS

Os registros do SIA/SUS relacionados ao **"Aborto por Razões Médicas e Legais"** mostram que nos anos de 2020 três hospitais atenderam todas as mulheres com um total de 13 ocorrências. No ano de 2021, os mesmos hospitais registraram 9 dos 10 atendimentos. Todos eles encontram-se localizados na capital, a saber: Hospital São Jorge, Hospital Universitário Prof. Edgar Santos e Hospital Santo Antônio. Analisando os registros em separado, o Hospital São Jorge se destaca por concentrar o maior número de registros, tanto em 2020 (10) quanto em 2021 (5) (Tabela - 10).

No que diz respeito ao SIA/SUS, as possibilidades de análise apontadas por Jacobs e Boing (2021) foram dificultadas pela inconsistência de alguns dados referentes aos procedimentos realizados pelos estabelecimentos que prestaram atendimento.

PARA ALÉM DOS DADOS SOBRE INTERNAÇÕES: SERVIÇOS DE ABORTOS NOS CASOS PREVISTOS POR LEI

Merece destaque, para fins deste estudo, o aumento do número de serviços de interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, notadamente entre os anos de 2020 e 2021, ou seja, implementados em plena pandemia. De apenas um serviço no ano de 2014, passou para quatro em 2019, mantidos em 2020, para mais que dobrar em 2021. Chegou em 2022 com 13 serviços, o que representa 28,3% entre todos voltados à atenção das pessoas em situação de violência sexual no estado (Tabela 11).

Entretanto, a exemplo da oferta de outros serviços especializados, a distribuição dos serviços em um estado de extensa área territorial é marcada também por desigualdades sociais. Ao analisarmos a distribuição dos serviços cadastrados para realizar interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, segundo macrorregiões, constata-se sua ausência no Norte, Centro-Norte, Sul e Oeste do estado (Figura 1). Isto evidencia possível barreira de acesso ao aborto às mulheres que residem em municípios que as integram, quando desejam interromper a gravidez por justificativa legal, a despeito de contarem com serviços de saúde cadastrados para atendimento às pessoas em situação de Violência Sexual (dados disponíveis no site da Secretaria de Saúde do Estado).

Na Bahia, dos 13 serviços de atenção à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, a localização majoritária é na macrorregião Leste, sendo sete concentrados na capital, distribuídos em maternidades (4), hospitais gerais (2) e unidade de emergência (1). Os demais serviços estão localizados em Feira de Santana, Porto Seguro, Ribeira do Pombal e Vitória da Conquista. Pode ser observado, na Figura 1, o vazio assistencial às mulheres que demandarem atenção nas regiões longínquas da Bahia. Mesmo assim, os dados demonstram, em termos comparativos

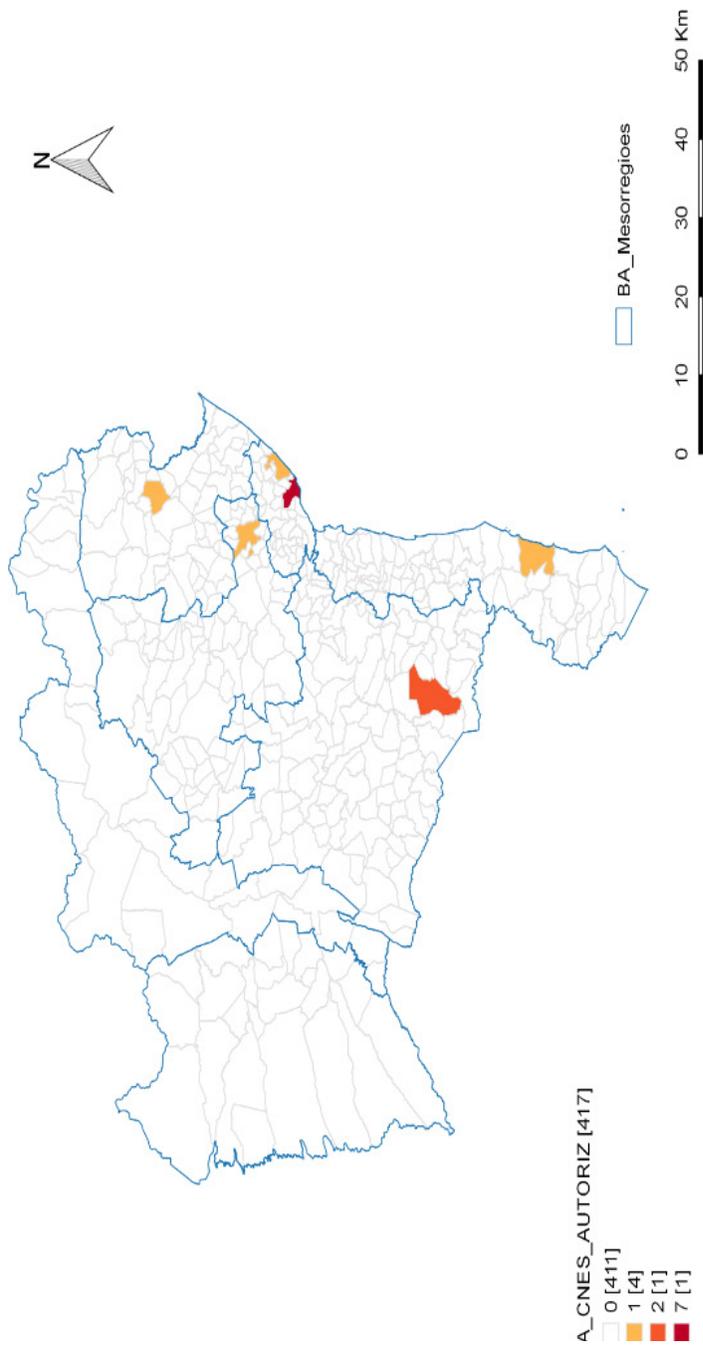
aos anos anteriores, que houve avanços na implementação de novos serviços fora da capital (Tabela 12).

A despeito do importante crescimento do número de serviços, em consonância com a normatização vigente (Brasil, 2014), o que inclui unidade de emergência, é importante destacar o que está previsto para a organização dos serviços de referência em estabelecimentos não hospitalares, ou seja, a oferta de aborto medicamentoso, com o uso do misoprostol. Esta se mantém exclusivamente em âmbito hospitalar no país, desde 1998 (BRASIL, 1998). Além disso, a prática do esvaziamento manual (AMIU), recomendada pela Organização Mundial da Saúde, é passível de realização em serviços ambulatoriais, considerando os limites da idade gestacional (OMS, 2022). Contudo, não apareceram nos registros dos anos analisados (dados não apresentados).

Merece destaque o que foi observado, tomando como referência o ano de 2021. Dos nove serviços cadastrados em 2021, quatro não registraram nenhuma internação, a saber: Centro de Parto Humanizado João Batista Caribé, Hospital Regional Dep. Luís Eduardo Magalhães, Maternidade Maria da Conceição de Jesus e Maternidade Tsylla Balbino. Em contrapartida, serviços não cadastrados realizaram internação, a saber: Maternidade Albert Sabin (5), Maternidade Professor José Maria de Magalhães Neto (5), Hospital Maternidade Dr. João Carlos Paulilo (4), Hospital Geral Mário Dourado Sobrinho (3), Hospital Geral Roberto Santos (2), Hospital Inácia Pinto dos Santos (2), Santa Casa de Misericórdia São Judas Tadeu (2), Hospital Dr. Heitor Guedes de Mello (1), Hospital Geral de Camaçari (1), Hospital José Américo Resende (1) e Hospital. Materno Infantil de Juazeiro (1) (dados não apresentados). Juntos, os serviços não cadastrados foram responsáveis por 28,1% do total de internações (96) (dados não apresentados).

Em síntese: é notório o crescimento dos Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei na Bahia, o que representa avanços, visto que na pesquisa conduzida por Madeiro e Diniz (2016), analisando dados de 2015, foi observado que em apenas seis estados havia mais de um serviço; em quatro deles, existiam serviços fora das capitais, localizados em oito cidades. Os resultados encontrados neste estudo revelam um crescimento de serviços que supera a meta

Figura 1: Municípios com Serviços de Referência para Interrupção de Gravidez em Casos Previstos em Lei capazes de proceder à justificação, autorização e realização de aborto legal na Bahia, em outubro de 2022.



Fonte: CNES/Ministério da Saúde, 2021; <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/abortolegal>

estabelecida de implantação de quatro serviços apontada no Plano Estadual de Saúde (2020/2023). Contudo, eles precisam de monitoramento por parte da gestão e publicização de dados qualitativos, a exemplo de recursos destinados aos serviços e qualificação das equipes.

O REGISTRO DOS ÓBITOS EM POUCAS LINHAS

Apenas três óbitos foram classificados como decorrentes de **"Aborto por razões médicas"**, segundo a Lista Morbidade CID10 do SIH, no período de 2008 a 2021, tendo ocorrido em estabelecimentos localizados nos municípios de Salvador (2011), Vitória da Conquista (2017), e São José do Jacuípe (2019). Estranhamente, tais registros não constam no SIM no qual há declaração de apenas um óbito codificado como **"O 04 Aborto p/razões médicas e legais"** no município de Encruzilhada, em 2013.

É possível pensar em falhas de registro, mas, para além disso, é a constatação de que a fragilidade da comunicação entre os dois sistemas dificulta, parcialmente, a utilização dos mesmos. O SIM é universal e o SIH abrange exclusivamente a rede própria e conveniada ao SUS o que, em tese, deveria ter captado o registro de óbitos hospitalares ocorridos na rede de assistência do SUS.

PONTOS DE DESTAQUE

- As internações por Gravidez, Parto e Puerpério são a mais importante causa de hospitalização de mulheres em idade fértil; entre elas, aquelas devidas ao "aborto por outras gravidezes" sugerem dificuldades para classificação dos abortos.
- O número de abortos legais é estável, mesmo com o crescimento do cadastramento de serviços.
- Houve importante ampliação de serviços de aborto legal, mas há vazios assistenciais e os registros são descontínuos.

- Na pandemia da COVID-19, reduziu-se o número de abortos por razões médicas e legais.
- O registro de internações de interrupção de gravidez nos casos previstos em Lei é bem mais abrangente do que o número de serviços cadastrados para tal fim.
- Houve subestimação no Plano Estadual de Saúde (2020/2023) quanto à possibilidade de implantação de novos SRIGCPL.
- Não se encontram disponíveis, publicamente, dados consolidados sobre a qualificação e a composição das equipes, que compõem os SRIGCPL³³
- Usar dados oficiais é uma estratégia importante para conhecer um pouco mais o que vem sendo ofertado, registrado — inclusive inconsistências — , uma vez que as bases de dados são públicas e fornecem um conjunto de dados nos quais é possível descrever de modo sumário os registros.
- O cenário de oferta da atenção ao **“Aborto por razões médicas”** vem sendo ampliada na Bahia ainda que concentrada na capital.
- Persiste a utilização da curetagem para esvaziamento uterino, em detrimento da AMIU.
- É imperativo ampliar a oferta de serviços de aborto legal para outras regiões da Bahia, considerando os vazios assistenciais e as recomendações da Organização Mundial de Saúde e o Código Penal Brasileiro.
- A oferta atual tem potencial para ampliação imediata a todas as cidades onde já se encontram cadastrados os serviços de “Referência a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual”, ressalvadas as especificações normativas.

.....

³³ Portaria 2.561/2020 exige obstetra e anestesista na equipe mínima para justificação e autorização do procedimento (BRASIL, 2020).

RETRATO DO SERVIÇO 1

Infraestrutura e caracterização do serviço de referência para o atendimento dos casos de aborto legal

O hospital/maternidade 1 tem uma estrutura antiga, sendo este aspecto assinalado como problemático por profissionais e mulheres durante entrevistas e observação local. Quesitos de hotelaria são destacados: pintura desgastada nas paredes, ausência de ar condicionado nos setores, falta de água nas enfermarias. Particularmente, o PA-Pronto Atendimento, que ocupa espaço exíguo, é citado ao comprometer a privacidade de mulheres atendidas por violência sexual, sobretudo crianças, em meio a outras parturientes e pacientes; neste espaço, são poucos/as acompanhantes, ao contrário dos demais lugares da unidade, onde estes/as são permitidos/as.

Funcionários na admissão fazem de tudo para manter o sigilo e a discrição no momento do acolhimento das mulheres vítimas de violência, mas um grande problema é a falta de espaço. A sala do PA, por exemplo, é muito apertada e que todo mundo escuta o que o outro fala. Mesmo com o cuidado de manter sigilo das informações, a estrutura física não garante isso.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Sala pequena com três leitos separados por divisórias e com cortinas na frente. Há também mesa com computador em frente a um dos leitos com uma funcionária atendendo as mulheres. Ali, só se permite acompanhantes de menores de idade.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Do mesmo modo, nas enfermarias, mulheres que abortam compartilham muitas vezes os mesmos ambientes que parturientes e seus recém-nascidos. A despeito de reserva de leitos distintos para casos de abortamento, gravidez de risco e cirurgia ginecológica, e do esforço relatado por profissionais para manter mulheres pós-aborto separadas das puérperas, isto nem sempre ocorre, por causa da superlotação frequente na unidade:

Porque eu acho que deveria existir dentro de centro obstétrico, ou uma enfermaria específica pra gente acolher essa paciente. Porque assim, você chega no centro obstétrico as vezes é bem triste assim, você vê a paciente tá ouvindo ali a paciente parindo, o chorinho de bebê tá do lado, tá, é a condição estrutural mesmo para atendimento dela que eu acho inadequada, né. É claro que a gente não vai deixar de oferecer o serviço por conta disso porque é o que temos. Mas eu acho que essa paciente merecia estar em um lugar diferente, Muito complicado. É, mas não é por culpa nem da coordenação, nem da diretoria, porque é uma questão de estrutura física mesmo, sabe? (Profissional de Medicina; não objetora).

Composição da equipe e formação, e capacitação da equipe para trabalhar com aborto legal e situações correlatas

O serviço de aborto legal conta com equipe multidisciplinar (Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Medicina). No momento da pesquisa, a unidade não dispunha de enfermeira. Parcela da equipe, particularmente os/as mais velhos/as, tem vínculo permanente com a SESAB. Entretanto, a entrada de profissionais mais jovens ocorre por contrato de pessoa jurídica, o que implica rotatividade de pessoal.

A unidade, desde a criação do serviço, optou por não ter uma equipe específica para a atenção à violência sexual e ao aborto legal, apostando em um fluxo em que profissionais de todas as categorias se envolvessem na atenção. Entretanto, há percepção das profissionais do Serviço Social e da Psicologia de maior proximidade entre elas “*pelo nosso fazer profissional*” na atenção às mulheres. Isto é reconhecido por médicas/os “*há uma comunicação entre elas que não vemos no restante da unidade*”. O envolvimento é, portanto, desigual: a Enfermagem está presente em momentos específicos do atendimento, como para todas as pacientes da unidade, e também a Medicina, na consulta à admissão e na realização do esvaziamento uterino. A hierarquia entre profissionais é reconhecida e para algumas há tensões que levam à “*necessidade de agir de forma estratégica...*”. Não houve referência à percepção de discriminação por parte de colegas por realizarem aborto legal, particularmente por parte de profissionais da Medicina:

Não, não sinto isso, muito pelo contrário, muito pelo contrário, eu vejo que é uma equipe unida e que as pessoas entendem que precisa existir aquele serviço, inclusive valorizam ... não vou dizer que é o ideal, porque a gente está no serviço público, a gente podia ter mais coisa (Profissional de Medicina, objetora).

Sobre a seleção de pessoas para compor a equipe de referência do serviço de aborto legal a gestão afirma que:

(...) todos são convidados e fica em aberto pra quem quer participar, né? O que se entendeu é que quem tiver nessa equipe, tem que estar pra somar, não pra tentar dividir, diminuir. Eu acho até, sabe que hoje em dia quando os médicos que fossem admitidos em maternidades públicas que vivem sob essa...a égide ne ...da lei também, eu acho que eu acho que ele deveriam tomar conhecimento isso por escrito que eles têm cumprir o que tá escrito, o que tá na lei ne e não depois inventar objeções de consciências que nem existem né.

Nenhum/a entrevistado/a informou ter discutido o tema da violência sexual e, mais ainda, o aborto legal nos cursos de graduação, à exceção das/os profissionais da Medicina que foram expostas/os a conteúdos técnicos sobre abortamento ou relativos à sua ilegalidade.

Só vi falar sobre aborto na matéria de Medicina Legal dentro dessa perspectiva de crime, de culpa...Treinamento para finalizar o aborto já acontecido, fazer curetagem, fazer AMIU. Mas pra assistir a uma mulher, sequer você era sensibilizado dessa necessidade tá, de que o profissional tem que ter e que hoje eu também vejo do compromisso, já que ele vai pra o serviço público, de cumprir a lei, né? (Gestão).

O tema também não desperta interesse relativamente aos demais conteúdos da obstetria:

Então não eram coisas que a gente mais se encantava, não era um tema que me chamava atenção para ir buscar informações, tá me entendendo? Não é que não existissem as informações e não existissem os cursos de especialização, mas eu não sentia tanto

essa necessidade pra trazer isso pra a minha... pra minha atuação daquele momento (Profissional de Medicina; objetora).

Nem na pós-graduação houve discussão sobre aborto legal, à exceção de uma das entrevistadas que relata debate sobre o tema em uma disciplina, e outra que afirma ter ela própria levado “*este tema para ser abordado no curso*”. Ninguém mencionou experiência prévia com serviços de aborto legal. Sua inserção ocorreu a partir do momento que foram contratados/as para trabalhar na maternidade. Apenas uma entrevistada tinha experiência com atenção à violência em outra instituição. Outras conheceram o serviço enquanto estudantes, na própria unidade, participando das sessões clínicas. Neste contato, surpresas, tiveram a dimensão do quão estavam despreparadas para esse tipo de atenção:

E aí quando você entra nessas questões de aborto legal, as pessoas, eu pelo menos na minha formação, eu lembro que se focava muito na questão da anencefalia, né? Agora nas pacientes que são vítimas de violência sexual, eu não tinha embasamento nenhum da faculdade, né, tanto que quando eu entrei aqui foi um choque de realidade pra mim, tipo “ah mas a paciente não precisa disso? Não precisa daquilo?” do BO? é, então minha formação realmente foi aqui (Profissional de Medicina, não objetora).

Relatam que mesmo profissionais de Medicina plantonistas – que terminam por atender as mulheres – não sabem muito do serviço; uma entrevistada, antes alocada em plantões, declara que sabia serem aquelas “*pacientes que aguardavam procedimentos autorizados pelo Comitê*”. Ninguém informou ter recebido capacitação do serviço para atenção ao aborto legal. Citam terem sido treinadas/os pela própria equipe que já ali atuava, que se incumbia de realizar seminários internos, rodas de conversa, leitura de normas, portarias e notas técnicas, de documentos dos Conselhos Profissionais e de Entidades Científicas. Por conta própria, buscavam em congressos, cursos e discussões sobre as temáticas de violência e aborto legal. Todas/os consideraram fundamental terem tido capacitações:

Porque, é muito difícil a gente confiar só no que cada um vai tentar fazer né, se a gente não tiver uma linha de base meio que homo-

gênea, assim "olha gente, a gente tá partindo desse ponto aqui ó, e é importante que esse serviço pertença ao estado, atenda a esses princípios, a esses elementos aqui". Se a gente não tem isso, aí fica muito na minha mão, na sua mão, na mão do outro, que pode ser alguém com interesse, pode ser alguém sensível ou não que diga "não sei, nunca vi e não quero saber também, e não concordo e não vou mudar de opinião"; não dá pra depender muito de cada um e não ter algo organizado, institucionalizado, não dá pra depender do seu querer só né, eu acho que era importante (Psicologia).

Algumas entrevistadas sublinharam que, em função da rotatividade de pessoal em alguns setores, com a terceirização do vínculo com o estado, a necessidade de capacitação se torna ainda mais premente, já que a maioria das/os profissionais nunca trabalhou em um serviço de aborto legal. Cabe mencionar que, a despeito de ser uma unidade com atividades de ensino, em conversas informais com estagiárias, estas relatam não terem tido capacitação sobre o tema da violência nem do aborto legal no estágio, a não ser orientações pontuais da Psicologia:

Pergunto se os temas do aborto legal e da violência sexual já foram debatidos em algum momento do estágio. Ela diz que não, que ela recebeu algumas orientações da equipe de Psicologia de como atender essas mulheres, como fazer o acolhimento no caso de vítimas de violência sexual e de como funciona o fluxo. Ela elogia muito a equipe de psicólogas, diz que a maioria é bem engajada no que faz.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

O relacionamento entre colegas foi apontado por todas/os como "bom", ainda que tenham sido sublinhadas a sobrecarga de trabalho, a quantidade pequena de trabalhadoras/es para executar o volume de tarefas que precisam ser realizadas e os baixos salários:

A gente precisa melhorar as condições, mas a gente também não pode fazer com que a falta de condições inviabilize direitos, inviabilize algum nível de assistência, minimamente cuidadosa, segura, saudável enfim né... (Psicologia).

A maior parte das/os entrevistadas declarou ser favorável à descriminalização do aborto. Apenas uma médica, que se declarou de formação católica, concorda com a manutenção da lei atual:

Eu acho que uma gravidez quando acontece existe um propósito né, então se não é nesses casos previstos em lei, é... ela tem um propósito né? então eu acredito muito nisso. Eu tive uma criação católica e com muita discriminação. Mas isso vai muito pessoal né, da religiosidade de cada um. Então eu acho que a interrupção da gravidez nos casos que não são previstos, somente pela vontade... é uma coisa que muda muito, a minha vontade ontem era uma e a de hoje é outra, e a gente sente vontade às vezes até de sumir do planeta né, quando tá passando por um momento ruim, quem nunca sentiu vontade disso? E nem por isso a gente deve obedecer a nossa vontade exclusivamente, porque às vezes a gente está num fluxo de emoções que não nos permite enxergar um pouco mais além, inclusive o propósito daquilo, o propósito daquele problema com crianças, a gente não consegue enxergar. Então, é... como a gente não consegue enxergar, a nossa vontade é questionada né, então... é questionável na verdade, é tipo assim “será que isso é o melhor pra acontecer?”(Profissional de Medicina, objetora).

Esta mesma médica, em outro momento da entrevista, a propósito do respeito à decisão das mulheres frente à gravidez de fetos com anormalidades incompatíveis com a vida, tematiza o respeito à decisão, a maternidade e o amor incondicional das mulheres aos filhos/as:

Olha, é uma dor muito grande... pra a mãe sabe, é algo que a gente tem que respeitar em primeiro lugar a dor dela né. Eu já vi casos de incompatibilidade com a vida e que a mãe disse “eu quero manter a gestação, eu vou manter até quando Deus permitir”... a gente tem que respeitar o sentimento dela, o momento dela e a dor que é só dela né. Então isso toca a gente, vê uma pessoa sofrendo por aquilo. E aí dar todo o suporte emocional, acho que é o mais importante, é mais importante do que o suporte técnico.

E continua na conversa com a entrevistadora, a propósito das crianças afetadas pelo Zika Vírus:

...eu acho que é... um amor incondicional...essas mães são escolhidas né pra serem mães especiais, e isso tem muito que ser fortalecido nelas né...porque os meninos da Zika vieram aí para provar isso, eles eram compatíveis com a vida e são vivos né, então a gente... ela... a gente nem era autorizado a fazer nenhum tipo de aborto nesses casos, são meninos compatíveis com a vida e são mães extremamente especiais, extremamente especiais (Profissional de Medicina, objetora).

Há o reconhecimento da importância do trabalho que exercem na atenção ao aborto, apesar das dificuldades e desafios que este lhes impõe:

Não é uma temática agradável, mas eu vejo como algo pra mim necessário, assim importante, não foi algo que eu esquivei, assim, não dá ... Então, a gente vai se organizando ...pra lidar com os nossos limites de uma maneira mais possível assim,; isso é muito triste, é verdade, mas eu trabalho com isso e o quê que eu vou fazer né? Acho que me sensibilizo então para poder fazer um bom trabalho (Psicologia).

No entanto, há um desconforto ao atenderem crianças, o que será abordado mais adiante, bem como ao aborto de gravidezes em estágios tardios:

Mas assim, às vezes, quando o bebê é um bebê maior, já fiz interrupção de fetos de vinte semanas, aí quando o bebezinho nasce, fica gastreando, eu faço uma oração na minha cabeça mesmo pelo bebê, né? Porque não deixa de ser uma vida e não deixa da gente é, é, se sensibilizar um pouquinho mais, não no sentido de arrependimento não, mas é diferente você fazer uma interrupção de uma gestação de seis semanas, de uma gestação de vinte semanas, né? Mas eu não deixo de fazer, não me arrependo de fazer, não acho que estou fazendo uma coisa errada, muito pelo contrário. Mas a, a gestação mais avançada sensibiliza mais (Profissional de Medicina, não objetora)

Fluxos de atendimentos para pessoas atendidas no serviço

Atenção imediata à violência sexual

A unidade recebe poucos casos de mulheres no período imediato ao episódio de violência sexual. O serviço dispõe de um kit, disponível 24

horas na farmácia, a ser dispensado às mulheres, após consulta com profissional da Medicina e solicitação da Enfermagem, com contracepção e emergência e medicação antirretroviral e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Exames laboratoriais são solicitados com agendamento para acompanhamento.

Mulheres com relato de violência sexual e demanda de aborto legal resultante de violência sexual são identificadas na recepção e encaminhadas ao Serviço Social. Casos de anencefalia, anormalidades fetais incompatíveis com a vida e risco de morte para as mulheres, seguem fluxo de atendimento distinto, sendo direcionados à emergência juntamente com parturientes e demais demandas.

Profissionais são orientadas/os, quando mulheres com relato de violência sexual ou solicitantes de aborto chegarem, a não conversarem com as mesmas. As mulheres chegam “*toda semana*”:

Pessoal da Psicologia tem “batido muito nessa tecla” de não fazer a paciente falar em detalhes o que aconteceu para a enfermeira e nem ninguém da admissão, que ela só precisa informar que é vítima de violência sexual, que com a psicóloga e a assistente social elas relatam os detalhes, mas que em outros setores não é necessário (Enfermagem).

Assistentes sociais realizam acolhimento e escuta, elaborando relatório ao final. As mulheres são acompanhadas por estas profissionais durante toda a etapa de pré-internamento, “*para evitar situações de discriminação*”, desde a admissão, quando realizam preenchimento da ficha de atendimento, até a consulta médica, antecedida da consulta de Enfermagem para classificação de risco. O protocolo prevê que, nesta classificação, estas mulheres recebam pulseira de coloração laranja que indica urgência no atendimento³⁴. Entretanto, isto nem sempre é obedecido:

L., estudante de Medicina da UFBA diz que viu algumas pacientes vítimas de violência receberem a pulseira verde ou amarela e que

.....

34 O protocolo adotado prevê cores diferentes segundo a gravidade do caso e urgência no atendimento (um banner ao lado da porta da sala do acolhimento informa o que significa cada cor: vermelho /emergência; laranja /muito urgente; amarelo/urgente; verde/pouco urgente).

isso é muito ruim, porque as pacientes que recebem as pulseiras dessa cor demoram muito para serem atendidas, costumam esperar cerca de 2-3 horas.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

A enfermeira da Classificação de Risco sinaliza mudança recente no fluxo, estranhando a chegada de mulheres sem a assistente social; portanto, sem explicitar a situação de violência, o que a tem levado a retornar ao Serviço Social para confirmação, já que reconhece a necessidade de priorizá-las para o atendimento. Após a Classificação de Risco, as mulheres são levadas pelas assistentes sociais à consulta médica. Plantonistas da Medicina realizam anamnese, informam sobre procedimento de esvaziamento uterino adequado ao caso (considerando idade gestacional e condições físicas), além de solicitarem exames laboratoriais e a USG-ultrassonografia que irá orientar a eleição do método de esvaziamento uterino. Enquanto aguardam resultados de exames, as mulheres são recebidas para avaliação da Psicologia, com emissão de relatório. Finda esta etapa do pré-internamento, as mulheres são liberadas e orientadas para aguardarem contato do serviço.

De posse dos relatórios e resultados de exames, a equipe multidisciplinar de referência – formada por profissionais de Psicologia, Serviço Social (de preferência a profissional que atendeu as mulheres) e Medicina – se reúne e avalia a conformidade da demanda aos requisitos legais. Desde que aprovada, a mulher é contatada pelo serviço e é agendado o internamento, segundo disponibilidade de vaga hospitalar.

Hospitalizadas, meninas e mulheres são alocadas em enfermarias específicas – isto nem sempre é garantido por causa da superlotação. Nesta etapa, elas interagem com o quadro mais amplo de profissionais do hospital, e a equipe psicossocial não está mais tão presente:

Mas essa paciente vai pra enfermaria infelizmente ela é acompanhada por técnicas de Enfermagem, e a gente tem um mundo, um universo de evangélicos muito grande, é, é... assim evangélico importante e que ainda reforça aquela ideia "mas uma menina dessa,

em vez de tá brincando de boneca, vai procurar fazer coisa feia" mas ela não procurou, ela foi abusada né? (Gestão).

De forma convergente, as/os entrevistadas/os relataram casos considerados como prioridade, em que há esforço da equipe para agilização do atendimento e resposta mais rápida às demandas: crianças e adolescentes; residentes no interior do estado, mulheres com idades gestacionais próximas das 12 semanas, de modo a garantir a realização do AMIU, e com 20 semanas, visando assegurar a realização da interrupção da gravidez na unidade.

Admitem, no entanto, retardos. Seja diante de casos em que a Psicologia acena incertezas da mulher quanto à decisão pelo aborto, ou daqueles em que há necessidade de aguardar providências legais (obtenção de autorização para anormalidades fetais que não a anencefalia) ou de situações de extrema vulnerabilidade social das mulheres (citado o caso de moradoras de rua que, após a alta, devem ser encaminhadas para abrigos). Mas ressaltam como buscam evitar tais atrasos, com a Equipe Psicossocial sinalizando para as demais profissionais as pendências de cada mulher, para que esta se torne prioridade entre as inúmeras demandas que devem atender. No entanto, muitas entrevistadas foram categóricas ao afirmarem que *"nenhuma paciente deixou de fazer interrupção por lentidão da equipe multidisciplinar de referência"* (Serviço Social).

Documentos exigidos segundo o tipo de demanda para o aborto legal

Nos casos de violência sexual, é exigido documento de identidade com foto e cartão do SUS. As mulheres podem estar sozinhas; entretanto, menores de 18 anos devem estar acompanhadas de um responsável legal. Não é obrigatório BO nem laudo pericial do IML, mas médicas/os e assistentes sociais orientam as mulheres a buscar uma delegacia especializada para denunciar a violência. Estas/es profissionais, no entanto, sinalizam que muitas não querem denunciar a agressão.

Mulheres com fetos anencéfalos necessitam apresentar laudo ultrassonográfico atestando a anormalidade e um novo exame de imagem,

uma segunda ultrassonografia deve ser realizada no serviço. Àquelas com outras anormalidades fetais incompatíveis com a vida, que já chegam com autorização judicial, são exigidos os mesmos documentos; as demais são orientadas a buscar autorização no Ministério Público, o que pode implicar certo retardo na realização do aborto.

A solicitação de uma segunda ultrassonografia expressa a persistência de atitudes cautelosas no cumprimento da lei, para afastar qualquer dúvida, o que remete aos temas da legitimidade da demanda e suspeição da palavra da mulher, a serem apresentados posteriormente. A justificativa da necessidade deste segundo exame de imagem, a ser realizado no serviço, é assim explicada pela Gestão:

Precisa relatório médico, algumas que venham oriundas da justiça, desnecessariamente trazem a autorização legal, mas ela precisa passar pelo atendimento médico, ela precisa ter também a aprovação do médico da unidade, com a ultrassonografia da unidade, esse exame de confirmação né? Porque qualquer pessoa poderia sei lá, burlar, aparecer com laudo falso com a imagem né, então a gente precisa infelizmente cumprir essas tarefas aí, essas etapas. Né, pra que a gente também, pra que possamos nos garantir nos proteger, porque não pense não às vezes eu recebo aqueles telefonemazinhos muito estranhos se as pessoas tão doidas pra descobrir uma falha no serviço, sabe como é que é? Se é falha, ou (as mulheres) vão lá se dizendo necessárias, pra utilizar o serviço né, infelizmente ainda temos que estar atento a isso também.

Em situações de risco de vida, é exigido um relatório de um ou mais especialistas, atestando condições mórbidas que indicam a interrupção da gravidez. Estes casos são avaliados pela Comissão de Ética Médica da unidade que avalia risco e conduta a ser adotada. Viabilidade fetal é considerada na decisão. Supostamente, também o desejo das mulheres frente à gestação:

A interrupção pode ser feita em qualquer altura da gestação e tem que ser feita. Quando é possível, haver uma possibilidade de maturidade pulmonar do feto, algo em torno acima de 25 semanas, e o caso não é tão grave, a gente ainda tenta fazer a indução da maturidade do feto, fazer corticoide, tentar fazer o possível, quando essa gravidez é

desejada, e o que está posto é o risco de vida da mãe, né. Entendeu né, é diferente. A gente tenta usar esses artificios pra que a gestação possa ser interrompida em qualquer altura e ela possa ter a garantia de ter o feto dela sobrevivente, né.

Quando aí existe imaturidade fetal isso em torno de até 22 semanas, 23 né, quando a gente sabe que dificilmente vai se conseguir sobrevida, a gente também comunica que aquele feto pode nascer, simular até alguns movimentos respiratórios, mas que provavelmente não vai sobreviver né. Mas nunca dizer que vai morrer nessa altura, porque hoje com o avanço da Medicina vai que uma hora dessa aí a gente tá até dando sobrevida pra um feto, tornando viável um feto nessa altura.

Então termina tudo desembocando lá na unidade ou no Roberto Santos, quando não se tem mais jeito, quando é uma gravidez muito avançada. Se tiver, e se só nesse caso né, risco de vida da mãe, a gente encaminha por uma questão de retaguarda. Nós não temos UTI materna lá, né, uma indução num feto grande, sem óbito fetal, é um trabalho de parto, então pode ter uma rotura uterina se for uma pré-cesariada ou qualquer outra intercorrência obstétrica né, é por isso que eles alegam não poder fazer lá o Hospital da Mulher e o Roberto Santos tem porque lá tem uma maternidade também (Gestão).

Quadro agudo como, por exemplo, uma paciente que a bolsa rompeu e começou a desenvolver infecção e ela tá com a gestação, por exemplo, de 18 semanas/17 semanas, sem líquido e com infecção, mas o neném está vivo, sangramento intenso. Nesses casos, se ela tá com infecção, a gente não tem condição de manter mais essa gestação, isso acontece muito ...tem que induzir o parto, induzir o aborto ou o parto, pra salvar a vida dessa mãe né. Casos mais complexos, por exemplo, cardiopatia materna alguma trombofilia grave que impossibilite uma gestação, a gente não tem o perfil lá na unidade por conta de a gente não ter essa... essa como é que se diz, essa complexidade às vezes para atender uma mãe com uma cardiopatia grave né então...encaminham pra outro serviço (Profissional de Medicina, não objetora).

Métodos de esvaziamento uterino

Até a 12ª semana de gravidez, há indução do aborto com utilização do misoprostol (Prostokos) e realização da AMIU – Aspiração Manual Intrauterina. A partir desta idade gestacional, a curetagem é indicada como procedimento de esvaziamento uterino.

Alta hospitalar

Foi informado que é oferecida contracepção pós-aborto a todas as mulheres; inclusive, inserção do DIU-Dispositivo Intrauterino para quem assim o desejar. Contudo, falta uma articulação entre esta ação no nível hospitalar e o acompanhamento ambulatorial subsequente.

Para todas as pacientes que recebem alta, seja pós-parto, pós-abortamento, é oferecido o planejamento familiar e é oferecido método contraceptivo, isso sempre é perguntado na alta. Mas isso não é amarrado com o ambulatório, tipo ela recebe a receitinha, “você quer usar?” “Quero usar doutora, a injeção” aí prescreve, mas não existe, um vínculo para falar “não, você toma a receitinha e em trinta dias você vai na consulta” não existe, aí ela vai voltar pra rede básica, vai voltar pro planejamento familiar da UBS, então eu não sei como é essa demanda depois (Profissional de Medicina, não objetora).

Atendimento a grupos específicos

Entrevistadas admitem que não podem dar conta de tantas especificidades sem capacitação:

E não dá pra gente é ser especialista em tudo, não dá. Não dá pra eu atender puérpera, bebê prematuro, mãe canguru, óbito fetal, aborto espontâneo, aborto legal (risos), aborto induzido, aborto de adolescente, aborto de criança, violência imediata. Você perguntou sobre as pessoas trans e as pessoas não binárias, como que a gente vai conseguir gente que dará conta de todas essas especificidades? Não que a gente tenha que ter assim, cada casinha pra uma coisa, né, cada hospital, cada instituição pra uma coisa, mas realmente fazer tudo... dar conta de todas essas coisas é... impossível, assim. Ler e acompanhar a lei, todos os PLs contra os abortos, enfim, é difícil mesmo. E eu acho que quanto mais a gente vai estudando, mais a gente se apegando a necessidades das especificidades, algumas coisas que podem até parecer detalhes, bobagens, mas que não são, termina parecendo bobagem por não sabermos, por conhecemos pouco né, enfim (Psicologia).

Crianças e adolescentes

Todas as/os profissionais entrevistadas/os informam nunca terem recebido capacitação específica para atender crianças. Para o atendimento a adolescentes, algumas lembram de uma discussão pontual ocorrida com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Reconhecem, sobretudo em relação às crianças, se tratar de uma população mais vulnerável, que descobre mais a gravidez em estágios mais avançados, muitas com distúrbios cognitivos; enfim, exigem cuidados especiais, abordagens distintas no manejo, ambientação própria para atendimento com recursos materiais e qualificação das/os profissionais.

Atendê-las nessas condições gera um desconforto assinalado por várias/os profissionais, em situações que as sensibilizam particularmente, sobretudo as entrevistadas que têm filhas e, em idades próximas às meninas que atendem. Reconhecem sua pouca maturidade, especial fragilidade emocional e falta de ferramentas subjetivas para lidar com a violência:

“...temos cuidado para não expor demais, para que elas não esperem muito”; “Equipe se sensibiliza mais”; eu percebo o medo delas em ser atendidas pelos homens”...aí fico imaginando, pensando, você também tem sua filha.. Não quero dizer, com isso, que as mulheres também não sofrem. É evidente que sofrem. Mas ela tem condição de procurar os meios pra se cuidar, se tratar, ela tem condições de fazer isso. A criança não tem, ela não sabe qual passo ela vai dar adiante, depois daquela violência, né? E essa violência, quando é criança, geralmente ela vem acompanhada de ameaça, é uma violência crônica. Geralmente é uma pessoa próxima que fez, que está ali com ela convivendo. E ela não tem como sair daquilo, da ameaça, de que vai matar todo mundo da família, que vai matar a mãe, que vai matar ela, né? Ela, ela geralmente, ela vive alguns anos com, com essa violência, né? Eu acho que a gente precisa sim, eu acho que a equipe precisa ter capacitação sim, nos casos de criança e, é, adolescente, né, ah, né, na primeira fase da adolescência (Serviço Social).

“Chegou casos de ... se não me engano, uma foi estuprada pelo marido da tia e ela só tinha treze anos...Aí eu fiquei imaginando, pensando muita coisa. Você tem filho também né? Eu tenho uma filha de oito, vai completar nove, enfim...” (Enfermagem).

Criança é muito difícil, dentro de uma maternidade assim. A gente não tem um ambiente, material, a gente mesmo que se virou pra

comprar lápis, hidrocor, essas coisas... o ambiente é muito hostil.. pouco acolhedor de maneira geral e imagina pra uma criança. Então, eu acho que essa especificidade da gente poder ter um ambiente mais preparado, termos mais calma e mais tempo durante um mês e uma rotina, em tantos atendimentos... necessita da gente também, um tempo mais prolongado com aquela criança, com aquela família...o impacto emocional que também tem na gente, eu acho que é diferente, eu acho que isso é ...um recurso diferente que a gente precisa desenvolver... é bem mobilizador e eu acho que precisa tanto de gente tecnicamente qualificada, emocionalmente, e de ambiente físico, de uma estrutura...Um atendimento de uma criança, numa triagem médica em que as duas mesas de atendimento estão uma do lado da outra, então, sem privacidade né (Psicologia).

Uma menina de 11 anos, que na época tinha a idade de minha filha, e eu fiz o procedimento chorando porque eu imaginava a minha filha ali, ela inclusive chamava a gente de tia, pra, sabe? "oh tia, vai doar?". Isso me tocou profundamente, ao mesmo tempo que me criou revolta né, porque a gente como mulher e como mãe, a gente sente uma revolta muito grande de ter acontecido aquilo com aquela criança. Então assim, esse caso tocou bastante, não só pra mim, tinha outra plantonista comigo e as duas choravam, né. A gente fez o procedimento, não teve intercorrência alguma, a intercorrência eu acho que teve mais com a gente do que com a paciente, talvez, a gente tava tão... a gente ficou muito pra baixo. Mas assim, não eram casos que eu ia com muita... com muita... eu não ia muito à vontade, pronto, eu não... eu não me sentia muito à vontade (Profissional de Medicina, objetora).

Pessoas transexuais

Apenas um caso foi relatado de uma mulher/homem trans que já chegou à unidade em estágio avançado de gravidez. Foi encaminhada ao pré-natal e realizou o parto, tendo sido acolhida pela família. Desconhecem serviços que atendam esta demanda no estado. Não há protocolo na unidade, não tiveram capacitação e também reconhecem a necessidade de se qualificar para o atendimento a esse público.

Intervalo entre demanda e desfecho

O período entre a demanda das mulheres e a resolução do caso varia muito; regra geral, até sete dias. Como já dito, nos casos específicos mencionados acima, isto pode ocorrer entre 1 e 3 dias. O serviço funciona das 7 às 19h. Mulheres que o buscam à noite, ou nos fins de semana, são orientadas a retornar à unidade; aquelas em situação de urgência são prontamente atendidas.

Acompanhamento pós -aborto

O serviço oferece acompanhamento pós-aborto, pelas assistentes sociais, no caso de mulheres que tiveram suas demandas negadas e aceitam o pré-natal na unidade. Durante a internação, é realizado acompanhamento com a Psicologia, na medida da necessidade. Caso as mulheres desejem manter as consultas com as psicólogas, serão acompanhadas pela equipe do ambulatório (prédio anexo à maternidade). Psicólogas informam que são poucas aquelas que permanecem vinculadas ao serviço para acompanhamento, rejeitando mesmo o planejamento reprodutivo, tanto as vítimas de estupro e, sobretudo, aquelas que realizaram aborto.

Limites e negativas da demanda

As mulheres são consultadas sobre a decisão de interromper a gravidez. Psicólogas e assistentes sociais relatam que a maioria delas já tem clareza sobre a decisão de abortar, ao chegarem à unidade. Há avaliação das condições físicas e psicossociais para realização do aborto. Apenas um menor grupo decide continuar com a gravidez. A todas são oferecidas alternativas de prosseguir com a gestação e realizar pré-natal, além da possibilidade de adoção.

O principal motivo para não aprovação da solicitação das mulheres é a constatação, na USG, de uma idade gestacional superior a 20 semanas. Nestes casos, são encaminhadas para realizar o pré-natal na própria unidade, se assim o desejarem. Também lhes são fornecidas informações sobre adoção ou possibilidade de recorrer ao Ministério Público.

Nas referências a casos de gravidezes superiores a 20 semanas, há um deslizamento dos termos utilizados nas falas das/os entrevistadas/os, não só de médicas/os, indicando não se *“tratar mais de aborto*

e *sim de parto prematuro*”, o que coloca no centro a preocupação de que o feto nasça com sinais vitais e seja viável. Também é citada a inexistência de serviços de referência que realizam interrupção em estágios mais tardios:

Questão assim que a gente debate bastante, porque é... pelo conceito... até 20 semanas é considerado aborto né, mas a partir daí já sai do quadro de aborto pra ser um parto prematuro ... na verdade, assim, é analisado individualmente aquele caso, a gente tem que ver a idade gestacional, porque... porque às vezes mesmo você fazendo o procedimento o feto vai nascer com vida... vai nascer com vida e compatível com a vida (Profissional de Medicina, objetora).

Aí existe aquele ali até as vinte e duas semanas, mas... não faz, porque pela idade gestacional então não é considerado mais aborto e aí é, é em Salvador não existe, na Bahia não existe nenhum outro serviço que vá acolher essa paciente, porque aí o que que acontece, quando está acima de vinte e duas semanas esse feto já é considerado um feto que vai nascer, né? Então, teoricamente, e aí é mais risco também o procedimento, também teria que provocar a morte fetal intra-útero pra depois fazer o processo de eliminação; aí já gera outras questões, né? (Profissional de Medicina, não objetora).

O segundo motivo de recusa, menos frequente, diz respeito à avaliação de incompatibilidade da data da violência relatada com a idade gestacional constatada à USG. Uma margem de discrepância de datas é tolerada:

Pode ter uma divergência em datas, por exemplo, né, mas a gente sabe que aquela mulher quando ela chega ali, ela está confusa, né? Ela está querendo ser aceita; já aconteceu, de depois chegar pra gente, e dizer olha eu falei essa data porque eu achei que ia ser melhor pra mim, né?; aí, a gente precisa ouvir de novo, pra ter uma coerência na história, né? E não é mentira, é só porque ela estava nervosa, ela não sabia como seria o serviço. Então, a gente não, geralmente não, a gente não duvida (Serviço Social).

Nestes casos, de forma unânime, as entrevistadas informam que não há uma recusa de imediato. Profissionais entrevistadas da equipe de referência mencionam que uma nova escuta é realizada, com mu-

dança das estratégias de perguntas, buscando-se ouvir o relato da mulher para se tentar chegar a datas mais precisas. Todas ressaltam haver uma tolerância e algum grau de aceitabilidade no caso de disparidade entre os eventos, justificando:

Ou chama ela de novo, né? Conversa novamente 'olha, a gente está aqui pra lhe acolher, pra lhe ajudar, nós não somos um serviço de segurança pública. A gente não é polícia, não estamos investigando, a gente está, a gente precisa lhe ajudar, e pra lhe ajudar a gente precisa lhe ouvir', ou fazer a escuta porque nós fazemos um relatório e assinamos esse relatório (Serviço Social).

No entanto, profissionais de Psicologia e Serviço Social são, por vezes, objeto de críticas de colegas:

Às vezes, acontece. E aí vem procurar a gente "Ah, mas o Serviço Social acredita em tudo". (Risada). Gente, é, é, assim, né? A gente não tá ali pra dizer que ela tá mentindo, eu não posso fazer isso com a paciente que tá ali pedindo a minha assistência, a minha acolhida. Ela falou, né, cabe a mim acreditar, né? Pra vocês terem ideia, já chegou paciente ali, que chegou, falou uma história, e ela própria se arrependeu e não voltou mais. Não foi no atendimento meu, foi no atendimento de outra colega. Mas a colega chegou, e disse "gente, eu acredito, eu acho que ela estava mentindo. Porque ela chegou aqui e contou a história..., aí a colega chegou a falar pra gente foi estranho, duvidou da história, e essa moça não voltou mais, né? Ai elas deixam telefone; às vezes, a gente liga pra saber alguma coisa, nesse caso dessa nem atendia mais o telefone, né? Ou assim, às vezes, também, não foi nem mentira, né, não foi uma inverdade, ah, às vezes elas resolvem de outra forma, muitas já chegam lá já usaram misoprostol, né, é, é, sei lá, já, já estão adiantando a interrupção de forma caseira, mais doméstica, né? Não sei... (Serviço Social).

Para mulheres com gravidezes que implicam risco de morte, cujo manejo exige atenção de maior complexidade, não há propriamente uma recusa, mas foi mencionada que a realização do procedimento não é feita na unidade, sendo estas encaminhadas para hospitais com Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Rotinas do serviço

Notificação da violência sexual

A notificação da violência sexual no Sistema de Agravos de Notificação (SINAN) é realizada pelas profissionais da Psicologia e encaminhada à Comissão de Infecção Hospitalar. A incorporação da notificação como tarefa, pela Psicologia, não ocorreu sem tensão, diante da negativa de médicas/os e assistentes sociais em fazê-lo. Há também notificação aos Conselhos Tutelares em caso de violência contra crianças e adolescentes, abaixo de 18 anos.

Coleta de material

Segundo informação da gestão, é realizada coleta de prova no material fetal, não de forma rotineira, mas apenas em caso de solicitação judicial. A coleta de vestígios para identificação do agressor e os registros que deveriam ser realizados, bem como a guarda do material não é feita. Ainda que se tenha insumos para tanto na unidade, inexistente definição de um fluxo para coleta e guarda, como também do período de tempo a ser realizada, do envio ao IML, além dos/as responsáveis pela tarefa. São provas legais que devem ser obtidas de forma adequada, sob risco de desqualificação. Na ausência destas definições, a ação é realizada por peritos do IML.

Perfil e Quantitativo de mulheres atendidas

Segundo as/os entrevistadas/os, boa parte das mulheres atendidas é jovem, parcela de adolescentes e menos ainda de crianças. Adultas e adolescentes, às vezes, chegam sozinhas, mas muitas são acompanhadas da mãe ou de alguma amiga. No caso das menores de idade, é obrigatório um/a responsável, na maioria das vezes um familiar, a própria mãe.

Não há dados sobre o motivo da demanda do aborto; entretanto, foi unânime entre respondentes a declaração de que a maioria dos casos atendidos é de mulheres cuja gravidez resultou de violência sexual. Vítimas de estupro chegam à unidade em períodos superiores a 72 horas da agressão, em que já não mais cabe a utilização da contracepção de emergência, medida imediata para evitar a gravidez e demais ações

de profilaxia de ISTs. Podem chegar acompanhadas de familiares e amigas, mas algumas estão sozinhas.

A maioria já chega com a decisão tomada e solicitação do aborto, com algumas já tendo inclusive iniciado procedimentos para interrompê-la, como uso de chás e beberagens. Ao buscarem a unidade, a maioria já ultrapassou a 12ª semana de gravidez. O retardo em chegar à unidade após a violência, e já com gravidez constatada, é tematizado. Entrevistadas/os, sobretudo psicólogas e assistentes sociais, reconhecem as dificuldades das mulheres em buscar ajuda após a violência:

(...) ficam em estado de choque... não sabem o que fazer... talvez não acreditando que vai acontecer a gravidez ... e quando esta acontece, não acreditam que estão grávidas, mesmo tendo sintomas... não sabem o que fazer, para onde ir, se têm algum direito... até que se recuperem, já se passaram semanas” (Serviço Social).

Entrevistadas/os mencionam serem poucos os casos de interrupção da gravidez por anencefalia fetal, e mais raros aqueles de risco de vida. Tais casos não são computados pelas assistentes sociais nos atendimentos do serviço, já que as mulheres percorrem fluxos distintos na unidade, como já mencionado. Mulheres com fetos anencefálicos, sempre acompanhadas de familiares e parceiros, buscam a unidade também em estágios mais avançados da gravidez (cerca de 20-22 semanas). Chegam encaminhadas do pré-natal, tanto da rede básica do SUS (incluindo o da unidade), como da rede privada. Aquelas com risco de vida, igualmente acompanhadas de familiares e parceiros, são referenciadas de hospitais especializados ou de médicos especialistas.

Não há registro de dados acerca do quantitativo de casos em que não foi possível atender a demanda das mulheres pelo aborto, nem do número de mulheres que desistem do aborto, os motivos alegados e os fatores associados.

Violência institucional

De forma unânime, entrevistadas/os declaram não ouvir mais relatos sobre discriminação do atendimento a mulheres atendidas no serviço de aborto legal, o que é considerado um avanço. Psicólogas dizem

não ter este tipo de retorno das mulheres e rememoram períodos passados em que as mesmas alertavam as mulheres sobre essas possíveis situações, particularmente de profissionais que tentariam dissuadi-las do aborto, recomendando realizaram registro na Ouvidoria.

O tema recusa na atenção é remetido à OC. A objeção é considerada uma temática complexa, de um lado, sendo reconhecida com um direito legítimo da/o profissional; do outro, sua utilização vem sendo questionada, o seu recurso utilizado como uma forma de recusa do atendimento:

Eu, eu não sei se por uma questão de formação, é difícil, né, uma questão de formação, , é difícil de te dizer isso. Porque muitas vezes as pessoas alegam a objeção por uma questão religiosa, mas quando você vai ver ... nem pratica a religiosidade assim dessa maneira, enfim. Mas eu acho que existe objeção, eu acho que existe muito julgamento, eu vejo que infelizmente tem muitos colegas que vão ler aquela história e ficam duvidando, e que fazem comentários jocosos, tipo assim "ah, como é que bebeu e não percebeu e coisa e tal". Eu enxergo isso ainda até hoje. Infelizmente. Mas enfim eu não sei, eu acho que, eu acho que essas novas, esses novos obstetras, ginecologistas obstetras, que são formados e que foram formados aqui, talvez as discussões nas sessões (clínicas) ampliaram assim o pensamento, começaram a entender que precisa ser feito de uma outra forma, né? Então, por exemplo, talvez você tivesse um católico apostólico romano, um colega lá que fosse daqueles xiitas assim em relação ao catolicismo porque ele de fato acha, né? Ele não usa nem método contraceptivo, quem é esse católico fervoroso, a mulher católica de fato ela vai ter quantos filhos Deus mandar. No pensamento dela é esse. E sinceramente não existe nenhum colega médico assim. Então esse embate, esse embate pra essa pessoa, se tivesse uma objeção de consciência, com essa consciência de fato...Mas eu não, sinceramente eu não acho que as pessoas que se dizem com a obrigação de consciência por questão religiosa, é, têm de fato essa religiosidade tão (Profissional de Medicina, não objetora).

Não há lista formal de objetoras/es no serviço, mas as/os entrevistadas/os sabem identificar profissionais consideradas/os resistentes ou objetoras/es; como também o contrário, conseguem reconhecer aquelas/es que participam de todas as etapas da atenção ao aborto

legal, sem qualquer oposição. Foi unânime a percepção de que a OC atualmente é menos frequente, em comparação ao passado, em que todo o plantão, diurno e noturno, era formado de objetoras/es:

Tinha problemas porque existiam plantões, sabidamente objetores, onde todo mundo fechava o tempo, não faço, não faço, não faço, mas essa resistência foi vencida... e deixa a paciente pra lá então vamos ver qual é o plantão.... e aí aos poucos foi se vendo que mandava pra o plantão do colega, O colega fazia, a pessoa trazendo uns artigos, cê tá entendendo? Que demonstra uma naturalidade, e a obrigatoriedade de nós, sobretudo, como servidores públicos em cumprir a lei. (...) Pessoas eram contra e não só médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, que tem essa proliferação evangélica aí que você sabe como é que é, que ao fim de tudo, deixam a mulher desconfortável, ainda culpabilizam por aquele momento, entendeu? (Gestão).

Nos dias atuais, “há sempre alguém da equipe que assume fazer no plantão”. Entretanto, casos mais complexos, como de mulheres com idade gestacional próxima a 20 semanas, se há possibilidade de se escolher o dia, são encaminhados “aos dias que a gente tem uma melhor cobertura da equipe, uma equipe mais prática, mais fácil de uma entrada melhor nossa” (Psicologia).

A OC comporta uma variedade de atitudes por parte de profissionais de Medicina. Há aquelas que não participam de qualquer etapa do atendimento e, desde que cientes de se tratar de um caso de aborto legal, referenciam a mulher para um/a colega. Outras/os realizam o atendimento e os procedimentos de admissão, mas se recusam a prescrever e colocar o misoprostol; entretanto, após a constatação do aborto, realizam o procedimento de esvaziamento uterino:

Quando eu era plantonista eu pedia a outro colega que assumisse o caso que eu me sentia mais confortável. Agora assim, não deixava de... de ver, de acolher, de ouvir, isso é o mais importante.... Eu tinha objeção de consciência, e eu só fazia o procedimento quando a paciente já tinha sido finalizado, e que precisaria somente que finalizar o procedimento, digamos assim. A prescrição, geralmente eu já encontrava tudo aqui, eu não recebia essa paciente no internamento, eu recebia essa paciente no procedimento das ações,, a utilização do AMIU, ou a curetagem. E, como o meu plantão era noturno, eu já recebia a paciente que já tinha

usado a medicação, que já tava sangrando e que tinha que fazer o procedimento. Eu não faço, eu não fazia o acolhimento, internamento, a prescrição, eu não fazia nada disso (Profissional de Medicina, objetora). Há objetores parciais e totais também. Né, o objetor total é aquele que não faz mesmo de forma nenhuma, o objetor parcial é aquele que eu não consigo entender como funciona essa moralidade na cabeça dele, ele se permite até atender a paciente, prescrever o misoprostol, mas se recusa a dar atendimento ao livramento da gestação entendeu? Então eu chamo de objetores parciais. (...) São espíritas, evangélicos, que alegam a questão religiosa, né, uns dois ou três, que ainda alegam a questão moral né, digo assim, cultural do entendimento dele da vida, do início da vida (Gestão).

Do mesmo modo, há seletividade nas situações de objeção segundo o tipo de demanda. São raras no caso de anencefalia fetal, pela compreensão de que não há potencialidade de vida fetal, como também em risco de morte, com a vida da mulher sendo priorizada; em ambos os casos, não há limites da idade gestacional para interrupção da gravidez. Casos de recusa e alegação de OC são assim citados em casos de gravidezes resultantes de estupro. Motivos alegados são de ordem religiosa, moral, ideológica e são profissionais que se identificam como praticantes de um credo religioso, sobretudo espíritas e evangélicos, os/as grandes opositores/as. Entretanto, outros fatores estão articulados. A despeito do enquadramento legal, ainda persiste insegurança jurídica e casos emblemáticos, embora raros, são mencionados:

Medo dos médicos diminuiu, acho que com a informação de que eles são respaldados, que existe possibilidade dele fazer sem depois ter outras implicações legais, porque, não é só é....a história de que ainda tem médico que pede BO não, é, tem médico que se ele fizer tudo dentro da legalidade ele ainda pode ter problema futuramente, entendeu? Então, é por isso que eu acho que a educação permanente tem que entrar, eu acho que até pra poder capilarizar mais essa, é...as coisas como elas estão hoje em dia que não existe essa possibilidade, né. Existe um amparo legal pra fazê-lo (Gestão).

Teve um caso que a gente tem que encarar isso como uma dificuldade do sistema. O caso não, mas foi no serviço (privado) que trabalho. Na pandemia, acho que foi 2020, foi logo que "fecha tudo, tava tudo fechado", tinha um bebê com má formação incompatível com a vida,

e a mãe foi buscar o Ministério Público para interromper a gestação. E foi na época, não encontrava ninguém, e ela tava naquele período e que precisava daquela urgência daquele tempo né, e aí ela foi buscar o meio legal, relatório dizendo que era incompatível, tudo isso. E aí ela tinha toda a documentação acho que de advogado, de tudo né, tudo assinado, termos, tudo. E ela foi buscar o Ministério Público e não teve êxito. Tava desesperada e procurou o serviço, e na época foi autorizado pelo serviço, devido à vulnerabilidade emocional daquela mulher; foi autorizado que ela internasse para interrupção. Assim foi feito, ela teve alta, ficou bem e houve um processo judicial, que foi... que... na verdade eu... eu não sei se eu deveria tá falando isso, porque envolve o Ministério Público...mas o Ministério Público processou a Instituição...porque não tinha autorização do Ministério Público para fazer o aborto. As pessoas tiveram que responder, ainda tiveram custo de advogados e de tudo mais, e isso acaba que freia bastante esse acesso, a livre escolha. Isso foi um caso bem... e ela inclusive se mostrou disponível para testemunhar a favor de quem quer que fosse. Eu acho que sim, acho que já foi todo mundo absolvido, mas isso gera dor de cabeça né? Assim, não só a religião, mas também o risco no momento de processo, tá então quando o médico vê a vontade da paciente, que aquilo ali não é previsto, às vezes mesmo sendo previsto, ele é processado; um processo médico é um processo que tira o chão de qualquer um né, e eles têm medo disso, então por isso, às vezes não é nem a religião, e sim o medo de ser processado, e pode ser processado não só pela paciente como lhe exemplifiquei o caso na rede privada, processado pelo próprio Ministério Público (Profissional de Medicina, objetora).

Chama a atenção, como nas respostas sobre as situações de OC nos casos de gravidez resultante de estupro, que o tema da suspeição da palavra da mulher venha imediatamente à tona. Apela-se à objeção diante de dúvidas acerca da veracidade da história narrada pelas mulheres, sobretudo pelas mulheres adultas:

...diferença entre objeção de consciência, questão relacionada a fundo religioso, e a negativa de fazer o aborto... o aborto legal? Geralmente, aí acontece isso quando eles não concordam com a história, e aí eles se colocam como “isso daqui não tá previsto em lei”, então se eles acham que a paciente na verdade não está falando de forma verdadeira, onde a

mentira você vê de uma forma bem gritante eles... eles acham que isso não tá previsto em lei e eles se negam a fazer...justamente porque eu percebo e as pessoas percebem algumas histórias que não são verdadeiras, mas não pode contestar; e aí você percebe uma resistência dos profissionais. Percebe uma resistência dos profissionais que vão, digamos, dar prosseguimento ao caso, não é o profissional que... não é profissional que acolhe não, que faz a história, é o profissional que vai realmente fazer o procedimento, é mais nesses casos. E geralmente seriam com mulheres já adultas, maiores de idade né? (Profissional de Medicina, objetora).

Isto ocorre de forma diferente com crianças ou adolescentes de menor idade, consideradas como “*dignas de pena*”, recaindo um julgamento negativo sobre a família que “*teoricamente não cuidou direito*”. Entretanto, um/a profissional sublinhou que mesmo em se tratando de crianças, há sempre uma desconfiança velada do quão elas foram permissivas com a agressão:

Mas, mesmo assim, a menina, a mulher, sempre é vista de alguma forma, mesmo a menina, mesmo se dizendo que um miserável fez isso com uma criança e tudo, mas sempre tem aquela perguntinha subliminar "mas será que ela também não permitiu alguma coisa?" "ah essas meninas de hoje não são mole", aquelas coisas, aqueles comentários né indevidos que a gente sabe... (Gestão).

A suspeição do relato das mulheres é uma regra, ainda que com exceções:

Eu vou ser bem sincera, se eu atendo a paciente na admissão. Eu colho a história o mínimo possível, então assim, o mínimo, eu não faço papel de investigadora e se eu recebo essa paciente no centro obstétrico e eu não leio a história. Porque eu, eu não leio a história, porque assim eu não sou contra, eu sou contra a criminalização do aborto, então... Então, que eu não me interesso pela história da paciente no sentido de definir se eu estou duvidando, se eu não estou duvidando. O que que está acontecendo. Eu não me interesso, assim, no sentido de investigar. Então isso pra mim não faz diferença não (Profissional de Medicina, não objetora).

Há, no entanto, nuances que merecem ser ressaltadas. Profissionais reconhecem a complexidade das situações de violência e lembram a responsabilidade das mulheres na assinatura dos Termos de Responsabilidade:

Porque tem pacientes que são abusadas cronicamente; então, às vezes ela acha que foi do último abuso e a gestação já é um mês maior, ou já é de um período, entendeu? Então isso não é assim absoluto pra gente né? E assim, a gente pratica sempre a presunção de veracidade da história da paciente, existem documentos que precisam ser assinados (...) a gente tem ouvido também que algumas mulheres têm se utilizado desse artifício, às vezes a história é redondinha mesmo parece que saiu de uma orientação disso, disso e daquilo né. E assim, isso não é da nossa conta, porque a gente pratica, tá, a presunção de veracidade, então a gente sempre leva o diálogo a favor do que nos está sendo contado. Porque a responsabilidade maior é de quem está nos contando (Gestão).

Outras/os, ainda que admitindo a possibilidade de inverdade do relato, reafirmam o direito das mulheres ao aborto e não se colocam em uma posição de julgamento:

Então, a gente tem que saber separar, aquela mulher é um indivíduo. Eu não estou na história dela. Ela tem uma história, ela carrega uma história. E a única coisa que eu posso fazer por ela, nesse momento, é acolher, validar, né? E garantir um direito que está na lei, que é constitucional. É o que eu posso fazer, né? Então, eu penso que realmente essa interferência ela é nefasta, ela não ajuda... E um dos nossos princípios éticos é validar o que aquela mulher tá falando naquele momento, mesmo que ela chegue ali pra contar uma inverdade, ela está precisando ser ouvida, né, então nós, do Serviço Social, fazemos sempre essa escuta, e uma escuta respeitosa, se a gente duvidar, a gente pode discutir isso, em nossas reuniões, em discussão de caso, mas, a gente não discute, não verbaliza pras colegas, pra equipe que a gente está duvidando, tá? (Serviço Social).

Ah, já, já teve um bocado... Mas, fazer o quê? Eu atendo normal como se fosse isso aí mesmo que ela está falando e pronto (risada).., porque eu acho que cada um sabe sua dor, sabe o que está passando, né? Complicado. Não julgo não, não vou mentir. A gente não sabe nem o que está acontecendo por trás disso tudo. E muitas vezes se realmente essa criança viesse o que é que iria acontecer né? Enfim. Aí eu não julgo não (Enfermagem).

A desconfiança da palavra da mulher ocorre em relatos de certos contextos da violência, onde supostamente a mulher se expõe, ou exhibe um comportamento considerado socialmente inadequado (tipo de vestimenta, uso de álcool, cenários de festas):

(...) ainda ouvimos numa roda de conversa da boca de uma mulher, que a culpa do estupro era da própria mulher, né? Que se ela se portasse, se ela frequentasse a igreja, se ela se vestisse direito, se ela não se expusesse tanto, não tinha necessidade de chegar a este ponto, né, foi bem assim que a gente ouviu lá né (Gestão).

(...) Sobre o que a mulher faz, sobre o que a mulher disse, não é verdade, a gente tem que convencer que é verdade, é diferente, a gente não tem que ver a mentira, a gente tem que convencer que é verdade. E tou falando de maneira geral porque no que se refere à nossa avaliação, pro aborto, a gente não tem nem que ver se é verdade, nem se é mentira, a gente toma como a verdade; as incongruências a gente não vai dizer assim "tem incongruência tá fora", tem incongruência? Vem cá, vamo conversar sobre essas incongruências, o que é que tá acontecendo, o que foi que teve? O que é mesmo, quais são as circunstâncias? Como você tá se sentindo nessa história? É mais assim né, mas de maneira geral, a mulher, tirando a situação do aborto, mulher de maneira geral é, está errada de partida, tem que convencer, que tem razão e não o contrário (Psicologia).

Dúvidas estão subjacentes também quando certa performance de sofrimento não é identificada na mulher:

A gente duvida, tem horas que a gente ouve histórias, e a pessoa nos relata de uma maneira muito pouco convencional, assim, não tem algumas coisas que a gente já tá habituada a ver, né e isso não tem a ver com exatamente o que aconteceu, mas às vezes a forma pouco emotiva... é como se assim essa pessoa passou por uma violência sexual como ela tá nos relatando como se tivesse sido só ali e voltado sabe? ...eu, por exemplo, quando não vejo isso, é uma das coisas que faz pensar, e aí né, será? (Psicologia).

A importância da reunião da equipe, em que um/a profissional escuta a avaliação constante no relatório da colega, pode provocar reflexões sobre sua própria posição:

Hoje a gente se sente muito à vontade, umas com as outras de dizer 'poxa, isso aqui eu fiquei com uma dificuldade, eu achei estranho', sem que o colega me julgue, mas me acolha na minha dificuldade, na minha resistência, naquilo enganchou comigo, poder ter isso de um colega é bacana da gente poder ter uma coisa assim de confiança. E isso não significa que nós vamos interromper o processo, significa que alguma coisa ali me chamou atenção, mas não significa que ela não vá avançar que eu não tenha respeito pela história que ela me conta, que eu não vá conseguir fazer o acompanhamento, que ela não mereça, que a gente não vá dar o suporte pra ela ali dentro, né. Mas poder falar isso para além do preconceito, para além das barreiras que a gente imagina né, toda a coisa errada do aborto, ultrapassar isso e poder dizer 'ai ,como isso foi difícil', como também é difícil ouvir certas histórias de uma dor muito profunda e poder dizer pra alguém, eu acabei de atender e eu estou me sentindo péssimo, eu nunca vi nada parecido, eu preciso parar de atender por enquanto pra eu retomar forças, é... é muito difícil lá esse tipo de atendimento e...é muito desagradável ter dúvida, né a gente tem. Eu tenho. Pode não ser frequente também, mas ela aparece, e é desconfortável (Psicologia).

E também das capacitações:

Profissional precisa ser preparado pra poder transitar melhor entendendo o outro, se colocando no lugar do outro, tendo essa posição empática, que não é só o que ele pensa, mas o que acontece na realidade. Ninguém é objetor, porque nasceu objetor, né... às vezes houve falta de informação ou de um trabalho que ajudasse ele até é.. puxar esse emaranhado de coisas, que muitas coisas são colocadas num, num, num pacote só (Gestão).

Profissionais reconhecem que a objeção termina por afetar a qualidade do serviço, na transferência da resolução para outro colega, ainda que declarem que “*ela não volta para casa porque não conseguiu atendimento médico*” (Serviço Social).

Barreiras de funcionamento do serviço, avaliação do funcionamento

Invisibilidade do serviço e silenciamento do aborto

A ambiência de uma maternidade é onipresente nos espaços da unidade, a começar pela recepção, com invisibilidade da atenção à violência sexual e ao aborto legal, percebida de imediato, sem qualquer menção, nem nas placas afixadas nas paredes indicando quais serviços oferecem – USG, estimulação precoce e banco de leite – nem em sinalizações maiores, como, por exemplo, *banners* em agradecimento a mulheres doadoras de leite, com imagens de mulheres, sorrindo e felizes. Pacientes que ali circulam, regra geral, não sabem que na unidade funciona o serviço de atenção à violência nem tampouco de aborto legal.

Nas cenas cotidianas que se desenrolam na recepção, não parece caber a presença de mulheres que abortam. Ali estão grávidas, puérperas com bebês no colo, acompanhadas ou sozinhas que retornam à maternidade para exames, outras saindo pela primeira vez com seus recém-nascidos, em clima de comemoração ao se encontrarem com familiares; também acompanhantes homens, aflitos, aguardando entrada ou saída de pacientes e também jovens estudantes, reconhecidas/os por seus jalecos com símbolos das universidades.

No local, por vezes “barulhento”, escutam-se ruídos das conversas em meio a sons dos bebês, o que contrasta com a discrição e o silêncio das “mulheres sem barriga”:

Mas para todo lugar que olho sinto a sensação de um forte apelo à maternidade e ao nascimento. Desde o banner na entrada sobre aleitamento, aos quadros nas paredes, as várias mulheres que entram grávidas e as que saem com seus bebês no colo, os acompanhantes que levam as sacolas das gestantes e dos bebês. Não me pareceu um lugar que recepciona as pessoas que vão para interromper uma gestação. Parece que o lugar é construído e pensado para aquelas que vão dar continuidade à gravidez. Tive a sensação de que aquele ambiente dissesse: aqui é para parir e não para interromper. Sendo a imagem da mãe e do bebê como uma unidade que representa aquele espaço... Ali não é um lugar receptível às mulheres que vão buscar pelo serviço de aborto legal. Nos espaços de entrada do hospital

não vi nada que informasse sobre o serviço, nem nada que pudesse acolher essas mulheres. A recepção de uma maternidade é um espaço muito movimentado e bem dinâmico, muitas pessoas circulam ali: muitos bebês, mulheres grávidas, acompanhantes e funcionários; esse ir e vir informa sobre parto e nascimento. Os objetos que circulam por ali também passam a mesma mensagem, desde a decoração até as sacolas e bolsas com temas infantis indicam que ali é um espaço de nascimento e não de interrupção de uma gestação.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Apenas nos registros de atendimento afixados na sala da diretoria há dados sobre aborto e violência sexual, ao lado dos números de partos normais, cesáreas e casos de infecção hospitalar. Outra observação sobre o ambiente inóspito às mulheres que abortam diz respeito ao espaço reservado ao Centro Obstétrico que não permite afastamento destas das parturientes:

No Centro Obstétrico, as psicólogas dizem que no momento da interrupção as pacientes com aborto ficam em uma maca mais afastada de outras mulheres, principalmente das que estão em trabalho de parto. Mas como as paredes são finas, dá para ouvir o que acontece nas outras macas.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

O silenciamento do aborto está também presente quando as/os entrevistadas/os admitem as distinções entre os permissivos legais. Aborto legal, de fato, parece tratar apenas daquele resultante de gravidez pós-violência sexual. Sua atenção é organizada diferentemente dos demais casos permitidos por lei, como também o seu registro dos casos e as dificuldades/resistências encontradas no serviço para sua consecução.

A utilização do próprio termo é evocada. Explicando as dificuldades de divulgação do serviço, apresentadas a seguir, a assistente social tematiza a dificuldade do uso do termo aborto, evitado por alguns profissionais da unidade, sendo preferida a expressão interrupção da gravidez:

Coisas assim, mas só a palavra aborto já é, né, já, já é rejeitada, né, algumas pessoas até pessoas que trabalham no serviço já me disseram, é, “porque você não fala interrupção?” Gente, porque interrupção é aborto, e aborto é interrupção, então eu falo ou um ou outro, né, pra

mim, não tem essa, eu não tenho, é, não discrimino, né, pra mim isso é discriminação. Agora eu acho sim que é uma questão maior, que é mais complexa, essa questão da não divulgação do serviço é proposital.

Divulgação externa

O número reduzido de serviços para o Estado da Bahia, e mesmo para Salvador, foi apontado como uma barreira. Do mesmo modo, os limites de outros serviços, como o AME, com a realização de abortos apenas em estágios gestacionais muito precoces. Entretanto, a principal barreira citada foi a falta de divulgação do serviço. Para as entrevistadas, nem mesmo a rede pública de saúde, seus gestores hospitalares, e, sobretudo, da atenção básica, conhecem os serviços de atenção à violência sexual e de aborto legal.

Tampouco as mulheres sabem da existência dos serviços e do seu funcionamento, o que termina por impedir o exercício de um direito que lhes é assegurado. Nesse sentido, a inserção da lista de serviços de atenção à violência e de aborto legal no site das unidades e da Secretaria Estadual de Saúde é avaliada de forma positiva:

Eu acho assim que precisa ser divulgado, que é um direito da mulher e ela precisa saber que existem esses serviços de referência porque elas não sabem. Elas sabem de boca miúda, por uma colega, porque é amiga de uma enfermeira por alguém que já passou pelo processo e eu acho isso horrível. E eu acho que o serviço precisa divulgar, o Estado precisa divulgar de uma forma mais ampla, né, e colocar claro ali pra ela, o que é, o que é necessário, por exemplo; eu tenho certeza absoluta que muitas mulheres não buscam o serviço porque elas acham que precisa da denúncia policial, por exemplo, elas acham que precisa do exame de corpo delíto, porque a maioria das vezes o abusador está em casa, o abusador é um amigo (Profissional de Medicina, não objetora).

A chegada das mulheres no serviço após as 72 horas (período em que seriam beneficiadas com medidas de profilaxia viral e sobretudo a anticoncepção de emergência), e mesmo já grávidas, são expressões, para as profissionais entrevistadas, da invisibilidade desses serviços para a população. Ressentem-se da falta de uma ampla divulgação nas

mídias, de sinalização nos próprios serviços de saúde. Lembram da época de inauguração do hospital que abriga o Serviço de Atendimento às Mulheres Expostas à Violência Sexual (AME), em que foram veiculadas informações sobre a atenção à violência sexual, mas nada foi dito sobre o aborto legal. Atribuem o silêncio “à falta de interesse dos governos”, por se “tratar do tema do aborto, um tema polêmico”:

Mas o sistema não tem interesse em legalizar o aborto; acho que a própria sociedade não se interessa em divulgar, né? Porque deveria sim, pra mim, deveria ter propaganda; o próprio governo do estado, que oferece o serviço, deveria fazer a divulgação maior, né? Você chega num posto de saúde na atenção básica, você deveria ter lá um folder, um cartaz "você é vítima de violência sexual? Você tem direito a um aborto", né? (...)(Serviço Social).

Sem divulgação, a divulgação é discreta, mesmo na rede... eu acho que a temática do aborto ainda leva preconceito e um certo peso ainda pra ser discutido na gestão né. Porque a gestão é política e de certa forma a política, as pessoas evitam se comprometer com o tema aborto, é essa impressão que eu tenho, né.... A gente ainda tem dificuldade de ser visto como um serviço fundamental, necessário e que deveria receber o mesmo respeito e a mesma publicidade que os outros serviços, entendeu? Essa invisibilidade eu acho que tem a ver mesmo com a dificuldade que é lidar com esse tema como eu disse; politicamente, é complicado. Se esse serviço fosse publicizado devidamente, essa mulher que foi violentada, independente de alguém dizer isso ou não, ela saberia onde procurar o serviço, se bem que essa Lei 12.845 ela obriga que qualquer unidade do SUS possa prestar atendimento à mulher vítima de violência sexual; isso não é cumprido (Gestão).

Outras barreiras

Como já mencionado, os problemas de infraestrutura foram ressaltados, para além das questões de hotelaria acima apontadas. Estes não só comprometem o respeito à privacidade das mulheres como as colocam em contato próximo com parturientes e bebês. Também foi citada ainda insuficiente sensibilização e qualificação do conjunto de profissionais da unidade para a atenção ao aborto. Ressente-se da falta de capacitação dos/as profissionais no que diz respeito ao atendimento:

Tem desconhecimento de muitos que estão lá na ponta no plantão relativo à norma técnica... profissionais que trabalhavam no plantão... não sei dizer se objetores ou não, mas que não conheciam a norma técnica, o que dizia a norma técnica exatamente, sabia que tinha mas não sabia o conteúdo da norma, não sabia como se nortear, não sabiam bem o que era objeção de consciência, não sabia o que era objetar, entendeu? Não sabia os passos necessário, alguns não sabiam nem como encaminhar o paciente pro serviço de aborto legal dentro do próprio hospital, né? Um insulamento profissional, que hoje a gente tá tentando corrigir com o fortalecimento da comunicação efetiva dentro da maternidade né, esse insulamento profissional "que eu só faço o meu pedaço, então eu atendo a paciente e boto o misoprostol", "ah, eu sou enfermeiro eu recebo a paciente, controlo, eliminou eu mando pro C.O. entendeu? Então essa interlocução entre as etapas da paciente, eu acho que isso é uma objeção (Profissional de Medicina, não objetor).

Outro ponto elencado foi a falta de uma estrutura no serviço para acolhimento das mulheres no pós-abortamento, de planejamento reprodutivo, específico para estas mulheres. Também ainda a persistência de desconhecimento das normativas de setores da Justiça:

Desconhecimento dos entes públicos da Justiça, assim como a gente elogia aqui os defensores públicos, tem delegado que tá enviando paciente pedindo laudo é que não é da competência dele pedir, entendeu? Completamente avesso ao que é orientado na norma, delegado que registra boletim de ocorrência e manda como se isso fosse necessário, então eu acho que a...a justiça também, os entes que atendem a justiça, já vi falar também de alguns policiais que têm alguma posição, como poderíamos dizer de... de violência institucional né? da brincadeira, aquela brincadeirinha, alguns homens que ainda comentam: "oh, oh como se veste? o peito tá quase do lado de fora" já teve algumas pacientes que chegaram e relataram algumas piadinhas ouvidas por agentes policiais principalmente essas que são oriundas da delegacia (Gestão).

Funcionamento do serviço na pandemia da COVID-19

Os primeiros anos da pandemia foram descritos como muito conturbados, com mudanças importantes na organização da atenção na

unidade. Ocorreram adequações na estrutura física, antecipação da aposentadoria de alguns profissionais, mas também chegada de servidores/as de mais idade, realocados de unidades de emergências, além de rodízio de profissionais.

Entrevistadas/os criticaram a oferta tardia de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequados, mas destacaram o acesso a materiais diversos que orientaram suas ações (vídeos, normativas das secretarias, notas técnicas). Na unidade, foi criado um Comitê COVID, que atuou junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e ao Serviço de Saúde do Trabalhador/a, para elaboração de normas, testagem de sintomáticos, afastamentos, entre outras medidas sanitárias.

Especificamente sobre o serviço de atenção à violência sexual e de aborto legal, todos/as afirmaram não ter havido interrupção nem redução dos horários de atendimento no período; portanto, a atenção individualizada às mulheres não sofreu alterações. Sinalizam, no entanto, mais lentidão no atendimento por conta da redução de profissionais que adoecem, mas sobretudo atrasos quando as mulheres necessitavam de autorização judicial para o aborto, pela interrupção do atendimento presencial em órgãos da justiça.

Também sublinharam de forma negativa a suspensão de atividades educativas – rodas de conversas nos setores, discussão de grupo e eventos organizados pelo Serviço Social, inclusive com grupos de familiares e acompanhantes. Assim como a proibição de acompanhantes:

As mulheres, elas perderam o direito ao acompanhante. Isso foi muito polêmico, depois a gente conseguiu reverter e entender que adolescente não podia ficar sem acompanhante, então especificamente em pacientes vítimas de violência candidatas ao aborto que tivessem alguma comorbidade importante, alguma dificuldade de mobilização ou algum dano psíquico e pacientes adolescentes, principalmente as pacientes abaixo de dezesseis anos, a gente tava permitindo acompanhante (Gestão).

Entretanto, um aspecto positivo foi ressaltado relativo à criação de um grupo no *WhatsApp*, que reúne profissionais integrantes da equipe de referência que avalia as demandas de aborto, o que tem não só

facilitado a comunicação entre elas/es, como dado suporte e agilizado decisões relativas ao atendimento. Do mesmo modo, mencionam de forma positiva a implantação do atendimento por telessaúde, pela equipe de Psicologia, que permitiu assegurar o acompanhamento das mulheres. Outro destaque positivo, citado de forma espontânea, diz respeito à criação do Fórum Estadual de Aborto Legal na Bahia nesse período:

A organização do Fórum de Aborto Legal que foi acontecendo na pandemia, e que tem a ver com o atendimento ruim né e com a dificuldade das instituições envolvidas de darem um bom suporte pelo fato de estarem desarticuladas... Agora com o fórum estadual, a gente tem conseguido exigir da SESAB e a SESAB se sentir em condição de exigir de outros lugares, que passa né, que cadastre, que se organize, mas antes nem isso (Psicologia).

Eu acho uma excelente ideia, né, isso demonstra uma retomada do movimento porque parece que teve uma lacuna né, e principalmente agora né ... nós tivemos todo esse retrocesso aí, dentro da Secretaria de Políticas das Mulheres, né, e então eu acho que assim. Você vê pessoas de vários distritos, de várias cidades no Fórum que é Nacional e tem o Fórum Estadual. O Grupo da Defensoria conseguiu mobilizar a SESAB para que estimulasse o cumprimento da legislação né, de termos...serviços de aborto legal e que alguns que tinham registro que faziam mas não faziam.. (Gestão).

Nas entrevistas, há relatos discordantes sobre o volume de atenção durante a pandemia da COVID-19. Parcela das/os entrevistadas/os considera que este foi reduzido, sobretudo no primeiro ano, pelo efeito das medidas de distanciamento social e diminuição do transporte público. Outras/os consideram que aumentou a demanda, ou mesmo houve modificação do perfil, com mais meninas e adolescentes chegando ao serviço, vítimas de agressores conhecidos e em estágios mais avançados da gravidez.

Informações fornecidas pela unidade relativas ao número de atendimentos no serviço de atenção à violência não mostram alterações já que o leve decréscimo nos anos da pandemia (2020 e 2021) sucederam 2019, considerado um ano atípico – 87 atendimentos em 2019, 75 em 2020 e 74

em 2021. A maioria das mulheres estava grávida no momento da chegada à unidade, respectivamente, 91,9% em 2019, 89,3% e, 2020 e 89,1% em 2021. Parcelas crescentes realizaram aborto legal (61,9% em 2019, 65,7% em 2020 e 81,8% em 2021), como indicado pelas/os profissionais.

O perfil das mulheres atendidas era de jovens e adultas, com a maior parcela entre 20 - 29 anos (entre 39,0 e 50,0%); adolescentes corresponderam a 23,0% dos casos em 2019, 34,7% em 2020 e 25,6% em 2021; destas, as menores de 14 anos representaram respectivamente 55,0%, 26,9% e 47,5% do grupo, confirmando percepção das/os profissionais. Tratava-se de mulheres na sua maioria solteira (percentuais entre 86,2 a 90,1%) e negras (75,8% em 2019, 81,3% em 2020 e 85,1% em 2021), de diferentes graus de escolaridade (entre 19,5 e 26,7% tinha até ensino fundamental incompleto; 18,3 a 35,1% médio completo e 22,9 a 36,5% superior, completo ou incompleto).

Houve aumento da proporção de agressores conhecidos; estes corresponderam a 46,0% em 2019, 48,0% em 2020 e 62,2% em 2021, coerente com aquilo apontado pelas/os profissionais. A maior parcela chegou à unidade proveniente da própria residência, mas também foram encaminhadas de vários pontos da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência, (Centros de Referência, Serviço Viver, IML, Casas Abrigo, além de outros serviços de saúde – quer hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e centros de saúde). Chama a atenção o maior número de mulheres vindas de outros municípios em 2020 (21 casos), em contraste com os outros dois anos (2 em 2019 e 2 em 2021), o que contradiz a percepção de algumas entrevistadas sobre a redução deste segmento.

Telemedicina

Como referido acima, há acompanhamento da Psicologia por tele-saúde. A gestão informa ter envidado esforços para a inserção da unidade em uma pesquisa, com vistas à implantação do serviço de telemedicina na unidade, coordenada por Helena Paro, que atua no Núcleo de Atenção Integral às Vítimas de Agressão Sexual (NUAVIDAS) serviço pioneiro de aborto legal por telemedicina no país, mas houve resistência velada de profissionais de setores-chave da instituição, inseguros/as sobre as condições de implantação.

Cumprimento da Portaria 2561/2020

O serviço não cumpriu a Portaria. Esta foi bastante criticada, considerada um retrocesso e ataque aos serviços de aborto legal. A ação da sociedade civil e órgãos de classe respaldaram o seu não cumprimento:

Todo mundo ficou muito chateado, a gente não entendia, todo mundo achava que era um retrocesso, que era uma maneira de controlar os serviços de aborto e saber o que estava sendo feito dentro deles porque sempre por essa radicalidade, sempre levantou a possibilidade desses serviços estarem acobertando outros casos e ficou essa dúvida né, de assim chegou a ser até cogitado na época por Damares que essa legitimidade que a gente tinha, né, nós digo os serviços, é, ajudava a encobrir outras situações que não eram tão legais assim. Então eu acho que o fundamento dessa lei é mais pra se ter esse controle. Mas como isso batia de frente com aquela coisa do sigilo, da privacidade que demorou tanto a se conquistar...Mas assim todo mundo optou, assim a não, não, vamos fazer isso não e vamos ver o que é que vai dar, e se tiver qualquer coisa a gente for chamado, a gente chama o CRM pra ver também como é que fica a questão da privacidade da relação médico-paciente, e do serviço com a paciente (Gestão).

Ouvidoria

Não há setor de Ouvidoria específico do serviço de aborto legal na unidade, mas queixas podem ser registradas na Ouvidoria geral do SUS, sendo encaminhadas ao Serviço Social para discussão e encaminhamentos; profissional da área sinaliza retornos positivos das mulheres.

Conhecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência

Poucas/os profissionais entrevistadas/os conhecem a Rede, sobretudo de Medicina e Enfermagem, relativamente àquelas do Serviço Social e da Psicologia; as primeiras mencionam pontos específicos, sobretudo o AME. No entanto, compartilham opinião de que a organização da rede é importante, mas ainda incipiente em Salvador.

Conhecimento das Normas Ministeriais

Também há conhecimento desigual desses documentos. Profissionais da Psicologia e Serviço Social afirmam conhecê-los e aquelas da Medicina fazem alusão ao seu conteúdo na discussão de casos. No entanto, referindo-se aos colegas, destacam que, grosso modo, este material não é conhecido.

RETRATO DO SERVIÇO 2

Infraestrutura e caracterização dos serviços de referência para o atendimento dos casos de aborto legal

O serviço 2 está abrigado em um hospital estadual de média e alta complexidade, localizado em uma cidade de grande porte do estado da Bahia. O hospital foi criado no final da primeira década dos anos 2000 e atende pessoas de várias cidades do estado, que chegam encaminhadas por outros serviços, incluindo os de saúde. O serviço 2 também foi criado no mesmo período, atendendo exclusivamente casos de violência sexual. Apesar de estar situado nas instalações do hospital, possui um espaço próprio com entrada e recepção específicas, o que o diferencia dos demais serviços. O acesso ao serviço obedece a um fluxo distinto daquele das demais pacientes do hospital, já que aquelas que buscam o serviço de atenção à violência sexual e ao aborto legal podem chegar de forma regulada e também acessar diretamente o serviço:

(...) O hospital, ele não é porta aberta, então todas as pacientes que vão pra lá pro hospital elas são reguladas, quando ela vai pra internamento elas têm que vir reguladas pela central, ou o que é que a gente tem de porta aberta no hospital? Paciente que operou no hospital e teve alguma complicação dessa cirurgia, alguma coisa, então ela retorna porta aberta pra emergência (...) violência sexual é porta aberta na emergência e... porta aberta é só isso (Gestão).

Entretanto, ao chegarem nos finais de semana ou fora do horário de funcionamento – 07 às 17h – elas são atendidas pela equipe da emergência do hospital, que funciona 24 horas. Depois desse primeiro aten-

dimento, elas são encaminhadas para o serviço 2. Independentemente do dia e do horário, vale ressaltar que, ao buscarem diretamente o serviço 2, o primeiro profissional que terão contato será o segurança do hospital. Ele é o responsável por controlar a entrada das pessoas no local, bem como por fornecer as primeiras informações sobre o hospital e consequentemente sobre o serviço 2:

Nesse momento, ela pergunta sobre o segurança, pois ele é o responsável de controlar a entrada das pessoas e não deve deixar homens entrarem ali (...) Estou andando distraída pensando sobre o que acabava de acontecer e mal noto que um segurança me para na entrada da porta e pergunta para onde estou indo. Percebo que é o novato. Digo que estou indo ao X, ele prontamente libera a minha passagem.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Então, o acolhimento inicial é realizado por esses profissionais, sendo considerada importante a capacitação deles e de toda a equipe do hospital sobre a temática da violência sexual, não necessariamente sobre o aborto legal, já que existe uma invisibilidade interna (interior do serviço e do hospital) e externa (divulgação para a população) sobre a realização da interrupção legal da gravidez. O termo aborto é pouco falado, não existindo a divulgação sobre o procedimento nos folders e cartazes informativos disponibilizados pelo serviço 2. Até na elaboração de estratégias para melhorar a divulgação do serviço, permanece a omissão dessa informação:

O que achei mais interessante na resposta delas foi o fato do aborto não ser pensado como algo a ser colocado nos cards informativos. Mesmo que elas tomassem a decisão de não colocar essa informação, essa decisão precisa ser estrategicamente pensada e justificada, e não simplesmente silenciada. A sensação que eu tive é de que o aborto não é visto e nem pensado como mais um dos serviços oferecidos pelo AME, ao lado, por exemplo, do acolhimento psicossocial, é um segredo que você só descobre se precisar ir lá, não é uma informação que merece ser amplamente divulgada num QR Code.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Além de realizar o aborto legal, o serviço 2 presta assistência às pessoas que sofreram violência sexual, ofertando todo o atendimento

previsto nas normas que orientam a organização dos serviços nesses casos. Existem, assim, dois fluxos de atendimentos que se relacionam: o realizado para atender as pessoas que sofreram violência sexual, mas que não engravidaram, e o daquelas que engravidaram, e que podem decidir pela interrupção legal da gravidez. Não foram relatados problemas relacionados à manutenção de equipamentos, infraestrutura e fornecimento de insumos para o funcionamento do serviço.

Composição da equipe, formação e capacitação da equipe para trabalhar com aborto legal e situações

A equipe do serviço 2 é composta por profissionais da área de Enfermagem e de Medicina que fazem parte da equipe mais ampla do hospital, e por profissionais do Serviço Social e de Psicologia e o Setor Psicossocial — e de Direito que são específicas do serviço. A existência de uma equipe psicossocial que atende apenas as pessoas que sofreram violência sexual é considerado um diferencial do serviço 2, já que os outros serviços não possuem essa especificidade.

Todos/as as/os profissionais entrevistadas/os foram contratadas/os por uma Organização Social que administra o hospital; ou seja, não são servidores/as públicas/os. Para entrar no hospital, algumas/alguns profissionais participaram de processos seletivos e outras/os foram indicadas/os. A gestão não soube informar como foi realizada a seleção para compor a equipe específica do serviço, pois quando assumiu o cargo ela já estava formada, mas informou que algumas profissionais já tinham experiência com a temática da violência sexual:

Então, quando eu entrei na coordenação, a equipe ela já... já- de referência, já tinha, já estava montada. De lá pra cá. só mudou uma colega, que foi uma psicóloga que precisou sair, foi um motivo pessoal dela e eu te confesso que não sei se ela já tinha trabalhado com isso antes, mas... acho que algumas sim. Eu não sei exatamente te falar o que cada uma fez, mas algumas já tinham, uma inclusive já tinha trabalhado no (x - espaço que trabalha com violência sexual), acho que só. E eu não sei como é que foi essa questão do processo seletivo pra ser de referência do serviço 2, não sei te dizer.

As/os profissionais e a gestão relataram que não receberam capacitação sobre violência sexual e aborto legal ao começarem a trabalhar no serviço 2. Mesmo antes, na graduação ou na pós-graduação, tais temas não foram discutidos, ou foram debatidos superficialmente, inclusive nas residências em ginecologia e na pós-graduação em saúde das mulheres. Nem para a elaboração dos protocolos de atendimento, a equipe recebeu algum tipo de treinamento. A organização da assistência do serviço 2 foi realizada por iniciativa própria da gestão, que, juntamente com as/os profissionais de saúde, estudaram e discutiram as normas técnicas, e portarias do Ministério da Saúde:

Gestão: (...) *As capacitações nós fomos buscando, fomos fazendo, participando dos grupos de trabalho, das reuniões, dos fóruns de tudo que a gente tava achando [riso] a gente entrava pra poder fazer.*

Pesquisadora: *Pra poder fazer. Agora teve assim, por exemplo, você entrou no hospital da mulher e pelo que você disse tinha o serviço já né?! E aí, ao você entrar, não foi realizada nenhuma capacitação? É...*

Gestão: Não.

De modo geral, as/os entrevistadas/os informaram conhecer a rede e as normas. A reorganização recente do Fórum Baiano do Aborto Legal foi destacada como importante para isso. Nesse espaço, ocorrem diálogos e trocas de experiências entre gestores/as, profissionais de saúde de diferentes serviços e ativistas feministas e de direitos humanos, o que têm contribuído para a formação e o fortalecimento da rede de atenção:

Eu acho que é muito bacana, por exemplo, assim, a gente tem se aproximado muito dessa questão do aborto legal e tendo acesso ao fórum, a discussões, que eram coisas que a gente não participava enquanto equipe e a gente tem se aprofundado mais nisso, tentando ter um diálogo maior com o X, pra gente ir se fortalecendo enquanto rede, porque às vezes se a gente não tomar cuidado, a gente fica só no nosso, fazendo o nosso ali e a gente esquece que tem uma rede, a gente esquece que a gente pode somar, que a gente pode pedir ajuda, que a gente pode ajudar, fica muito cada um no seu quadradinho, sabe? (Psicologia).

A equipe do serviço 2 também, por iniciativa própria, busca outros espaços de debates e formações sobre os temas da violência sexual, do aborto e correlatos, como formas de educação permanente. Tais formações não foram/são oficialmente ofertadas pela SESAB, mas a secretaria apoia a participação das/os profissionais nesses espaços. Foi destacada a boa relação entre as pessoas que fazem parte da equipe específica do serviço, mas algumas dificuldades foram mencionadas na relação com a equipe mais ampla:

Acho que uma interlocução entre as equipes, essa questão que eu falei pra vocês né, que a comunicação às vezes é um pouco truncada quando envolve profissionais que não são só do serviço 2 (Psicologia).

Em geral, as/os profissionais de Enfermagem e Medicina, que fazem parte da equipe mais ampla do hospital, pouco se envolvem com a dinâmica do serviço. No caso das/os de Medicina, apenas realizam o procedimento:

Então eu sou o fim da linha, vamos dizer assim, se a gente pode falar né, eu não atendo de rotina essas pacientes, essas pacientes já chegam pra mim após profilaxia de IST é... já orientada pelo serviço no que diz respeito à Psicologia, ao Serviço Social certo, ela já tá orientada a... a escolher um método de contracepção caso seja da vontade dela tá bom, enfim eu sou a parte final do... do processo de interrupção da gravidez (Profissional de Medicina).

Tal postura pode contribuir para os problemas de comunicação citados acima, bem como para a falta de sensibilidade relacionada às temáticas, que podem ser, talvez, dirimidas pelas capacitações. Segundo as/os profissionais e gestor/a, existem diferentes capacitações internas sobre o atendimento às pessoas que sofreram violência sexual que são realizadas regularmente e a equipe específica do serviço 2 se tornou até referência para prestar treinamento em outros serviços. Não foram descritos os conteúdos, os formatos e nem a frequência dessas capacitações. Um segurança novato informou que recebeu algumas orientações mais gerais sobre o serviço 2, mas não algo que considerou ter sido uma capacitação.

A falta de capacitação das/os profissionais do hospital também foi percebida por uma mulher atendida. Ela relatou uma situação em que alguns/algumas profissionais de saúde do hospital estavam lendo o prontuário de uma paciente em voz alta, expondo-a, e tecendo julgamentos. Ela fez uma diferenciação entre o atendimento prestado pela equipe específica do serviço 2 daquele oferecido pelo pessoal do hospital, destacando como no último existiam profissionais que não estavam capacitadas/os:

Que eu acho que falta essa... não sei dizer se é ética, você não... se não me cabe você não faz... se não era eles que tavam capacitados pra aquilo não tinha porque tá lendo o prontuário do paciente (...) eu acho que aqui (serviço 2), como eu disse, tem esse acolhimento, porém ao lá já num fo... num... num diria que tem como mudar, porque cada um oferece aquilo que tem, então acho que eles não têm controle de como a pessoa vai te tratar ali, de como um enfermeiro vai tratar daquilo, de como o maqueiro que te leva vai tratar daquilo, aqui não, aqui é diferente, eles sabem o que você passou, te acompanhou, te conhece um pouco né, e lá não. Então acho que não teria como mudar assim, pode ter reunião, eu não sei, mas como mudar não, acho que teria que você relatar né o que ocorreu pra ver se tem uma reunião, uma melhora, mas acho que cada um oferece aquilo que tem, não teria como mudar a cabeça de ninguém que não tá passando por aquilo, porque não é capacitado pra aquilo.

Profissionais do Setor Psicossocial adotaram uma estratégia para minimizar situações como essa, vivida pela paciente, de acompanhamento das mulheres desde o momento que elas adentram ao hospital:

Ela sai em direção ao hospital e retorna em seguida acompanhando a paciente que estava sendo atendida. Elas entram na sala e fecham a porta. Noto uma placa pendurada na maçaneta indicando que ela está em atendimento. Observo o que K tinha me tido, de que as mulheres ali não andam sozinhas.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Contudo, essa estratégia não foi revelada explicitamente como se fosse para evitar possíveis situações de violência institucional/obstétrica, já que tanto as/os profissionais quanto a gestão evidenciaram mais

os aspectos positivos do serviço 2. Foi destacado que a ouvidoria do hospital, onde o serviço está abrigado, recebe poucas queixas:

Gestão: *Do serviço 2 especificamente a gente quase, a gente não recebe não (risos)*

Pesquisadora: *Não?*

Gestão: *Não, não! (risos) O que a gente recebe muito que vem pela SESAB ouvidoria por exemplo é paciente que fala assim, "ah, tou na fila do Hospital pra fazer cirurgia e já não tem não sei quanto tempo" (...).*

Ao serem instadas/os sobre suas opiniões pessoais relacionadas à ampliação do direito ao aborto, algumas pessoas responderam que ainda não tinham uma opinião formada sobre o assunto, outras que o direito poderia ser ampliado para determinadas situações médicas e também tiveram aquelas que se colocaram favoráveis à legalização:

Eu vou te confessar que eu não tenho uma opinião formada, concreta, eu tenho a tendência mais pra não concordar... É, porque a gente tem outras coisas que a gente pode agir, né, como ações preventivas que não essas ações resolutivas diretamente, a realização da interrupção, é, eu tenho essa tendência, mas assim falar com certeza, não, não é com certeza! (Gestão).

Eu acho que em algumas situações médicas, como as que já existem, podem ser ampliadas né (...), mas não o aborto de forma indiscriminada geral, isso é uma visão minha tá, eu acho que deveria haver sim uma... uma ampliação aí da legislação nesse sentido (Profissional de Medicina).

Na minha opinião, o aborto deveria ser legalizado. Essa é minha opinião pessoal, né. Porque eu acho, eu avalio isso enquanto um direito sexual e reprodutivo, ao meu ver, entra na minha cabeça dessa forma. Porque pra mim não faz muito sentido não legalizar essa prática com a prerrogativa de que isso seria banalizado. Eu não acho que isso seria banalizado. Então eu penso, e é isso que é minha opinião, que a não legalização do aborto tem a ver com outras instâncias e que não necessariamente se preocupam de fato com a saúde pública (Psicologia).

Fluxos de atendimentos para pessoas atendidas no serviço

Atenção imediata à violência sexual

Como descrito anteriormente, as pessoas podem acessar o serviço 2 de duas maneiras: por regulação ou diretamente, por demanda espontânea. O fluxo que será apresentado nesta seção refere-se às pessoas que acessam diretamente o serviço.

O serviço 2 atende apenas pessoas maiores de 12 anos, já que o hospital não possui um setor pediátrico. Não existem muitas diferenças no fluxo dos atendimentos entre as pessoas adultas e adolescentes. Os atendimentos às/aos adolescentes possuem algumas especificidades relacionadas à obrigatoriedade de notificação ao Conselho Tutelar e à necessidade da presença de um/a responsável acompanhando a vítima. Além disso, incluem atenção às famílias ou responsáveis, que são também acompanhados/as pelo setor psicossocial:

Eu diria que não, o fluxo é o mesmo. Eu diria que a única diferença é que com as adolescentes a gente faz um trabalho também muito direcionado pra família, que não é algo que a gente faz com as mulheres adultas, né, só quando há uma necessidade específica. (...) Sim, sim. A gente tem momentos em separado. Todo o trabalho aqui a gente tem um momento de escuta individual com a paciente e com o familiar, tem momentos de atendimentos em conjunto, mas a gente preza também por momentos de atendimento em separado (Psicologia).

Por outro lado, as situações de violência sexual vividas pelas/os adolescentes, quando comparadas com aquelas sofridas pelas pessoas adultas, são descritas como distintas, não sendo eventos pontuais, mas sim crônicas, e, geralmente, perpetradas por alguém conhecido: familiar, vizinho, etc.:

(...) Muitas vezes chegam aqui já caso crônico, aí que é demorado mais que não conseguiu falar da situação da violência, aí nesses casos demoram um pouco mais, mas quando revelam de imediato a família providencia logo tá registrando o boletim de ocorrência (...) são pessoas conhecidas do convívio social, geralmente acontece intrafamiliar, a maioria das adolescentes, são pessoas conhecidas,

é pai, é tio, é padrasto, é irmão, sempre pessoas, na maioria são pessoas conhecidas. No caso de mulheres adultas a gente percebe que a maioria são desconhecidos (Serviço Social).

Como já foi apresentado, o primeiro contato das pessoas ao buscarem o serviço 2 será com o profissional de segurança do hospital, que irá fornecer as informações iniciais. Em dias de semana e no horário de funcionamento do serviço, 07 às 17h, as pessoas irão acessá-lo diretamente, serão atendidas pela recepcionista específica do serviço 2 e preencherão uma ficha de cadastro com dados pessoais e sociodemográficos. Caso busquem o serviço fora deste horário, ou em feriados e finais de semana, serão direcionadas para a recepção da emergência geral do hospital.

Após a recepção, são encaminhadas para o atendimento da equipe de Enfermagem da emergência do hospital. Neste momento, são realizadas a notificação no SINAN e a classificação de risco; todas as pessoas que sofreram violência sexual são classificadas com a cor vermelha, o que expressa gravidade e celeridade no atendimento, e são coletadas informações sobre a história da violência sexual. Busca-se garantir a privacidade e discrição neste espaço, já que não é específico do serviço 2:

Sim, tinha os leitos de pessoas que tavam, não sei se tavam internados ou se tava aguardando algum atendimento, mas fica os leitos onde tinha outras pessoas, mas a enfermeira que me atendeu também foi superdiscreta, não expôs, conversou na hora que ela foi... mandou eu relatar pra poder passar pro serviço 2 o que tinha acontecido ela me chamou num canto, aonde eu relatei tudo (Mulher atendida).

Em seguida, são atendidas pelo/a profissional de ginecologia do plantão do hospital que vai realizar a anamnese, os exames físicos, incluindo o beta HCG, e prescrever também as profilaxias. Posteriormente, enquanto aguardam os resultados dos exames, as pessoas são encaminhadas para o Serviço Social. Nesse atendimento, serão avaliadas as suas condições socioeconômicas, a rede de apoio e outras demandas sociais. Dentro desse fluxo, caso seja identificada alguma necessidade emocional urgente, a equipe de Psicologia é acionada para fornecer um suporte inicial.

As pessoas são informadas que podem ser acompanhadas pelo Setor Psicossocial por tempo indeterminado, sendo ofertada uma atenção psicoterapêutica (este acompanhamento também é oferecido para as pessoas que interrompem legalmente a gravidez). Não existe obrigatoriedade neste seguimento. Para aquelas que residem em outras cidades, as/os profissionais informaram que realizam encaminhamentos para outros serviços; há conhecimento da rede de atendimento à violência sexual.

Dentro desse percurso, existe um cuidado para que as pessoas não repitam várias vezes a história da violência sexual e ocorra o que foi denominado pelas/os entrevistadas/os como revitimização. Para isso, são fornecidas orientações à equipe sobre o preenchimento do prontuário, que deve conter uma riqueza de detalhes, de tal forma que outra/o profissional não necessite solicitar mais informações à pessoa em atendimento. Entretanto, isso não ocorre sempre. A entrevistada, atendida pelo serviço 2, informou ter relatado sua história de violência sexual para três profissionais de saúde, mas que, apesar disso não ter sido fácil, avaliou não ter interferido no seu cuidado:

***Pesquisadora:** é, de você precisar contar pelo menos para 3 pessoas né*

***Mulher atendida:** não é fácil você ter que contar, cê não sabe o que está por vir, mas, como eu disse, quando eu cheguei aqui a gente pensa que todo mundo vai te discriminar, você chega aqui se sentindo culpada de tudo e eu pude... fui acompanhada a entender que a culpa não era minha, que eu tinha outros motivos para seguir em frente, então.... eu digo que eu me senti... digo e repito né, acolhida desde o momento que eu cheguei.*

Não são solicitados quaisquer documentos que comprovem a violência sexual como, por exemplo, BO ou exames do Instituto Médico Legal. Quando as pessoas não realizaram o BO, são informadas que podem denunciar e, caso o desejem, o serviço 2 as encaminha para a delegacia, não existindo uma obrigatoriedade:

Disse que se eu... se eu quisesse fazer a denúncia que eu podia fazer, mas se eu quisesse também deixar no anonimato que não irei me exigir

nada, eu preferi não fazer a denúncia porque já tinha passado muito tempo e eu não queria me expor para minha família (Mulher atendida).

O serviço 2 já atendeu pessoas trans que sofreram violência sexual, mas que não engravidaram. O fluxo de atendimento é o mesmo das pessoas cis, mas foi informado que não existem profissionais de urologia. Não foram oferecidas capacitações específicas para atender esse público, nem mesmo para adolescentes; todos/as as/os profissionais de saúde entrevistadas/os, incluindo gestoras/es, consideraram importante terem esse tipo de formação.

Atendimento ao aborto legal

Dentre os exames realizados no atendimento às pessoas que sofreram violência sexual, está o Beta HCG. Quando a gravidez é confirmada, inicia-se o fluxo mais específico relacionado à realização ou não da interrupção legal da gestação. De acordo com as/os profissionais entrevistadas/os, as orientações das normas técnicas e portarias do Ministério da Saúde foram utilizadas para a elaboração dos protocolos de atendimento. Inicialmente, são explicadas as três possibilidades: interrupção da gravidez, continuidade da gestação e inserção da criança na família, ou viabilização dos trâmites para adoção. Esse processo é acompanhado mais de perto pela equipe de Psicologia, pois a decisão se constitui num momento difícil, como relatou a entrevistada, atendida pelo serviço 2:

Onde eu tinha essa opção de ou querer tirar ou ter, decidi seguir com gravidez e depois entregar na maternidade. Aí naquela situação em que eu me via, desempregada, com uma filha pequena, minha filha tinha 1 ano e pouquinho ainda, aí eu tive que tomar essa decisão que não foi fácil, pra mim não foi fácil porque eu já gerei uma vida, então não foi fácil em momento nenhum chegar nessa decisão.

Quando a pessoa decide pelo aborto, atitude constatada na maior parte dos casos, é iniciado o processo para a interrupção da gravidez, composto por várias etapas. Inicialmente, a pessoa tem que assinar os Termos de Relato Circunstanciado, de Responsabilidade e de Consentimento Livre e Esclarecido, e passar também por uma consulta

com a/o médica/o para a emissão do parecer técnico, como está previsto na Portaria nº 1.508 publicada em 2005, pelo Ministério da Saúde. Na consulta, a/o médica/o irá explicar todo o procedimento, além de elaborar o parecer técnico, com o objetivo central de verificar a compatibilidade da data em que ocorreu a violência sexual com a idade gestacional, por meio do exame de ultrassom. Além de narrar essas informações, a paciente entrevistada também relatou desconforto ao ser atendida por um médico homem:

Mulher atendida: *conversar com o médico, tirar todas as dúvidas. No dia que eu fui... tive a consulta antes com o médico, a médica falou “tudo que você tiver dúvida pergunte que ele vai te orientar”, mas eu mesmo que não quis, até por ver um homem ali na minha frente*

Pesquisadora: *sim*

Mulher atendida: *que eu não queria de jeito nenhum.*

Pesquisadora: *e que... esse... esse homem que você falou foi*

Mulher atendida: *foi um médico que me atendeu, então eu ficava mais constrangida, foi um homem ali tratando comigo, era mais constrangedor, mas foi tranquilo depois*

Pesquisadora: *e esse me... esse homem, ele foi o qual, o médico do quê?*

Mulher atendida: *o cirurgião*

Pesquisadora: *ah, o que fez a interrupção?*

Mulher atendida: *isso*

Pesquisadora: *ah, certo, aí você ficou com vergonha?*

Mulher atendida: *sim, sim, eu fico, quando você está tratando com uma mulher de um assunto parece que a pessoa te entende, quando é com homem não.*

Após isso, uma comissão composta por parte da equipe específica do serviço 2, Medicina (obrigatória a presença deste/a profissional), Psicologia e Serviço Social, se reúne para avaliar e autorizar o aborto legal. O ponto principal da avaliação da comissão refere-se à verificação da compatibilidade da data da violência sexual relatada pela pessoa com a idade gestacional. Estando compatível, o procedimento é autorizado e logo marcado, comunicando-se à pessoa:

A história que ela relata com a idade gestacional tá tudo batendo direitinho aí é deferido pelo procedimento, agora há algumas situações se a idade gestacional por exemplo não tiver conferindo, a gente vai avaliar as condições que aconteceu a situação da violência, muitas vezes aquela mulher tava, se ela faz uso de alguma substância, se é uma paciente psiquiátrica, se ela tem condição realmente de tá lembrando da data certinho porque muitas vezes ela não vai conseguir trazer a data certinho que aconteceu a situação da violência, aí é feita toda uma avaliação pra poder tá deferindo mesmo se a data da idade gestacional tiver alguma margem pra mais ou pra menos (Serviço Social).

Como descrito acima pela/o profissional de saúde, nas situações em que a data da violência e a idade gestacional não são compatíveis, ou existem outras dúvidas, nova avaliação é realizada. A equipe de Psicologia é a responsável por fazer essa avaliação, conversando novamente com a pessoa.

No dia em que o procedimento é realizado, as mulheres podem vir acompanhadas por alguém e também recebem o apoio da equipe, o que foi avaliado como importante. Logo após o procedimento, são encaminhadas para uma enfermaria para repouso. Existe a tentativa de garantir um espaço dentro do hospital mais privativo para as pessoas que realizam o procedimento, mas nem sempre é possível, como foi informado pelas/os profissionais entrevistadas/os. No caso da mulher entrevistada, ela ficou sozinha na enfermaria, tendo a mãe como acompanhante (cabe ressaltar que ela não era adolescente), o que também foi avaliado como bom. Ela teve alta no mesmo dia que realizou o procedimento, recebendo algumas recomendações e orientações, bem como foi agendada uma consulta de retorno, sendo ofertada a contracepção:

Mulher atendida: *E minha mãe que estava lá, mas fiquei num quarto sozinha (...) foi bom, porque não tinha ninguém pra te perguntar o que você tava fazendo ali, que sempre que você tá internando tem pessoas que quer te perguntar o que aconteceu (...)tinha uma listinha pra seguir, mas eu não li, não quis saber*

Pesquisadora: *mas...*

Mulher atendida: *mas eles deram orientação, repouso, não fazer esforço, essas coisas, deu uma listinha pra gente seguir (...) tive revi-*

são, aonde eu tinha que ser acompanhada pra fazer os exames, que era o período de 6 meses, e na cirurgia também ela me optou em colocar o DIU, só que eu não quis, ele, o médico, perguntou se eu sentia cólica, aí eu falei que sim, que eu sentia muita cólica, então que eu preferia tomar o anticoncepcional depois.

Entre as demandas para o aborto legal não atendidas estão as situações em que se constata a incompatibilidade entre a data da violência sexual e a idade gestacional, bem como os casos de pessoas que estão fora do perfil de atendimento do serviço 2, isto é: menores de 12 anos, gravidezes não resultantes de violência sexual ou que, mesmo sendo em decorrência de uma violência, ultrapassaram o limite de 12 semanas. O serviço 2 só realiza o aborto até a 12ª semana, utilizando exclusivamente a Aspiração Manual Intrauterina. Quando as gestações excedem esse período, realizam o encaminhamento para outro serviço parceiro. A justificativa para atenção até esse limite gestacional é a de que o hospital não possui maternidade.

Em geral, todo o processo dura uma semana, podendo variar a depender de algumas circunstâncias particulares:

Geralmente, assim uma média de tempo é em torno de cinco dias, uma semana, uma semana que é o tempo dela passar por todos profissionais pra fazer, pra ter o parecer técnico, pra fazer exames, às vezes, a gente teve paciente que demorou bem mais tempo tipo assim trinta dias, mas que era paciente que, que psicologicamente ela estava bem desestruturada e aí a gente precisava organizar melhor essa paciente pra ela poder é, até reagir melhor depois que, que do procedimento, porque o procedimento também, a violência é difícil passar pelo procedimento também (...) (Gestão).

Avaliação do atendimento e Violência Institucional

De modo geral, a avaliação do atendimento prestado pelo serviço 2 foi positiva pelas pessoas entrevistadas, incluindo a mulher atendida que destacou o acompanhamento realizado pela equipe psicossocial:

Quando eu cheguei aqui, eles não me julgaram, eles olharam pra mim como pessoa, como ser humano, cuidou de mim naquele momento que eu tava passando, tive acompanhamento de não só é... fazer uma...

mostrar aquilo que eu vivendo, mas também outras áreas da minha vida, que eu cheguei aqui eu num... posso dizer que eu não era nada, e daqui eu ganhei forças pra me enxergar como mulher, pra aprender a me valorizar, pra correr atrás de sempre... de um emprego, de ter o que é meu, então foi isso que eu aprendi, não só aquilo que eu tava vivendo, mas ver outras coisas da minha vida também (...) aqui... daqui eu diria que não, porque como eu falei, o atendimento é excelente, da parte das psicólogas, assistente social (Mulher atendida).

No entanto, na medida em que as mulheres percorrem outros setores do hospital, nas distintas etapas que envolvem a interrupção da gravidez, situações de violência institucional/obstétrica contradizem essa avaliação positiva. Exemplos envolvendo a realização do exame de ultrassom e do procedimento de esvaziamento uterino foram mencionados:

Mulher atendida: *A única coisa que eu não gostei assim que eu posso dizer, foi no dia que eu fiz a ultrassom, que a médica ela botou pra... comentou comigo “ó o batimento do seu fi... do seu bebê” (...) então aquilo me mexeu mais comigo ainda, que eu não queria ver, não queria saber, então ali foi terrível e quando também eu lembro que no dia que eu fui fazer a cirurgia tinha uma menina comigo que tava passando pela mesma coisa, e na hora que ela saiu da sala ela ficou gritando sentindo frio, e os enfermeiros que tavam na parte de cima comentando com os outros “ah pra que essa presepada”, e eu ouvi a médica relatando o que tinha acontecido comigo, então aquilo ali para mim foi terrível (...) ver aquilo ali... a falta talvez de sensibilidade do outro, porque a gente só sente quando é com a gente (...).*

Pesquisadora: *entendi, e quando você escutou esses comentários né você tava na... tava aonde?*

Mulher atendida: *sim, eu tava na maca, tava eu e ela, que antes de preparar pra cirurgia você fica na maca aguardando ser chamado (...) aí tava eu e ela do mesmo lado, aonde ela já tinha saído da cirurgia, ela foi a primeira, aí na hora que ela saiu ela ficou gritando sentindo frio, dizendo que tava sentindo muita dor, e aonde ele ficou dando risada, o enfermeiro, e eu vi a outra enfermeira, não sei, técnica, comentando o que tinha ocorrido com ela*

Pesquisadora: *ah tá*

Mulher atendida: *e dizendo que tava fazendo presepada*

Além dessa situação, cabe também citar novamente outra descrita em uma seção acima, sobre a exposição pública do prontuário de uma paciente. Foram relatados casos em que as/os profissionais tiveram dúvidas sobre a história de violência sexual narrada. Essas situações foram apresentadas como desconfortáveis, sendo enfatizada a importância da necessidade de separação da visão pessoal dos membros da equipe envolvida no caso, com a postura profissional requerida:

Pesquisadora: *E aí como é que vocês agiram nesses casos que vocês... têm uma dúvida né sobre a história de violência relatada, como é que em geral vocês agem?*

Psicologia: *É isso né, a gente sente o estranhamento e a gente vai buscando compreender melhor, entender melhor isso junto com a paciente. E sempre partindo da premissa de que a gente tá aqui enquanto uma profissional de saúde né, então- é... e isso é algo que é- eu acho que é sempre um desafio né, porque não tem como a gente desassociar, digamos assim, a nossa história de vida com a nossa prática profissional, mas a gente precisa saber que existem limites, né. E quando a gente escolhe trabalhar com isso né e quando a gente assume uma postura ética, a gente sempre busca encontrar a melhor forma de manejar, então às vezes pode ser que exista alguma situação que mobilize X enquanto pessoa, mas eu não tô aqui como pessoa, eu tô aqui como profissional (...).*

Não foram relatadas situações de objeção de consciência ou recusas diretas. Todos/as as/os profissionais, ao integrarem a equipe do hospital, sabem que nele existe um serviço de referência para o aborto legal. No entanto, os estigmas relacionados ao aborto, junto com as crenças pessoais religiosas persistem, interferindo na atenção:

Então algumas profissionais se mobilizaram, houve uma sensibilização e aí quando a gente foi entender direito são pessoas que têm opiniões contrárias, por exemplo, à questão do aborto, não conseguem compreender muito bem, têm algumas crenças religiosas. Então já aconteceram situações assim - não houve uma recusa da realização do procedimento, mas alguns profissionais no meio do caminho de todos esses né - é... essas etapas, alguns profissionais já se mobilizaram (para a não realização) e aí né, é... enquanto uma forma também da gente poder cuidar disso, a gente pensou nessa questão da capacitação (Psicologia).

Barreiras de funcionamento do serviço e sugestões

A principal barreira de acesso apontada pelas/os entrevistadas/os foi a informacional: as pessoas não conhecem o serviço. Todas/os destacaram que falta uma maior divulgação do serviço 2 para que a população o conheça e assim consiga acessá-lo mais:

Divulgação [riso]. Divulgação, acho que pra mim isso tá no topo da lista [riso]. Divulgação... eu penso (...) a gente tem um- um- uma divulgação que acontece... é... a nível institucional, então por exemplo, a coordenação aqui do serviço 2 né, na pessoa de y que é quem tá hoje, sempre busca fazer parte de espaços em nome do serviço, dar entrevista, aparecer na televisão, tem o Instagram do hospital que fala, comenta sobre o serviço 2, a gente uns panfletinhos que a gente distribui, por exemplo quando a gente faz ações aqui dentro do hospital, a gente fala sobre o serviço, a gente sai distribuindo os panfletos com as próprias pacientes. Quando a gente...é... faz alguma atividade fora aqui do serviço, a gente leva os panfletos, a gente fala dos serviços em alguns espaços (...) (Psicologia).

A falta de divulgação não é apenas externa e a invisibilidade do serviço, reconhecidamente uma barreira de acesso, possui algumas facetas. Notamos que internamente, dentro do próprio hospital e do serviço 2, a divulgação do serviço de aborto legal não é suficientemente realizada. Existem profissionais que trabalham há um tempo no hospital e não sabem que o serviço 2 é também um serviço de referência para o aborto legal, e nem tampouco as pessoas que são atendidas o conhecem. Como já foi mencionado anteriormente, folders e cartazes, os “*panfletinhos*” sobre o serviço, não possuem essa informação:

Eu explico em mais detalhes e digo que meu objetivo ali no serviço 2 está relacionado ao aborto legal. As duas mães ficam confusas, não entendem muito bem. Eu continuo dizendo que o serviço 2 é um dos lugares que oferece o serviço de aborto legal e pergunto se elas sabiam dessa informação. Nenhuma das duas sabia; ficam até um pouco surpresas.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

As barreiras institucionais também foram mencionadas como importantes. Elas se referem aos obstáculos que as pessoas podem en-

contrar dentro do próprio serviço como, por exemplo, os relacionados à insuficiente qualificação das/os profissionais. A falta de capacitação, que deve ser permanente, pode contribuir para isso como descreve abaixo a/o profissional de saúde:

Se o profissional ele não estiver devidamente capacitado, sem dúvidas, vai atrapalhar porque você muitas vezes no momento ali de você estar prestando atendimento, é como eu falei, às vezes, você vai tecer valores seus e às vezes a mulher, né, naquela situação de violência, ela vai desistir, ela vai desistir, porque muitas vezes ela vai achar que está sendo julgada, é, que ela tá sendo condenada, a palavra dela não tá sendo valorizada, então se você não souber acolher da forma devída, e acompanhar de forma devída também, vai ser uma paciente que ela vai vir, não vai se sentir segura, não vai se sentir respeitada, não vai sentir sua privacidade respeitada, e ela vai, ela pode retornar né, ela pode não aceitar continuar com atendimento, e voltar ali da porta mesmo, ela se negar a continuar (Enfermagem).

Outras circunstâncias que podem também contribuir para as barreiras institucionais se referem às condições de trabalho. Profissionais são contratadas/os como prestadores de serviços, com a precarização dos vínculos, além de sobrecarga de trabalho:

(...) Eu achei ótima, achei muito delicada a palavra que você usou que a gente tem uma equipe muito enxuta [riso]. Eu achei ótimo porque é uma equipe pequena e, assim, isso é muito complicado porque é muita demanda; às vezes a gente se sente assoberbada, querendo fazer muita coisa e não consegue, deixando a desejar muitas vezes porque a gente não tem perna pra fazer tudo que a gente gostaria, então acho que poderia ser pensado numa ampliação até pra gente ter mais folga para pensar em outras intervenções, não ficar o tempo todo só apagando incêndio, como às vezes a gente sente que a gente faz (...) (Psicologia).

Elementos subjetivos também foram citados. Estes envolvem processos particulares vividos pelas pessoas que sofreram a violência sexual – sentimentos negativos, medo e/ou vergonha, culpa, dentre outros, podem ser experimentados, ocasionando atrasos na busca pelo atendimento:

Aquilo ali que você tá passando, ainda mais quando... talvez se eu tivesse procurado um serviço antes não teria nem chegado a engravidar, mas eu não fiz isso, eu fiquei acolhida, fiquei em casa, fiquei me sentindo mal, e então quando eu fui descobrir já tinha acontecido, então não tinha mais o que ser feito (Mulher atendida).

No caso das/os adolescentes, adicionadas às barreiras subjetivas, as relações e atitudes de familiares podem desempenhar papel importante. Divergências relacionadas ao que fazer diante da gravidez ainda podem ser acrescidas por outro problema mais grave, que é a possível convivência com o próprio o agressor:

As barreiras que seriam também, muitas vezes familiar, né, que às vezes, a depender se for um paciente de menor, ele não concorda, que fica naquela “eu concordo”, “eu não concordo”, então, tem essas, essas barreiras (...) Às vezes a dificuldade é a própria paciente mesmo, que às vezes vem, não tem muito conhecimento, às vezes é, pode estar em alguma situação de estar sendo coagida, porque como eu falei ela pode estar ali com o próprio agressor (Enfermagem).

Um/a profissional de saúde ainda mencionou outra barreira importante, relacionada à orientação sexual da vítima:

Em relação também, relacionado também à orientação sexual, uma dessas pacientes que tá com gravidez em curso que já não deu mais para fazer a interrupção, é justamente porque ela se diz- no caso a orientação dela, ela é lésbica, e aí falar que está grávida, as críticas que ela ia tá recebendo porque as pessoas costumam colocar essa mulher sair desse lugar de vítima pra lugar de culpada, então os estigmas são muitos colados, principalmente, essas mulheres que têm uma orientação sexual que é diferente do que a sociedade quer que seja, a hétero. Então se traz muita vergonha pra elas, a vergonha de tá falando que passou por uma situação de violência sexual, que muitas vezes a violência sexual ocorre de uma forma de correção (...) (Serviço Social).

Esse segmento populacional bastante discriminado pouco acessa o serviço. Além da orientação sexual dissidente da norma social, temos também as identidades de gênero. Desde que o serviço foi criado, não foram atendidas pessoas trans e não-binárias. Isso não significa que elas

não sofram violência sexual e engravidem; pelo contrário, o Brasil é um dos países que mais violenta e mata a população LGBTQIPA+ no mundo, essa situação elucida mais uma barreira institucional do serviço. A localização do serviço 2 dentro de um espaço configurado para o público feminino pode ser determinante para a existência desse tipo de barreira.

Outras barreiras identificadas se referiam à localização do serviço e às condições socioeconômicas da maior parte das pessoas que são ali atendidas:

Deveria ser implementada uma política de auxílio transporte. Y completa dizendo que a cidade é muito grande e o trajeto até chegar ao Hospital é complicado: “Aqui é longe, muito complicado de chegar. Precisa institucionalizar o X, por exemplo, como política pública e ter um em cada território da cidade, para que as mulheres tivessem mais acesso”. Assim, pontua a falta de auxílio transporte e a péssima localização como uma barreira que impede as mulheres de acessarem o serviço.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Como sugestões para a melhoria do serviço e do acesso a ele, algumas pessoas entrevistadas enfatizaram a melhoria na divulgação para um conhecimento maior da população, ampliação da equipe de referência, melhorias na comunicação entre as equipes específica e mais ampla, e mais capacitações externas, que não fossem aquelas apenas realizadas pela equipe do serviço. Foi enfatizada a importância de capacitações para atender adolescentes e a população LGBTQIPA+. Ao ser perguntada sobre o que sugeriria para melhorar o atendimento do serviço 2, a mulher atendida reafirmou que o atendimento é bom, mas, ao mesmo tempo, alguns/algumas profissionais do hospital teriam que “*rever seus atos*”:

Pesquisadora: *certo, e você teria alguma sugestão, aqui pra melhoria do serviço, do tratamento, não sei*

Mulher atendida: *aqui... daqui eu diria que não, porque como eu falei, o atendimento é excelente, da parte das psicólogas, assistente social. Só aquela parte lá (...) que eu acho que... mas aí é consciência de cada um, de rever os seus atos né.*

Funcionamento do serviço na pandemia da COVID- 19

Não foram relatadas mudanças significativas no funcionamento do serviço 2 em decorrência do período da pandemia. O serviço não foi fechado e não foram realizadas transferências de profissionais de saúde para outras unidades, embora alguns tenham sido afastados por COVID-19. Nos meses iniciais da pandemia, houve a interrupção nos atendimentos dos seguimentos psicossociais. O retorno destes acompanhamentos ocorreu posteriormente, em formato remoto, sendo utilizada a telessaúde. A telemedicina não foi utilizada.

A equipe do setor psicossocial teve que se reorganizar, já que, além da telessaúde, houve mudanças na carga horária de trabalho, medida adotada para prevenção da COVID-19. De modo geral, o uso da telessaúde foi avaliado como positivo. Mesmo com as limitações da tecnologia, e também da realidade socioeconômica das próprias pacientes, a manutenção do atendimento do setor psicossocial de forma remota foi uma maneira encontrada de manter o vínculo e fornecer atenção às pacientes:

Às vezes eu ligava, perguntava da saúde, perguntava se tava se alimentando, é uma coisa que foge um pouco daquela- daquele entendimento que a gente tem né, do que cê vai fazer ali no acompanhamento psicológico. Muitas vezes era "Tá tudo bem? A senhora tá fazendo falta aqui, viu? Daqui a pouco a gente tá de volta", era muito mais pra elas sabermos que elas continuavam sendo pacientes aqui, que existia um vínculo. Que a gente não conseguia fazer grandes intervenções, mas que a gente tava ali, que ela não tava desamparada, porque tiveram muitas pessoas que ficaram isoladas, sozinhas às vezes em suas próprias casas, ou então em casas minúsculas com várias pessoas amontoadas, que é a realidade de muitas pacientes aqui. Então às vezes havia um sentimento de solidão extremo e uma ligação nossa era superimportante, elas ficavam esperando "Você vai ligar semana que vem?" (Psicologia).

As/os profissionais de saúde do serviço 2 receberam orientações relacionadas aos protocolos de segurança elaborados pelo Ministério da Saúde, bem como EPIs foram disponibilizados, mas outros tipos de capacitações não foram realizados. Alguns cuidados relacionados à saúde mental das/os profissionais foram ofertados pelo setor de Psicologia do hospital. Entretanto, esse setor ficou descoberto neste cuidado:

...a Psicologia fez um grupo para os colaboradores. Só que foi a Psicologia que fez, então a gente não podia participar do grupo né, era pra os outros colaboradores. É... e aí não foi específico do serviço 2, foi o Serviço de Psicologia né, que a gente faz parte, mas pra gente mesmo, mesmo, não teve (...) (Psicologia).

Em decorrência da pandemia, uma pequena redução na busca/aceso pelo serviço 2 foi notada pelas/os profissionais de saúde. Para elas/es, os principais motivos estariam relacionados ao medo de contaminação pela COVID-19, que foi também mencionado pela mulher atendida, e ao desconhecimento da continuidade do serviço. Muitas pessoas acreditaram que o serviço não estivesse funcionando no período mais grave da pandemia, além da piora das condições socioeconômicas das pessoas:

No início foi essa questão do medo da contaminação que eu acho que foi o principal, assim, pra afetar o acesso. É... O desconhecimento das pessoas que a gente continuava funcionando, inclusive as próprias pacientes também né, é... "Ah achei que vocês tinham fechado", porque teve um - se eu não me engano - teve uma comunicação do hospital, acho que foi isso (...). Então, acho que isso confundiu muito as pessoas, o medo do contágio e a questão financeira, de não ter mesmo- muitas pessoas ficaram desempregadas, os vínculos trabalhistas foram por água abaixo, né, então isso afetou muito a possibilidade das pessoas se locomoverem e de acessarem aqui (...) (Psicologia).

Não ocorreram mudanças por causa da Portaria 2561/2020. Esta não foi considerada, sendo a decisão tomada com o respaldo dos conselhos que representam as categorias das/os profissionais de saúde, com base nos seus respectivos códigos de ética. Em geral, as/os profissionais de saúde e a gestão avaliaram essa portaria como um retrocesso, podendo se transformar em mais uma barreira de acesso ao serviço 2:

Gestão: *Ah, eu acho isso um absurdo. Sim, quê que acontece, não seria absurda se a gente tivesse um serviço de justiça que fosse mais ágil, que conseguisse realmente efetivar as prisões e garantir as medidas protetivas e tudo, porém a gente sabe que essa não é a realidade. Então, se a gente do serviço de saúde faz isso que*

não é uma obrigação nossa, que nenhum conselho de Medicina, de Psicologia, de Serviço Social, de Enfermagem não, não respalda a gente de fazer isso de denunciar até porque tem a questão do sigilo profissional dos atendimentos, é, a gente vai ver que o que vai acontecer é diminuir a adesão da paciente, a paciente vai deixar de procurar o serviço, então, a gente vai ter dois problemas além de não conseguir, é, que a paciente busque a delegacia e tal, e não sei o que, a paciente vai adoecer, a paciente vai engravidar, a paciente vai tentar fazer o aborto por conta própria, vai colocar em risco a vida dela, vai pegar ISTs que ela não vai ter feito profilaxias. Então eu achei no contexto atual um absurdo.

Pesquisadora: *E aí como vocês estão fazendo no serviço 2?*

Gestão: *A gente não denuncia*

Pesquisadora: *Não denuncia, né? Não tá considerando*

Gestão: *A gente segue o respaldo dos nossos conselhos profissionais*

RETRATO DO SERVIÇO 3

Infraestrutura e caracterização dos serviços de referência para o atendimento dos casos de aborto legal

O Hospital (H3) está situado em um complexo, entre uma UPA e um hospital geral. Eles estão separados, mas próximos entre si. Fica um pouco afastado do centro da cidade, de frente para rodovias, com uma via subsidiária de acesso. Desconhecemos se chegar de ônibus é fácil, mas pareceu ser de difícil acesso para quem não tem carro. Observamos que várias pessoas chegavam de motocicleta - própria ou mototáxi.

O prédio do H3 tem 6 andares. No térreo, estão as entradas para as emergências obstétricas, maternidade e de pediatria. A emergência pediátrica tem entrada pela frente do hospital; a emergência obstétrica pela parte lateral. Ambas são separadas da recepção principal:

(...) e as enfermeiras me disseram que é possível a demanda espontânea chegar diretamente pela entrada da emergência, mas nos casos de encaminhamentos elas normalmente chegam pela recepção principal e não anunciam o motivo pelo qual buscam o Hospital (quando

chegam, a recepção já está avisada, com o nome da paciente que irá procurar o Hospital). Por isso, elas (enfermeiras) avaliaram que os encaminhamentos são positivos, no sentido de evitar constrangimentos.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Em frente à emergência pediátrica há um posto policial que, segundo a recepcionista, “*não fica ninguém ali e a polícia serve como segurança do local*” (diário de campo, 14/07/22). No 1º andar, estão localizados os centros cirúrgicos. No 5º andar, de um lado está a ala de oncologia, do outro estão os leitos para as mulheres que realizaram aborto. No período da pesquisa, o Hospital ainda mantinha uma ala para COVID-19.

Inicialmente, o hospital atendia apenas pediatria (0 a 16 anos de idade) e neonatologia. É referência para alto risco, com atendimentos a todo o interior da Bahia, e às vezes para a capital. Não oferece atendimento ginecológico. Antes de se tornar um serviço de referência para o aborto legal, atendia casos que chegavam a partir de autorização judicial ou “*atendia demanda porta aberta*”:

Então, desde que abriu a maternidade a gente tem um caso ou outro assim, principalmente de pediatria né, de meninas, de adolescentes que são vítimas de abuso e que acabaram vindo pra maternidade pela complexidade e por ser mais voltado pra obstetria. Mas, como serviço firmado, a gente tá em processo de formação, a gente já faz, já tem protocolo, já tem toda documentação, mas de 2019 pra cá (Enfermagem).

A recepção de obstetria atende pacientes acima de 16 anos com gravidez confirmada; menores de 16 são atendidas pela pediatria. O serviço, apesar de ser referência para o aborto legal, só é referência para violência sexual de crianças e adolescentes, não para mulheres adultas. Mas, uma das entrevistadas afirmou que se chegar uma mulher nesta situação, por demanda espontânea, ela vai receber profilaxia e contracepção de emergência. Depois, será encaminhada para o centro de referência em violência sexual do município, para dar prosseguimento ao atendimento. O Hospital é referência também para pré-natal de alto risco (tipo 2) e para malformação fetal.

A instituição do H3 como serviço de referência para o aborto legal é muito recente e coincide com a pandemia de COVID-19. O serviço está, portanto, ainda em processo de estruturação. A maioria dos casos que foi atendido é de violência sexual, conforme afirmação das profissionais entrevistadas.

Em visita ao entorno do hospital, atendentes de barracas e de uma lanchonete responderam afirmativamente sobre o atendimento a vítimas de estupro no H3. É importante destacar o que faria um dos porteiros, que também confirmou que ali havia o atendimento:

Como noto que o porteiro dá alguns encaminhamentos verbais para acompanhantes, nos casos em que as demandas não eram atendidas pelo Hospital, pergunto o que ele faria se aparecesse naquela portaria alguma mulher vítima de estupro perguntando sobre o serviço de aborto legal, se ele também faria algum encaminhamento, assim como ele faz com os casos em que ele sabe onde a pessoa pode ser atendida. Ele diz que, sendo muito sincero comigo, ele tentaria convencê-la a não abortar porque ele é cristão e acredita ser seu dever proteger a vida. Diz ainda que falaria para essa mulher que a criança poderia ser um propósito maior na vida dela enviada por Deus. Pergunto o que ele acha de existir o serviço de aborto legal naquele Hospital e ele me responde que ele acha “um crime, porque aborto é um crime”. Ele ainda quer prosseguir com argumentos religiosos e passa a citar passagens da Bíblia, o que eu reconheço como uma pregação e me aproveito de mais uma interrupção na nossa conversa para encerrar o assunto. Agradeço e me dirijo à emergência obstétrica pela parte de fora do prédio.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

No que se refere ao espaço físico, a gestão considera que o espaço é adequado:

Tem privacidade... a classificação de risco é uma sala exclusiva para isso, o consultório médico é exclusivo pra isso, a gente procura deixar elas em um quarto, uma enfermaria, sozinhas... então, tanto na emergência pediátrica quanto na emergência obstétrica, eu acho que os dois espaços, eles são adequados” (Gestão).

A gestão registra que o Hospital possui uma enfermaria de dois leitos que, sempre que possível, destinam às pacientes que passaram por um aborto. A única paciente de aborto legal atendida no H3, com a qual conversamos, contou, no entanto, que depois da realização do procedimento, ficou instalada na sala de convivência do Centro Obstétrico. No Centro Obstétrico, havia outras pacientes, mulheres que deram à luz e acompanhantes. Perguntada sobre como se sentiu a esse respeito, disse:

Mas em momento algum, assim... tipo, eu me senti um pouco triste e aliviada, porque na verdade eu achei melhor eu não arriscar, né.. ah, mas eu, mas não foi algo que me incomodou, de tipo me sentir muito mal. Muito muito não sei, sentia e ao mesmo tempo eu não sentia, porque eu entendia que aquilo ali também era o momento delas.. e era o meu momento de uma posição diferente. Somente (Mulher atendida).

Quanto aos **insumos**, a gestão afirma não ter dificuldade para obter, não ter problema com ausência de equipamentos ou estrutura física. O que o H3 não tem são materiais para testes rápidos.

Composição da equipe, formação e capacitação da equipe para trabalhar com aborto legal

Não há uma **equipe específica** para os atendimentos de aborto legal no H3, mas pessoas de referência. Nem todas as especialidades são ofertadas por 24 horas: psicologia – há psicólogas mais voltadas para a parte da maternidade, e as voltadas para a pediatria – serviço social e nutrição, por exemplo, só em horários determinados, informaram. Trabalham no regime de plantão, com várias equipes distintas (7 equipes de 3 médicos cada 24 horas). Estudantes e residentes não atendem aborto legal, mas há residentes na pediatria que atendem casos de violência sexual.

A maioria dos/as entrevistados/as não teve qualquer atividade de **formação** sobre o tema na graduação ou pós, ou mesmo qualquer formação oferecida pela SESAB. Apenas a médica disse que o tema foi abordado, de forma muito superficial, na sua graduação. A psicóloga recebeu formação para atender criança e adolescente vítima de violência sexual, mas o tema do aborto não foi tocado.

No início, consultavam um juiz de referência para casos que chegavam de forma judicializada (cf. gestão). Segundo a gestão, no último ano passaram a ter formação com maior regularidade. São feitas capacitações internas, treinamento de novos/as funcionários/as, quando percebem a necessidade: “a gente acaba discutindo mais em relação ao protocolo”, mas não tem uma periodicidade. Quando há mudança de protocolo, também é feito treinamento. As normas produzidas pelo Ministério da Saúde são uma referência.

Conforme a coordenação do serviço social não há formação específica sobre o tema oferecida pelo hospital; já a coordenação do núcleo de educação e pesquisa, disse: “quando vim pra instituição, quando é instituído qualquer tipo de serviço, a gente aprofunda ele aqui. Aí, os treinamentos, os simpósios, é tudo feito pela iniciativa do Hospital mesmo”. No final, o que sobressai das entrevistas é que não são processos de formação instituídos ou demarcados, mas momentos em que a equipe discute fluxos, documentos, casos e suas adequações:

Não, fica mais como casos discutidos no serviço, treinamento interno do Serviço de Psicologia de lá. (...) Pronto. Foi dentro, né, de uma reunião semanal do serviço, e aí foi abordado que o Hospital tinha se tornado referência, e aí a gente discutiu tanto sobre, enfim, sobre os conceitos, né, o que isso implicaria, sobre como seria o trabalho, né, e ajudou a construir no caso né, com o fluxo, né, que ele já veio para gente escrito de uma forma, e a gente tentou polir o que podia de fato funcionar dentro da nossa realidade, o que não... Então foram discussões voltadas pra isso, e voltadas também assim, é, com as experiências das, das demais, né, de situações, é, que poderiam hipoteticamente acontecer ou não, e a gente foi construindo aí essas alterações (Psicologia).

Assim como há o reconhecimento da necessidade de capacitação, há o da necessidade de empenho pessoal para que profissionais busquem se formar:

Eu acho que (falta) é a disseminação mesmo da informação, do conhecimento, de treinamento. Não adianta só você dizer assim “Agora você é referência, e você vai ter que atender”, sem você treinar a sua equipe. Então, falta o treinamento, falta capacitação dos profissionais,

os profissionais às vezes vão fazer os procedimentos sem saber o que é, né? A partir daquele momento, trabalhar com aquilo sem saber nem do que se trata. Se você não tiver o comprometimento, né? Não tiver interesse de procurar, pesquisar, estudar, vai ser de qualquer jeito. E aí a gente, quem vai perder é quem? Os pacientes, né? (Serviço Social).

Há, ainda, aqueles casos de trabalhadoras/es que, atuando no H3, não foram expostas ao tema:

(a enfermeira) que havia entrado, começado a trabalhar recentemente no hospital, contou “que não sabia que no Hospital havia o serviço de aborto legal e não conhece o protocolo da instituição”.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

As entrevistadas não receberam qualquer formação para atendimento de aborto legal com públicos específicos: crianças e LGBTQIPA+. De forma geral, todas as entrevistadas acham que seria importante capacitar a equipe e oferecer capacitação durante o processo de formação profissional, o que poderia facilitar a adesão à prática.

O que parece subjazer a essa frequente demanda por formação pode estar relacionado à insegurança em lidar com o tema do aborto, mas pode ser também uma forma sutil e inconsciente de demandar o respeito à lei e aos direitos das mulheres e meninas, mais do que uma demanda específica por formação técnica. É quase como se pedissem e, ao mesmo tempo, reconhecessem a necessidade de aprender a lidar melhor com o diferente e com o novo, a lidar com os preconceitos – historicamente sedimentados – que ainda criam inúmeras barreiras para um atendimento integral e mais humanizado, almejado.

Mas, se há um ressentimento da ausência de atividades de capacitação, os **fóruns, comitês e comissões** podem ser considerados importantes espaços a suprirem essa lacuna para as equipes, já que possibilitam a troca de conhecimentos, a articulação e, inclusive, o acesso a atividades formativas ali divulgadas.

A gestora, mais as coordenadoras da obstetrícia, da enfermagem e do núcleo de educação e pesquisa participam às vezes do Fórum Estadual do Aborto Legal. No geral, duas ou três profissionais participam das reuniões, afirmaram. Atualmente, a coordenadora do serviço social

é a representante do serviço no Fórum e quem o acompanha com maior regularidade e empolgação. No Fórum, discutem casos, conhecem serviços que existem no estado/país e trocam experiências:

(...) ontem mesmo teve um fórum sobre aborto legal que a gente participou; e é um local que a gente consegue tirar dúvidas, que a gente consegue fazer discussões em relação a toda essa temática. Então, uma capacitação direta, de como seria o nosso serviço, como iríamos trabalhar, não tivemos, mas é... nós temos esse suporte, que foi também referenciado pela SESAB (Enfermagem).

Seleção

Com a abertura da maternidade, buscaram pessoas da área de obstetrícia. A assistente social contou que, ao fazer entrevistas a 8 candidatas a um cargo de assistente social, formadas recentemente, questionadas se tinham ouvido falar sobre o aborto legal, apenas 3 disseram que sim, mas não souberam dizer nada a respeito.

Regime de contratação

Segundo a gestora do hospital, “*todos os profissionais não médicos do Hospital são contratados com carteira assinada. Nos médicos, a gente tem o PJ – pessoa jurídica, empresa, como alguns que são vinculados ao estado*”.

Relação entre membros da equipe e demais profissionais

A médica coordenadora da obstetrícia afirmou não perceber qualquer estigmatização ou ouvir críticas de colegas, ou da comunidade. De forma geral, não foi relatado qualquer problema de relação entre a equipe, mas geralmente a pergunta era considerada, pela entrevistada, como sendo sobre a equipe de trabalho no atendimento ao aborto legal. De acordo com uma das profissionais de saúde, há uma questão hierárquica entre profissionais de medicina e o restante das trabalhadoras do serviço, que, às vezes, pode interferir nesta relação harmônica entre as equipes de trabalho:

Então, é, geralmente, né, é um bom relacionamento. A gente trabalha, né, de uma forma interligada até porque um depende do outro. A gente identifica falhas na relação com o médico, né, porque ele, enfim, não tem o mesmo acolhimento, a mesma percepção que a gente tem em relação aos pacientes. Às vezes, eu vejo que não é o mesmo cuidado; às vezes, tem uma questão moral, né, que acaba sendo transpassada dentro do atendimento. E eu vejo que esses profissionais, alguns, eles não reconhecem os limites deles de, enfim, se é uma demanda que não é viável pra eles, eles não falam, então eles tomam a frente, e acaba sendo um acolhimento também gerador de violência pra essas pacientes. Então, a gente tem muitas discussões em relação a isso e com a equipe médica. Mas com o pessoal de enfermagem, com o pessoal do eerviço social, é bem tranquilo.

Opinião pessoal sobre aborto e legalização

Em sua maioria as profissionais ouvidas neste estudo acreditam que alguma coisa deve ser ampliada – principalmente no que se refere a outras anomalias fetais – para além do que está legalizado atualmente. No entanto, em quase todas as falas surge a sombra da **suspeição** sobre a história contada pelas mulheres, geralmente vistas como seres não éticos ou incapazes de tomar decisões responsáveis.

Profissionais de saúde não estão imunes ao ideário de gênero presente no senso comum em sociedades patriarcais, o de que mulheres, por princípio, mentem, não merecem confiança, são irresponsáveis e podem recorrer ao aborto futilmente, o que promoveria a banalização da prática, se legalizada. Essa suspeição aparece principalmente quando se referem à violência sexual. Nos casos de malformação fetal não há tantas dúvidas, senão vejam:

(...) eu acho que as más formações incompatíveis com a vida elas não deveriam nem é... precisar de ordem judicial, porque hoje só é a anencefalia né, mas eu acho que você também fazer com que essa mulher precise procurar um serviço judicial para conseguir uma autorização é... é um pouco cruel né, porque a mãe já está vivendo um momento difícil. A gente sabe o quão é difícil procurar esse serviço de saúde (Enfermagem).

Enfermeira e médica pensam de forma semelhante:

só nos casos em que... feto inviável, patologias em que o feto é inviável à vida, que no momento a gente necessita ainda de autorização judicial (...) as patologias que são realmente inviáveis, que não têm porque permanecer uma gestação, todo um sofrimento para a paciente desnecessário. (...) Só deixar a população bem consciente, bem-informada do que é realmente um aborto legal, que não é eu ter relação e engravidar e achar que é brincadeira. Vim aqui fazer um aborto e pronto. E assim, ah tá fácil né? Agora eu não faço... não me previno mais, não faço mais nada, se eu engravidar eu vou lá no hospital, faço, tiro, pronto, acabou-se. Porque às vezes a população começa a banalizar algumas situações (Profissional de Medicina).

Na entrevista com as coordenadoras do núcleo de educação e pesquisa e a da assistência social, ambas defendem revisão e ampliação da lei atual, mas as duas acreditam também que não dá para “legalizar totalmente”, porque “não seria levado a sério”, ou porque as pessoas podem se irresponsabilizar pela prevenção. A responsabilidade, no caso das duas profissionais, parece estar reivindicada apenas a partir do individual, não como política de acesso ao direito e ao planejamento reprodutivo. A gestora, no entanto, faz uma avaliação que considera também a responsabilidade das instituições públicas em promover políticas de saúde integralizadas:

Assim, é uma faca de dois gumes. Quando a gente fala de uma população esclarecida, que tem acesso à saúde, que tem acesso à educação, que tem acesso a exames, a médicos, à assistência de um modo geral, que tem conhecimento, enfim, que tem acesso, e aí a gente fala também de uma população que não tem acesso a informação, que não tem acesso a métodos contraceptivos, porém eu acho que ela independente, ela tem que ter o poder sobre o seu corpo, a decisão sobre o seu corpo. Então, eu sou a favor disso; porém, a gente precisa criar políticas públicas pra poder aquela população que ela não tem acesso, que ela (a mulher) não é privilegiada, que ela não tem acesso à assistência, que ela possa ter uma assistência maior a métodos contraceptivos, acesso a médico, à assistência médica, à assistência multiprofissional, em paralelo. (...) Porque se a gente liberar, tipo as-

sim, liberar o aborto independente do abuso ou não a gente vai... a gente pode aumentar mais ainda esse abismo dessas mulheres. Elas vão ter acesso ao aborto, porém elas não tiveram acesso à prevenção, que é muito mais barato, muito menos invasivo. Então, teria que ser em paralelo, além de acesso à saúde, à educação.

Profissional da psicologia foi outra trabalhadora a defender a legalização de forma mais ampla:

Concordo sim (com a descriminalização/legalização). É, eu penso que gestar o filho, dar continuidade na gestação, envolve diversos fatores, socioeconômicos, psíquicos, que precisam ser considerados dentro desse contexto geral, e precisa ser dada essa atenção, essa oportunidade, essa possibilidade pra esses sujeitos pra que a gente reduza, inclusive, essas questões de mortalidade, vários outros riscos de saúde, né. Acaba sendo uma questão de saúde pública também, a própria existência dos abortos legais e clandestinos. Então, eu acho que deveria ser pensado sim na ampliação geral (Psicologia).

Entre as enfermeiras e técnicas de enfermagem, recepcionistas e outras/os funcionários/as, pacientes e acompanhantes na sala de espera, que foram consultados/as pela pesquisadora em observação, as opiniões se dividem entre aqueles/as que defendem o direito de decisão da mulher e os/as que defendem a não descriminalização/legalização do aborto, geralmente com o mesmo argumento da banalização, de que se “*não queria engravidar que tomasse as suas precauções*”.

Fluxo do atendimento para as pessoas atendidas no serviço

Aqui cabe ressaltar que foi difícil estabelecer um único fluxo, levando-se em consideração o que relataram as entrevistadas. O que parece acontecer é que, a partir da demanda, o serviço se organiza, adaptando protocolos ao contexto do hospital naquele determinado momento. As pequenas divergências nas descrições podem demonstrar que o fluxo tem flexibilidade para se adequar à disponibilidade das/os profissionais no momento de acolhimento às mulheres, ou que ainda não há um fluxo realmente definido; ele vem sendo modificado e adequado às necessidades de pacientes e profissionais:

(...) diz que nem sempre foi assim, que antes o atendimento psicológico ocorria depois do atendimento médico, mas que a equipe se reuniu e reestruturou o fluxo para priorizar o acolhimento e o atendimento multidisciplinar. Ela comenta que os médicos preferiam do jeito anterior; eu pergunto o porquê, mas ela não é muito precisa; só reitera que eles comentam que preferiam do jeito anterior (Psicologia).

Uma das profissionais de saúde comentou que o serviço ainda “precisava amadurecer, é ainda muito novo”.

Atenção imediata à violência sexual

Crianças e jovens de até 16 anos dão entrada pela emergência pediátrica. O serviço da pediatria já existe há 11 anos; já está mais “enraizado”, segundo uma das enfermeiras. Nos casos de violência sexual, realizam o atendimento preventivo:

(...) que foi um tabu também muito grande, era uma dificuldade grande anteriormente para os pediatras entenderem que eles poderiam fazer todo o tratamento sem precisar de ginecologia, só quando fosse necessário. Mas hoje não, hoje já, o pediatra faz tudo, faz a profilaxia e encaminha. Se tiver necessidade de ginecologia, eles solicitam; aí, a gente aciona um médico específico para isso e ele vem fazer o atendimento da criança (Gestão).

Os casos pediátricos, em sua maioria, chegam a partir de encaminhamento do Conselho Tutelar e Ministério Público. Crianças e adolescentes são atendidas por médico e psicóloga, mas explicaram que geralmente o atendimento psicológico é feito fora do H3. A assistência social atende a família ou responsável. Se vier sem acompanhante, o Conselho Tutelar é acionado para fazer uma busca ativa.

Pacientes acima de 16 anos, segundo as profissionais de saúde, costumam chegar através do Fórum Estadual do Aborto Legal, através de ONGs, de associação de advogados municipais, referenciadas pela SESAB e, em poucos casos, por demanda espontânea. O acolhimento funciona 24 horas. Na emergência, a enfermeira da triagem faz classificação de risco (às vezes, a coordenadora da enfermagem participa) e aciona o Serviço Social e médico. Casos de demanda espontânea para aborto

legal costumam ter continuidade do atendimento em uma das duas salas de triagem, que fica bloqueada para este atendimento. Se a paciente vier referenciada, já é atendida no consultório médico. O acolhimento é feito individualmente; acompanhante só entra se a paciente quiser:

(...) então, se a gente naquele momento tiver a oportunidade de juntar serviço social, médico e o psicólogo, a gente já faz uma consulta só. Em alguns momentos, a gente não consegue e a gente tenta ao máximo para que ela não fique falando aquela história toda novamente, explicando o assunto, mas não é sempre que a gente consegue fazer essa... a gente chama de 'visita multi', essa consulta multiprofissional todos de uma vez só (Gestão).

De acordo com a coordenação do serviço social, depois que as pacientes recebem a classificação de risco, retornam à recepção para preencher uma ficha. Quem atende primeiro, na maioria das vezes, é a/o profissional de medicina. Se ela ou ele estiver muito ocupada/o, o acolhimento será feito pela psicologia. No caso da paciente que foi por nós entrevistada, ela foi recebida inicialmente pela assistente social e, posteriormente, após a rotina de triagem, fez o relato do acontecido para a assistente social, enfermeira e psicóloga, todas juntas.

Documentos exigidos segundo o tipo de demanda para o aborto legal

O único pré-requisito é a palavra da mulher. Nos casos de violência sexual, não é solicitado Boletim de Ocorrência:

Não. Basta apenas o relato da paciente. Apesar de que a maioria sempre traz. Acaba trazendo algum outro tipo de documento judicializado, ou de exame, é, por medo mesmo, de que não seja recebido dentro do hospital. Mas quanto ao fluxo, basta de fato o relato da paciente (Psicologia).

Não que esta questão esteja pacificada entre a equipe de profissionais. Há discordâncias, por exemplo:

(a enfermeira) comenta que essa regra existe [a regra de não se exigir o boletim de ocorrência] porque o sistema é falho; diz que

sabe que muitas mulheres são maltratadas na delegacia e que é falho, mas que do jeito que é hoje, comenta que “se as mulheres soubessem disso, muita mulher iria procurar o serviço sem ter sido estuprada”. (a enfermeira) comenta que leu no protocolo do Hospital que “a palavra da paciente é soberana”, então que entende que não cabe à equipe julgar nada, mas que isso é uma falha.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

A declaração de uma profissional de enfermagem entrevistada sobre recusas por alegação de objeção de consciência faz suspeitar que a norma e protocolo de não solicitação do BO podem nem sempre estar sendo cumpridos. Também merece observação o que aparece em alguns depoimentos sobre a chegada de pacientes já munidas de encaminhamento judicial para realização do aborto legal. São elas que se antecipam, ou se antecedem – precavidas – a uma demanda que já foram avisadas existir?; há que ser melhor investigado:

*Mas, de uma forma geral, eu acho que as objeções de consciência ocorrem por essa questão, é, do profissional não acreditar que foi um estupro. É tanto que é... **muitos exigem um boletim de ocorrência** para ter certeza que foi, então eles têm muito receio em fazer o procedimento e amanhã ou depois serem acusados de que não era, apesar de estarem cobertos né? Então, eu acredito que o problema maior seja esse, posso estar enganada (Enfermagem).*

A alegação de insegurança jurídica geralmente surge como justificativa à solicitação de documentos que não estão previstos pelas normas. Nos casos de anencefalia, são solicitados dois exames de ultrassom com laudos de médicos diferentes. Os casos de risco de morte demandam parecer de dois médicos:

Aí a gente vai precisar só da indicação, do parecer do médico especialista na área e do médico obstetra. E normalmente a gente não tem nenhum problema em relação a isso não, os médicos indicam e é... faz o procedimento (Enfermagem).

A médica informou que a mulher e a família também precisam assinar autorizando o procedimento. Conforme relato de outra profissional

de saúde, a maior dificuldade encontrada nos casos de risco de morte é para obter a autorização da família; e, em muitos casos, da própria mulher que, por estar diante de uma gravidez desejada, não quer interrompê-la, mesmo sabendo dos riscos.

Instâncias de avaliação das demandas de aborto: Comitês e Comissões

Uma enfermeira, que já não está mais trabalhando no hospital, relatou:

A gente tem um grupo de aborto legal interno, onde a gente discute os casos né, os casos que aconteceram pra ver se a gente falhou em algum momento, como é que a gente poderia agir com aquele paciente, o que nós poderíamos fazer pra ser o mais rápido possível esse atendimento.

Outras profissionais entrevistadas disseram que há um Comitê de Ética para todo o hospital. Já nos casos de aborto legal, a comissão se forma com a própria equipe multidisciplinar que está acompanhando a paciente e se reúne para discutir o caso clínico e encaminhar, de forma ágil e desburocratizada:

(...) a gente só tem esse momento mesmo de, de, às vezes é uma reunião que acontece no postinho de Enfermagem, né, todo mundo ali em pé, é, chega, quando chega paciente a gente discute ali, né, que não é aquela coisa organizada, é mais de fato, entrando na rotina, né, e aí, é, e faz o esse, esses atendimentos, né, e direciona os atendimentos e depois, mas fora isso, não (Psicologia).

Profissionais de saúde nos contam que há no Hospital uma Comissão de Violência; dentro desta, um Comitê de Violência, do qual participam outras entidades, como Conselho Tutelar, delegacias, escolas, etc. Foi criada desde que era apenas pediatria em função do volume de atendimentos. Fazem reuniões mensais, sistematizam números, publicam boletim para divulgação desses dados. Estão construindo indicadores, acompanhamento de gestão para ver se os protocolos estão sendo seguidos – utilizam o sistema Estratec –; discutem casos.

Métodos de esvaziamento uterino utilizados

No que se refere à realização do procedimento de interrupção da gravidez, utilizam misoprostol, AMIU e/ou curetagem. A declaração da coordenadora da obstetrícia induz haver uma “preferência” pela curetagem, que é comprovadamente um método considerado menos seguro e mais invasivo do que AMIU: “o procedimento é sempre o mesmo, é indução de colo e curetagem”, diz ela. Não temos como afirmar se isso pode estar relacionado com a idade gestacional dos casos que chegam até o serviço; e não foi possível apreender quais são as situações que definem o método utilizado para a interrupção da gravidez. Só uma profissional entrevistada se referiu à AMIU, conforme pode ser visto abaixo:

E aí a paciente é internada pra realizar o procedimento. A gente faz com base no que é estabelecido pelo protocolo do Ministério da Saúde, até 22 semanas. Pacientes até 12/13 semanas a gente dá preferência por fazer sempre a preparação do colo com uso de misoprostol né, e aí a gente segue com aspiração manual através da AMIU, e pacientes que têm acima de 13 semanas até 22 semanas ela vai precisar realmente expulsar o conteúdo por conta de partes ósseas, e após a expulsão faz a curetagem por conta da indicação mesmo. Terminando o procedimento, se a paciente for feito com AMIU, ela normalmente aqui na unidade, a gente deixa a paciente internada 24h, até porque a gente tenta fazer ultrassom de controle e quando essa paciente vai e recebe alta, mas a depender da situação, por exemplo, se a paciente internou ontem e eu consegui fazer uma AMIU hoje pela manhã, a paciente ela pode ter alta a partir de 6 horas, então às vezes ela tem alta no mesmo dia que faz o procedimento, desde que ela esteja bem, o procedimento tenha sido sem intercorrência, a gente coleta o material para anatomia patológica, o hospital mesmo encaminha pra unidade de referência que faz o exame, e a paciente recebe uma segunda via do protocolo pra ela pegar o resultado do exame pela internet ou ela pode ligar pra unidade e solicitar esse resultado via e-mail. É mais ou menos esse nosso fluxo (Enfermagem).

Vale salientar que a paciente por nós entrevistada esteve exposta a uma curetagem para uma gravidez de apenas 4 semanas.

Atenção a segmentos específicos (crianças/adolescentes, pessoas trans e não binárias)

O hospital tem um protocolo de atendimento geral para atender grupos específicos, mas não tem protocolo próprio para atendimento a esses grupos no serviço de aborto legal. Nunca atenderam homem trans para interrupção de gravidez. Quanto ao atendimento às crianças, a médica observou não haver maior dificuldade além da demanda de maior cuidado na hora de fazer o toque, que parece ser uma prática recorrente:

*A maior dificuldade é porque assim, geralmente as crianças e até adolescentes que sofrem abuso é mais difícil você fazer um exame nessas crianças, então você tem que ter um certo cuidado, porque são pessoas bem fragilizadas. (...) é, você às vezes não consegue fazer o **toque**. É bem difícil, aí tem que ter uma certa paciência, mas assim [mudo] é [mudo] mas a gente consegue... consegue tranquilo sim, avaliar tudo certinho, a gente vai conversando, vai explicando o que a gente está fazendo (Profissional de Medicina).*

Pergunto se elas acham que o aborto legal é mais difícil para as meninas ou para as mulheres, no sentido de identificar dificuldades específicas. Na opinião de (enfermeira) é mais difícil para as meninas, pois tem a impressão que elas demoram mais tempo para chegar no serviço, que ela percebe que as meninas demoram para perceber que estão grávidas e outras escondem a gravidez; ela percebe também que as adolescentes que chegam com a demanda do aborto legal tem o tempo de chegada coincidente com o tempo em que a mãe demorou para saber da gravidez. (a assistente social) acha que para as adolescentes é mais fácil porque são histórias que mobilizam mais a equipe.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Intervalo entre demanda e desfecho

A coordenação de Enfermagem afirmou que tem de 24 a 36, ou 48 horas, como prazo ideal para realizar todos os procedimentos, desde o acolhimento até a alta da paciente. Nos casos de anencefalia, quando a gravidez está adiantada e é necessário fazer uma cesariana, pode demorar mais tempo: 48 horas ou um pouco mais. Conforme a psicóloga, esses prazos podem deparar com obstáculos para serem cumpridos:

*É, um dia e meio, dois dias. (...). Existe atraso. Existe atraso porque o médico que atende na emergência obstétrica, na verdade, que atende na emergência, nem sempre ela vai estar no CO, né, no centro obstétrico. Aí lá, é, pra encontrar um médico que aceite fazer, né, o aborto legal, também às vezes acaba sendo uma condição, e aí pode demorar, pode, né, é, enfim, pode ser que não, mas tem esse, esse obstáculo também, e que muitas vezes quando ela chega, né, tudo pronto lá no centro, o médico que está de plantão, ele não aceita fazer. É, são várias questões, né, eles sempre trazem essa questão da **objeção de consciência**, e aí ela tem que aguardar o próximo médico, né, ou diarista de plantão chegar, pra poder fazer o procedimento.*

A paciente entrevistada por este estudo também precisou aguardar troca de plantão para começar o seu atendimento médico. Deu entrada em um dia 06 e recebeu alta médica no dia 9. Há situações em que o tempo foi ainda mais extrapolado, exigindo o retorno da paciente ao serviço para finalização adequada do procedimento:

Teve um caso bem específico assim, que eu me lembro, né, que ela demorou três dias e meio. A diretoria acabou tentando ligar pra um médico, é, pra coordenadora médica, na verdade, da obstetrícia pra ela ir fazer esse procedimento, visto que os profissionais que estavam de plantão eles não concordaram em fazer. Enfim, essa coordenadora não estava na cidade, então demorou aí um período, né, e quando chegou no outro dia, o profissional que assumiu o plantão, antes dessa coordenadora chegar, acabou fazendo o procedimento e aí a paciente precisou ficar mais vinte e quatro horas de observação nesse período. E já aconteceu também da paciente retornar. Tem um caso também específico, né, aconteceu uma vez, de dessa paciente ter vindo, ter seguido o fluxo, tudo certinho, ela voltou ao município e uma semana depois ela estava com vários sintomas, com sangramento, resolveu fazer um exame e foi confirmado que ela ainda estava gestante, né, então ela precisou retornar de emergência pra lá pro hospital pra gente entender também, né, o que que havia acontecido. Enfim, essas questões que aconteceram, então ela acabou passando mais tempo com a gente, justamente por conta dessas outras questões que não existe aí até hoje, uma explicação em relação a isso, mas já aconteceu (Profissional de saúde).

O caso parece ter se configurado como uma situação de violência médica/institucional e/ou negativa profissional, que demandou da equipe tomar providências para reconhecer e corrigir o problema, conforme a continuidade do relato:

(...) A gente teve que reunir com as diversas coordenações, com diretoria, é, pra explicar, né, o que havia acontecido, tudo dentro do prontuário, né, estava falando que ela fez o procedimento, e aí, é, houve a possibilidade de que era um saco gestacional. Não tinha embrião, mas ainda assim o saco estava lá, então por isso que o corpo entendia ainda esse processo de gestação que ainda estava (?), e aí, uma das possibilidades era que esse saco gestacional estivesse preso em um dos ovários, das trompas, e com o procedimento realizado ele desceu, e aí como já havia sido feito o procedimento, é, enfim, não viram, né, que havia ficado esse saco gestacional. Essa paciente dentro do atendimento ela já pontua também, né, que poderia ter sido a médica que realizou o procedimento, porque foi uma paciente que, enfim, foi exposta, né, infelizmente passou por essas questões de constrangimento com médicos e de bater boca, de, enfim, é, de gerar mais sofrimento do que é o necessário, né, e aí ela acreditava que por conta da questão moral dessa médica, ela não realizou o procedimento de fato, né, com a devida atenção, mas isso também não tinha como ser comprovado dentro dos documentos que a gente tinha, né, e o útero dela mostrava que havia sido feito, né, um procedimento. Então a gente não tinha como, é, fechar, né, essa questão do que aconteceu. A médica foi obviamente notificada pela diretoria. Houve essas repercussões aí, ainda está em ouvidoria, né, essa situação específica. E a única teoria que de fato, né, e se achavam era dessa questão desse saco gestacional ter estado em outro órgão e descido após o procedimento (Profissional de saúde).

Vale observar que, ainda que houvesse uma condução irregular ou malsucedida por parte de uma das profissionais, a equipe se sentiu mobilizada a dar uma solução positiva ao caso.

Acompanhamento pós-aborto

Geralmente, solicitam às pacientes retornarem ao hospital após 15 dias para avaliação clínica. Mas não há acompanhamento posterior para o planejamento familiar, já que o hospital não possui setor de gineco-

logia, afirmaram. Quanto ao atendimento psicológico: “*aí, a psicologia encaminha pro CAPS do município, se tiver (Serviço Social)*”. Pacientes recebem orientação e encaminhamentos, sem formalização, no sentido de entrar em contato com o outro serviço:

(...) O serviço social que faz todo esse encaminhamento. (...) a gente não vai formalizar, não vai ligar para o município para perguntar “oh, eu tô com uma paciente aqui e eu tô precisando...”, não, mas esses encaminhamentos legais de CREAS, de conselho tutelar e todos a gente faz (Gestão).

Não, a gente faz os devidos encaminhamentos, né? Quando precisa, pra rede, pra ela ser acompanhada, mas assim, a gente não tem o feedback também da rede. Você quer ver um exemplo, o Conselho Tutelar... eu já fiz várias reuniões com eles, (aqui em Feira tem quatro conselhos), mas apesar da parceria eles não... Eles não conseguem dar feedback. Dá feedback de um caso ou outro, quando eu mando e-mail, é, cobrando, mas não tem como mandar (Serviço Social).

A paciente ouvida por este estudo disse que recebeu encaminhamento para ir até o Hospital da Mulher realizar os exames necessários para colocação do DIU, o que ela não havia feito até o momento da entrevista. Recebeu também encaminhamento para o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), para atendimento psicológico.

Limites e negativas da demanda

Idade gestacional

Na conversa com as profissionais, verifica-se uma flexibilidade no que se refere à idade gestacional limite para a realização do aborto/interrupção da gravidez. Na sua primeira resposta, a assistente social disse que seguem o protocolo de até 12 semanas. Mas, depois de consultar o protocolo no computador, corrigiu dizendo que acima de vinte e duas semanas não realizavam, e que para os casos de anencefalia e risco de morte não há limite de idade gestacional para realização do procedimento; o que muda é o método utilizado. Fala que é corroborada pela médica, no que se refere a outras anomalias incompatíveis com a vida:

Anencefalia, Potter 3, agenesia renal. (...) é, aí assim essas outras patologias normalmente as pacientes elas entram na Justiça para pedir autorização judicial, e assim que elas têm autorização judicial é realizado. (...) se ela já vem é... se ela já chega aqui na unidade com autorização judicial tudo certinho, pra gente é até mais fácil, então a gente já faz de imediato entendeu? (Profissional de Medicina).

No que se refere às situações de risco de morte para a mãe, afirmações fizeram parecer que esta era uma possibilidade de interrupção da gravidez menos questionada, pela equipe, que nos casos de violência sexual:

*Sempre que envolve **risco de vida da mulher** a gente percebe que é... eu acho que eu reagiria de forma mais tranquila, e a gente percebe que os profissionais reagem de forma mais tranquila, é como se eu entendesse como uma consequência realmente daquela situação, para eu manter a vida da mulher a gente vai precisar interromper uma outra vida, porque é... a mãe vai ter a possibilidade de gestar mais para frente né, e talvez se a gente prosseguir com aquela gestação a gente vai ter uma criança que vai ficar sem mãe. Então eu acho que é mais fácil tanto para mim quanto para a equipe de uma forma geral assimilar essa questão (Enfermagem).*

Houve, no entanto, relato de uma das profissionais se referindo a um caso de gravidez com risco de morte da mãe que merece ser destacado, já que indica uma preferência da equipe por levar a gravidez a termo:

Então, atender sim, né, é, tem essa porta aberta, mas como eu comentei anteriormente, é, não é algo que não há demanda que chega por causa de aborto legal não. Geralmente essas pacientes que correm o risco de vida, elas acabam sendo internadas em UTI, não me recordo, até o momento, de ser apresentada a elas essa possibilidade, né, e dentro dos atendimentos que eu fiz a pacientes que tinham esse risco elas também não trazem, é, esse desejo de interrupção, né, mas lá tem muito isso de antecipação do parto, não de interrupção né, que é algo que também eu vejo que é muito resistente, né, da resistência médica em optar pela outra possibilidade. E aí quando acontece geralmente nesse fluxo, né, não entra no aborto legal não. Pelo menos até o momento em que eu estive lá, as gravidezes de risco pra mãe,

né, pra mulher, é, não entram no fluxo. E aí eu não sei dizer se foi por uma escolha dessa mulher, ou se foi uma escolha clínica médica mesmo, se não foi apresentado de fato. (...) (resistência) pra interrupção. Pra antecipação eles ainda fazem, né, às vezes dão a medicação, né, aquele, é, potássio de magnésio para ir segurando, é, no caso já teve, por exemplo, caso de paciente com crise convulsiva severa que aí, é, precisaram, né, entubar, deixar em coma induzido, pra que ela mantivesse aquela gestação até o final, né, então assim eu vejo que são pensadas outras opções, mas a interrupção da gestação não. Tem essa resistência em fazer a interrupção, né, pra ter outras possibilidades. (...) Isso, né, a opção pra que ela, é, no caso, nem viesse a óbito, nem, enfim, no intuito de preservar a vida dos dois, do bebê e da mulher. A equipe ela optou por isso, né, de fazer essa outra forma aí de atendimento, pra que ela chegasse até uma determinada semana, em que fosse possível antecipar esse parto, e enfim fazer todo o restante do procedimento. (...) Foi com consentimento dela pra fazer, né, mas é isso que eu digo, não sei se foram apresentadas a ela outras possibilidades, essa foi uma que foi apresentada e que houve sentimento e aí ela foi, fez a indução de coma, foi intubada, né, até porque a gestação estava piorando muito essas crises, né, e a gente, de fato, chegou no limite clínico, e aí optou por isso (Profissional de saúde).

A médica coordenadora da obstetria também reforçou essa prioridade em garantir o termo da gravidez:

Ó, a gente atende várias assim, mas aí como a gente faz um pré-natal de alto risco tipo 2, que seriam enquadradas essas pacientes, então a gente consegue conduzir direitinho entendeu? Mas assim, a maioria das pacientes que chegam pra gente já chegam com a idade gestacional maiorzinha né, porque ela vem da atenção básica, querendo ou não ela vem da atenção básica. Então assim, a gente já pegou algumas pacientes de hipertensão pulmonar grave, pacientes que tiveram um tromboembolismo pulmonar, pacientes pós-câncer, e a gente consegue conduzir tranquilo. Ou a gente conduz pelo pré-natal de alto risco até uma certa idade gestacional e depois a gente interna e conduz internada ou em... a maioria é dessa forma, ou então quando a gente pega realmente pela admissão aí a gente conduz já internada, porque assim teve até há pouco tempo, a gente teve a gravidez ab-

dominal aqui no H3 e foi uma bebezinha que nasceu de 34 semanas quase, 33 semanas, mas ela passou o tempo inteiro internada, desde a identificação da gravidez abdominal. (...) se possibilita que a gente leve até uma idade gestacional viável a gente leva, se não possibilita aí infelizmente a gente tem que priorizar né a mãe.

No diário de campo de 08/08/22, a pesquisadora anotou sobre a conversa com uma enfermeira:

Pergunto sobre a interrupção da gestão em casos de risco de vida para a gestante, mas ela nunca atendeu; o que é mais comum na sua rotina de trabalho é atuar em casos de parto prematuro quando há risco de vida para a gestante.

Fica como questão se a interrupção de gravidez nos casos de risco de morte já está realmente pacificada nas equipes de profissionais que os atendem e se as mulheres são realmente informadas que podem recorrer à interrupção como um direito e uma alternativa para preservar as suas vidas e saúde.

Uma das profissionais de saúde afirmou que a idade mais avançada que já atenderam foi de 24 semanas, a partir de um consenso entre a equipe.

Rotinas do serviço

De acordo com as profissionais, o serviço possui um protocolo para todas as etapas do atendimento ao aborto legal. O protocolo elaborado para orientar o serviço, está fundamentado nas normas técnicas do Ministério da Saúde.

(...) e pra não ficar cada profissional tendo uma conduta assistencial diferente, a gente achou por bem realmente, já que somos referência, montar um protocolo, fazer... é... preparar o serviço pra que a gente consiga um atendimento mais qualificado pra essas mulheres né (Enfermagem).

(...) Então como eu sou desses dois setores, que é realmente a porta, por onde essa paciente mais passa, eu fiquei sendo responsável por formular esse protocolo com base no que o Ministério da Saúde traz pra gente, com base no Código de Ética e no que a gente já tem de

lei né... (...) eu me dispus a fazer o processo, não foi nada assim forçado, a minha disposição foi voluntária sabendo da necessidade que é atender essas mulheres de forma digna né, de forma respeitosa e a gente, já que nós somos referência, a gente precisa oferecer um serviço de qualidade né (Enfermagem).

Quando os casos fogem ao que está previsto no protocolo, são encaminhados para a/as comissões (o hospital possui comissão de ética geral interna e comissão de ética médica) e/ou ao setor jurídico. Apesar de ter sido solicitado, não tivemos acesso ao(s) protocolo(s), mas a pesquisadora de campo pôde ver rapidamente, em uma conversa com enfermeiras, documentos que o compõem, mostrando o fluxo e anexos, que afirmou serem os mesmos que constam da Portaria 2.282/2020 do Ministério da Saúde, “aqueles que precisam ser assinados pela paciente e/ou pela equipe”.

Notificação da violência sexual

Segundo a coordenadora do serviço social, a equipe do serviço realiza a notificação plena da ficha do SINAN: “em qualquer caso de violência, a notificação é plena. Tanto pro caso de crianças e adolescentes, como para o de mulheres; mas, neste último, o número é bem menor”. O (atendimento) de psicologia só notifica a violência psicológica. Não está especificado para quem é notificado.

A violência sexual contra crianças e adolescentes é notificada pelo serviço social ao Conselho Tutelar e à delegacia. Mas, o mais comum é que crianças e adolescentes já cheguem ao serviço acompanhadas pelo Conselho Tutelar. A gestão do H3 afirmou que toda violência deve ser denunciada, e que as mulheres são orientadas a fazer a denúncia - uma fala corroborada pelo que diz a assistente social:

Quando é uma mulher adulta, a gente dialoga com essa mulher porque ela tem o direito, né, de fazer o boletim de ocorrência, ou não. Porque aí não é obrigado ela registrar. Agora a gente orienta essa mulher, e a gente informa a Delegacia da Mulher, entendeu? A gente faz a informação pra delegacia. Mas nem sempre o inquérito é aberto porque muitas vezes a mulher ela não quer registrar a queixa, é um direito dela (...) E aí a gente encaminha essa mulher pra essa Secretaria onde ela vai ter todo o atendimento de uma rede, é, de

uma equipe multidisciplinar que tem advogado, que tem assistente social, psicólogo, que vai fortalecer esse vínculo e daí ela vai ter coragem de fazer a denúncia, entendeu? (Serviço Social).

Em outro momento, em um diálogo com uma enfermeira e a assistente social, elas afirmaram:

Pergunto se nos casos de violência sexual contra mulheres adultas elas também notificam a Delegacia. A enfermeira faz uma pausa e diz que isso é muito complexo, porque há mulheres que não querem denunciar e a notificação gera um processo administrativo. A assistente social intervém mais uma vez e diz que elas notificam porque é uma obrigação legal, mas que isso não gera a obrigação da mulher “dar queixa”.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Apesar de certa ambiguidade nas falas, apesar de vários/as funcionários/as afirmarem que o posto policial em frente ao H3 não está funcionando, do posto policial ter sido visitado algumas vezes e estar sempre vazio e fechado, o que sobressai nas declarações da assistente social é que a notificação policial é sim realizada, seja para a Delegacia da Mulher ou outra delegacia. Por outro lado:

(a psicóloga) percebe que as pacientes não têm tanto interesse na denúncia, sejam elas ou seus familiares; mesmo nos casos em que as vítimas são crianças e adolescentes ela percebe que o interesse maior é superar aquele momento.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Coleta de material

Segundo uma enfermeira, “a gente coleta o material para anatomia patológica, o hospital mesmo encaminha pra unidade de referência que faz o exame”.

Perfil e Quantitativo de mulheres atendidas

Até o momento em que realizamos este estudo, poucas pessoas haviam sido atendidas pelo serviço de aborto legal do H3. Mas consta-

tou-se uma dificuldade em levantar os números exatos dos atendimentos, visto que, tanto os casos de aborto legal como os casos de aborto induzido ilegalmente, entram em uma categoria geral de aborto. Não há como saber, tampouco, a cor/raça de cada paciente que chegou ao serviço, porque essa informação não era levantada. Estão organizando atividade de formação para trabalhar estas questões de registro com a equipe do serviço. Esta pesquisa foi importante para chamar atenção para a necessidade de desmembrar esses dados, nos disseram.

Alguns números esparsos nos foram relatados, sem que tivéssemos acesso a documento formal. Segundo a gestão, desde 2016 – em cinco anos –, receberam 4 a 5 casos apenas, todos judicializados, mesmo quando previstos em lei. De outubro de 2021 em diante, desde que a SESAB deu início à divulgação do serviço de referência, houve um aumento da demanda: “(...) de outubro pra cá, a gente percebeu um aumento... provavelmente entre seis, oito, dez, tudo o que a gente teve na história anterior foi em um período de seis meses agora” (Gestão).

Conforme a ex-coordenadora da enfermagem, entrevistada em abril de 2022:

Olha nós tivemos no ano de 2019 um caso de interrupção por anencefalia e um abortamento por abuso sexual, em criança, uma criança de 11 anos. Em 2020, nós tivemos um abortamento por abuso sexual, em uma criança de 12 anos, e um caso de anencefalia. Em 2021, nós tivemos seis abortamentos por abuso sexual em adolescente, foram onze... duas de 11 anos, uma de 12 e uma de 17. E agora em 2022 nós já tivemos seis casos de abortamento por abuso sexual e uma anencefalia. E a gente vê que tem crescido né, o que a gente teve em um ano, esse ano a gente já... já conseguiu bater o mesmo número, em menos de 6 meses (...) Eu acho que foram 5 ou 6 (casos de) anencefalia, desde quando a gente tá como referência, mas tem antes do serviço ficar como referência também.

A partir das visitas ao Hospital – na sua origem um hospital voltado às crianças e assim identificado – verifica-se a presença de muitas mulheres jovens em todos os espaços de circulação: “Fica evidente que o ambiente do Hospital é povoado por crianças e mulheres, que são a maioria das acompanhantes, mas o foco de atuação são as crianças e

adolescentes.” (Diário de campo, 08/07/22). Elas se destacam, inclusive na maternidade, aguardando a hora da consulta pré-natal ou no retorno do parto para casa. Além do fato de possuir emergências pediátricas e obstétricas, considere-se a importância estratégica de instalar no H3 um serviço de aborto legal. Um estudo mais aprofundado poderia responder, porém, com que frequência meninas são encaminhadas à maternidade, ou ao serviço de aborto legal, quando as situações de violência são constatadas. Leve-se em consideração também a necessidade de reconhecimento dos casos de presunção de violência, até os 14 anos de idade. A profissional de saúde:

Comenta que normalmente o estuprador é um homem conhecido da família, um parente da menina ou um vizinho. Conta que uma vez atendeu uma menina de 12 anos que buscou atendimento naquela emergência para o parto e a mãe contou que a menina havia sido estuprada pelo vizinho, que a família decidiu por não denunciar, mas que o pai da menina “quase tinha matado o vizinho”, fazendo referência à fala da mãe. Eu não vi nenhuma adolescente grávida na sala de espera, nem em outras recepções do Hospital, mas tem chamado minha atenção que muitas gestantes aparentam ser muito jovens. Isso também me faz pensar sobre o número aparentemente reduzido de casos de aborto legal que a equipe do Hospital tem conseguido identificar e na naturalização do estupro contra meninas. E a fala da mãe da menina estuprada que a enfermeira me conta também me faz pensar que o aborto não é uma opção encarada por algumas famílias que efetivamente tomam as decisões sobre a vida reprodutiva das adolescentes.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Ficam, portanto, algumas questões: quantos casos de gestação e partos se incluíam na situação de violência presumida? As crianças estão sendo tratadas como crianças ou como mães? Até onde a violência contra elas está naturalizada? Quais os desafios para instalar o atendimento à violência sexual e aborto legal em um hospital com essas características?

Violência institucional

A diretora reconhece que o último ano foi de melhora do atendimento, mas que ainda há muito o que avançar, não necessariamente em questões técnicas, mas principalmente na questão da empatia entre alguns/algumas profissionais e pacientes.

Vale ressaltar o que observou uma profissional da enfermagem a partir da sua trajetória, no que se refere ao aborto clandestino. Ela pressente uma mudança de comportamento em novas gerações de profissionais:

O que a gente via há muito tempo antes é... eu tenho o quê? Tenho 9 anos de formada, vou fazer 10 anos, e eu lembro da minha formação, do meu estágio, que as salas de curetagem, na época que eu fiz estágio em saúde da mulher, era uma sala afastada e os médicos eles faziam ketamina, não sei se vocês conhecem né, que é um sedativo chamado ketamina, dizem que é a droga da verdade, as mulheres quando... as mulheres não, a pessoa quando toma, quando ela está despertando ela costuma falar coisas do seu mais íntimo né, parece que desperta a verdade. E assim, eu lembro que na época os médicos anestesistas optavam por fazer esse tipo de medicamento sedativo, que era o momento que a mulher tava despertando e ficavam questionando a mulher, por que foi feito é... isso é o que há 9 anos, quando eu estava em estágio. Eu acredito que a gente evoluiu bastante em relação a isso, a gente tem um é... pessoas de formação nova, que vêm com uma visão diferente pra tentar trazer uma melhor qualidade de assistência pra essas mulheres.

Já outra profissional do serviço reconhece a violência contida nas palavras e na forma como alguns/algumas profissionais se dirigem à paciente, atualmente:

(...) desse médico, dessa médica, é, dentro da avaliação deles estarem ali, é, num perfil mais impositor, num perfil mais agressivo, na hora do atendimento e de isso acabar depois gerando mobilização, né, dessas pacientes e aí enfim se precisar intervir novamente, justamente por conta dessas falas agressivas que ocorrem, é, de membros da equipe. É algo frequente também. (...) Eu tenho uma assim que é também muito recorrente, né, "mas você ficou sozinha com ele, então você assumiu o risco", né, e falas dessa enfim, dessa perspectiva de

violência mesmo, né, eu não tenho outra palavra pra descrever que não seja isso e, é, acaba acontecendo dentro dessas avaliações, né?

E há, entre as profissionais, aquelas que ressaltam a falta de respostas para situações de violência profissional que são encaminhadas à ouvidoria/comitê, indicação de que podem existir limites no funcionamento desses canais de verificação e correção de rumos:

Então, quando a gente leva essa questão da comunicação violenta, né, que muitos profissionais têm. Em todas não tem uma resolutividade, acaba sendo a queixa pela queixa. Por exemplo, né, por mais que se leve, muitas vezes não tem direcionamento, fica por aquilo mesmo.

Discriminação no atendimento

A paciente entrevistada pela pesquisa citou uma situação que pode ser considerada violência institucional no atendimento, na forma de exposição a constrangimentos, quando uma funcionária do hospital emitiu opiniões sobre o aborto:

Mas não foi algo assim que a pessoa falou diretamente. Foi uma funcionária do hospital, né de serviços gerais, que ela entrou na sala tinha uma acompanhante lá, só tava eu e essa acompanhante de uma outra pessoa que tava no centro cirúrgico, e...ela fez um comentário sobre isso e de questões de aborto né. E aí ela falou que tinha gente que chegava aqui, que ela perguntou pra mim o que foi que eu vim fazer, tipo, eu não falei que foi o procedimento que como eu falei fico muito receosa com essas questões, porque eu sei o preconceito que tem. E aí eu falei que foi um procedimento de curetagem. Só falei isso. Aí ela foi falar que tem gente que chega aqui pra fazer aborto e que tipo, fica como a maior cara de deboche, e coisas do tipo, ficou falando. E aí ela olhou assim pra mim, não que seja o seu caso mas, tipo, eu senti, eu não sei se porque eu tava cismada, no momento com a situação com medo...mas eu senti que meio que ela quis me atingir de alguma forma, porque...eu acho que ela realmente queria saber se foi o procedimento de curetagem ou de aborto legal. Eu acho que por, pela questão que ela tava falando né, de que tipo, que tinha outras pessoas que veio fazer e que ficavam com cara de deboche, que tava achando graça...e ela falando que achava isso horrível... e que

fazia aborto que não deveria ser feito, que ela disse que já tinha feito um aborto e que se arrependia muito, que se ela pudesse voltar no tempo que ela não teria feito...coisas do tipo assim. Ela ficou comentando.

Suspeição da palavra da mulher

De forma geral, as profissionais afirmaram que a palavra da mulher deve estar acima de suspeição e julgamentos, que o atendimento deve ser imparcial. No entanto, a suspeição sobre o relato das pacientes foi recorrente em diversos depoimentos:

É claro que nós somos seres humanos né, nós não somos máquinas que lidamos com o outro, nós somos vidas também, e querendo ou não a nossa mente ela trabalha. Então assim, é claro que a gente já teve um caso ou outro que alguém da equipe pensou que talvez não fosse o que a pessoa tava dizendo, talvez por uma contradição um pouquinho nas informações né? (Enfermagem).

A suspeição emerge a partir de comentários ouvidos em outros setores do Hospital e não envolve apenas aqueles/as profissionais diretamente ligados ao atendimento às mulheres em situação de violência:

Um funcionário dos serviços gerais chega na sala de espera e conversa com a recepcionista. Na TV, está passando o jornal da manhã que noticia um caso de estupro em Ondina, em Salvador. Pelo que pude entender, a mulher foi perseguida pelo agressor, que era um desconhecido, e atacada na rua. Os funcionários comentam o caso e o auxiliar de serviços gerais comenta que ele não acredita que tenha sido estupro, porque se alguém é perseguido na rua a pessoa sai correndo, e ela não evitou o estupro, não saiu correndo, não gritou e a recepcionista concorda. Não seguem com a conversa e ele volta para a enfermagem.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Quando questionadas sobre as diferenças que sobressaem no atendimento às crianças, se comparadas às mulheres, a questão da suspeição volta à tona, em detrimento à palavra da mulher:

“Será que é isso mesmo?”, “Será que aconteceu isso?” (...) Mas eu acredito que alguns profissionais ainda têm sim, em relação

à criança e à mulher. Quando é criança, e quando é mulher tem diferença (Serviço Social).

Há profissionais que consideraram que o atendimento às crianças mobiliza mais os sentimentos e atenção do que as pacientes mulheres adultas, o que poderia contribuir para diminuir a suspeição sobre aquelas. Observe-se que a objeção de consciência, nesse caso, não se refere a um impedimento ético ou religioso, mas pode ser associada à desconfiança do profissional em relação à palavra da paciente, ou até mesmo ao fato de ele se considerar acima do que está definido como direito à interrupção, garantido por lei:

*Quando é com adulto as pessoas elas são mais... mais frias né, elas se envolvem menos, mas quando é com criança a gente percebe que realmente é... você pensa né poderia ser o meu filho, poderia ser minha filha, meu Deus é só uma criança né? Então a gente vê que os profissionais eles ficam mais sentimentais nesse atendimento, mas dificuldade para esse atendimento não, muito pelo contrário, eu acho que os profissionais eles se dedicam mais, eles fazem com menos... menos **objeção de consciência**, é muito difícil ter objeção de consciência nessa situação (Enfermagem).*

E há também quem veja a interferência de outros fatores para essa diferença de tratamento:

Mas dentro das emergências, quando tem um atendimento, a equipe é mais solícita, né, mais disponível, eles, é, até porque envolve vários outros órgãos, né, então tudo precisa ser muito bem alinhado nesse sentido. Não que os outros não precisem, né, mas quando se trata de criança e adolescente, parece que essa atenção, ela é maior nesse sentido. O que eu não vejo tanto quando se trata apenas de saúde da mulher, né? (Psicologia).

Recusa do atendimento

A recusa costuma ocorrer quando o tempo de gestação (confirmada por ultrassonografia) não corresponde à data da violência sofrida no relato da paciente. Conforme a gestão, a “recusa envolve não realizar

o procedimento e não prescrever as medicações”. Ela citou um caso recente em que três obstetras se recusaram a realizar procedimento por causa da história contada pela paciente: “*não duvidaram, mas não se sentiram confortáveis*”. Este caso teve resolutividade quando a coordenadora de obstetrícia o assumiu. O mesmo não se deu com outro relatado por uma enfermeira:

Eu me recordo, foi uma, uma adolescente de 17 anos, ela tinha o discurso bem desconexo, mas assim não foi por conta do discurso, foi realmente porque ela tinha uma gestação que era em torno de 24 semanas; de qualquer forma iria fugir do protocolo, e pela data do ocorrido ela teria uma gestação de 16 semanas. Então, ficou bem distante do que a gente pode fazer legalmente né, e do que o parecer técnico, médico, ele pode ser favorável. A gente conversou com a paciente, foi feita uma abordagem bem tranquila com ela, mas é, ela realmente... a gente... referenciou... contrarreferenciou pra o CRAS que tinha encaminhado, e não tivemos retorno do que foi, do que aconteceu, se ela prosseguiu uma gestação, se ela conseguiu fazer por outros métodos, porque às vezes a gente sabe que a pessoa às vezes não consegue o atendimento dentro daquele protocolo que a gente pode, a unidade tá coberta e ela acaba procurando métodos externos, não legais pra tá realizando o abortamento, infelizmente.

Foi citado outro caso em que a equipe rediscutiu e voltou atrás na recusa, mas ao entrarem em contato com a paciente ela já havia realizado o aborto por outros meios. Duas coordenadoras registraram que o parecer negativo à interrupção da gravidez deve ser devidamente registrado, com detalhamento do motivo e encaminhado ao setor jurídico, para conhecimento da Comissão de Ética da instituição.

Parece haver alguma dificuldade para acolhimento a demandas que chegam de forma espontânea, assim como aparenta que a paciente que vem referenciada apresenta maior segurança à equipe, ou estas demandas podem se configurar também como uma forma de recusa, senão vejamos:

Chega outra paciente e ela também não está com barriga; ela se apresenta na recepção e diz que está ali porque sua menstruação atrasou e ela havia feito dois testes de gravidez; eu não consigo ouvir mais informações, mas entendo que ela quer fazer um ultrassom para con-

firmar o diagnóstico. A recepcionista acha que a maternidade não vai atender o caso dela e que acha que ela não vai poder fazer o ultrassom, porque a maternidade atende casos que chegam por encaminhamento, mas diz para aguardar atendimento. A paciente se senta duas fileiras a minha frente. Eu me sento na mesma fileira e me apresento, digo que estou fazendo uma pesquisa sobre a maternidade e se eu posso fazer algumas perguntas. Ela comenta que faz pouco tempo que mora em X e comento que eu moro aqui a cerca de um ano; pergunto se ela sabe se no Hospital há o serviço de aborto legal, que é quando a lei autoriza o aborto em caso de estupro, em caso de risco de vida da gestante e feto anencefálico; ela diz que não sabe. Pergunto com quem ela mora em Feira e ela diz que mora sozinha e começa a chorar. Pergunto quantos anos ela tem e ela fala ter 19 anos, que está ali para fazer um ultrassom. Nesse momento, ela é chamada por uma dupla de enfermeiros que começam a conversar com ela no balcão da recepção. Ela diz para o enfermeiro que está ali para fazer um ultrassom, porque fez o exame de gravidez e deu positivo, mas que ela precisa confirmar; o enfermeiro diz que ela não pode ser atendida nesta maternidade, mas indicou em qual UPA ela conseguiria. Ele pergunta para ela se ela toma anticoncepcional e ela diz que sim; o enfermeiro então pergunta se ela falhou algum dia e ela diz que não; o enfermeiro insiste na mesma pergunta três vezes, enfatizando se ela realmente não tinha falhado ou se ela tinha certeza que não tinha falhado e ela mantém suas respostas, dizendo que não falhou nenhum dia em tomar o anti-concepcional. Depois desse diálogo, ela sai da emergência.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Ainda que sejam considerados os limites que podem apresentar a observação, é difícil compreender o porquê desta mulher que estava precisando de acolhimento não ter sido atendida.

Objeção de Consciência

Quando o serviço de referência foi definido pela SESAB, as/os profissionais foram perguntadas/os se gostariam de trabalhar nele ou não. A partir dessa consulta, foi feita uma “lista” daqueles/as que se recusaram a integrar a equipe de atendimento ao aborto legal. Segundo a médica: “(...) é muito mais que **não fazem** do que os que fazem, viu!”. A coordenação sabe quem é e quem não é objeto/a:

Não tem a lista não. É, de fato, de boca, né, a gente tenta fazer esse contato, é, todo dia que aparece a demanda então, é sempre, enfim, uma nova tentativa, vamos dizer assim. Ou a própria coordenadora já direciona pra quem ela já conhece que, é, já tenha feito antes o procedimento, enfim, mas a lista não tem (Psicologia).

De forma concreta, conforme afirmou uma profissional, a objeção não elimina a possibilidade de acolhimento e a responsabilidade do Hospital em realizar o procedimento:

*...mesmo os médicos que se opõem a fazer o aborto legal aqui, eles escutam, eles admitem a paciente, eles internam, eles fazem tudo normalzinho... Eles só não fazem o procedimento em si, tipo, porque a gente precisa de uma indução de colo para poder realizar uma **curetagem**, entendeu? Precisa de alguns procedimentos que os médicos que não... que é contra a religião deles, que não são a favor do aborto legal, não fazem esses procedimentos, mas a questão de atender e internar a paciente, eles são tranquilos, eles não... não entram no mérito né, em si. Então assim, às vezes eu preciso vir no hospital só pra fazer isso. Se no dia eu tiver médicos que não realizam o procedimento, aí às vezes eu tenho que vir pra fazer um misoprostol, eu tenho que vir pra fazer uma **curetagem**(Medicina).*

Nem tão pouco de violência institucional, conforme reflete outra profissional de saúde:

Eu vejo que tem muito isso, que não é só recusar, né, é recusar e ainda tentar impor a sua opinião ali pra pessoas que já estão em uma situação de vulnerabilidade. E que não aceitar essas mudanças dentro do nosso quadro de saúde, nosso entendimento de saúde, né, então acho que são profissionais que precisam dessa atualização e precisam, né, comportamentalmente também de mudanças”.

A gestora reconhece que existe uma influência religiosa, mas afirma que a lei deve prevalecer. Percebe-se, no entanto, que a recusa está determinada não apenas pela objeção de consciência, mas esta parece ser alegada também nos casos em que profissionais colocam em suspeição o relato da paciente, o que sobressai nas declarações de outras trabalhadoras:

Então, a palavra da mulher é soberana, ainda que não seja, tanto a equipe médica quanto a equipe de Enfermagem tá resguardada em relação a isso. Não é punível o médico que realizar o procedimento caso a paciente esteja mentindo né, esteja falando é, algo que não foi verídico. É tanto que a paciente ela assina um termo, um relato circunstanciado onde ela descreve o que aconteceu e ela se responsabiliza. Então, apesar de ser um serviço novo, a gente tá trabalhando bastante essa questão, mas normalmente quem pensa dessa forma acaba fazendo **objeção de consciência**, né (Enfermagem).

Ela (a enfermeira) comenta que as objeções são comuns e ela procura articular as equipes dos plantões para que tenha ao menos um médico não objetor, mas ela não consegue ainda fazer isso com todas as equipes. Ela diz que as razões religiosas são as mais comuns entre os profissionais e comenta que no Hospital há muitos médicos evangélicos, mas que ela observa que existem outras justificativas que ela percebe no trato diário com os médicos que em conversas informais deixam escapar alguns comentários; com base nisso, ela tem a impressão que é muito comum a objeção quando no relato de violência sexual a paciente afirma ter bebido e iniciado a atividade sexual em que tenha desistido, depois de dar seguimento. Na opinião de alguns médicos, como comenta, não há estupro nesses casos porque no início a paciente queria a relação sexual.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

(...) porque eu acho que atualmente a maior dificuldade do aborto legal é porque como a gente não tem nada que exija da paciente, a gente sabe que existem mulheres e mulheres, e como eu lhe falei, eu não tenho dificuldade com nenhuma, eu atendo todas, faço de todas, mas algumas... mas algumas pacientes ah, tem uma relação aí sei lá, se aborreceu e não quer e tudo, e termina vindo entendeu, e a gente tem que atender. É uma opção dela, ela tá coberta. Ela tá coberta, entendeu? Então, assim, mas alguns médicos não fazem porque meio que acham errado. É, porque assim, a gente já escutou vários relatos, aí eu tenho um relato da paciente que chega, que tava numa festa e tava bebendo e aí todo mundo foi embora e ela ficou na casa do rapaz; então assim, como eu lhe falei, pra mim eu não julgo, eu sei lá o que se passou na cabeça dela, não tem nada a ver pra mim entendeu, eu faço o procedimento de boa, mas pra alguns médicos é difícil, porque se você tava bebendo todo mundo foi embora e você ficou, você

estava querendo o quê? Então, assim, é um... uma violência consentida? A gente sabe que não existe isso, né (Profissional de Medicina).

É interessante a reflexão feita por uma profissional no sentido de chamar a atenção de outros/as profissionais para o sentimento de empatia com a paciente:

(...) a gente precisa de fato ser orientado, né, de que as nossas opiniões, nossos valores morais, eles possuem um limite, né, a gente precisa ter isso muito claro dentro do atendimento, que quando estou lidando com o outro vai importar mais, ou deveria, pelo menos, importar mais, as crenças desse outro, o que ele está trazendo enquanto verdade, enquanto demanda, e não eu é, expressar ou colocar as minhas crenças, acima, né, de nenhuma outra. (...) A religião é só a religião, né. A espiritualidade tem sentido de vida, ter fé e ter esperança (Psicologia).

Perguntada em que a objeção de consciência pode afetar o atendimento, uma profissional afirmou que pode atrasá-lo. Uma enfermeira também destaca esse problema, reconhecendo o transtorno que pode causar à paciente:

(...) Ainda diz que quando há objeção, esta se dá em relação ao início do procedimento, mas o médico objetor realiza o acolhimento da paciente e comenta que, apesar da possibilidade de remanejar a paciente para outro profissional, identifica que a objeção é um problema, pois a paciente precisa voltar ao Hospital em outro dia, se ela morar em outra cidade o problema é ainda maior.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Barreiras de funcionamento do serviço, Avaliação de funcionamento e Sugestões

Há, entre as profissionais entrevistadas, o reconhecimento do que precisa ser ainda melhorado, ao mesmo tempo que reconhecem que ter se tornado um Hospital de referência para o aborto legal é, em si, um grande avanço; e que, a partir daí, os desafios que surgem poderão ser superados. As barreiras se conformam também em sugestões

de problemas a serem enfrentados. Foram citadas aquelas que dizem respeito às dificuldades encontradas pelas próprias mulheres para buscarem o serviço, o que muitas vezes determina a chegada a ele com gravidezes avançadas, ou a levarem adiante uma gravidez indesejada e/ou até mesmo à procura pelo aborto clandestino. A falta de informação pode ser um impedimento, mas nem sempre determinante.

Entre as causas apontadas está o receio de procurar o serviço por medo de ser desacreditada, julgada, não ser bem acolhida; medo de ter que denunciar o agressor e sofrer retaliação, se este for pessoa conhecida:

(...) essas mulheres elas precisam saber que elas podem procurar uma unidade de saúde pra realizar o procedimento e de forma mais precoce. O abortamento, por mais que seja um procedimento com poucas intercorrências, principalmente se for feito em ambiente hospitalar, quanto mais precoce fizer melhor vai ser o desfecho pra mulher, até mesmo pra questões de gestações futuras né? Então eu acho que o principal problema em relação ao atendimento é conhecimento realmente de que existe um serviço de referência, onde essas mulheres podem procurar, que não é cobrado por esse tipo de ocorrência, que muitas mulheres não vão ao serviço principalmente porque ela acha que vai precisar denunciar o agressor, e quando chegar lá vão indagar quem foi que fez, quem deixou de fazer, e que elas vão precisar é... expor aquela pessoa e muitas vezes é alguém ali do círculo de vivência né, o que faz com que elas tenham mais medo ainda de denunciar e de quebrar esse ciclo vicioso (Enfermagem).

No caso das crianças, que dependem de uma pessoa responsável e que às vezes o agressor pode estar entre elas, elas podem encontrar impedimento também no descrédito das mães. As barreiras de divulgação do serviço e de capacitação dos profissionais em educação para a saúde, já que a formação profissional costuma seguir um modelo biomédico, têm destaque. Igualmente, a não conformação de uma equipe de referência para o atendimento ao aborto legal, a existência de protocolos generalistas e a importância de pensá-los a partir de públicos e necessidades diversas. Estas estão entre as questões a serem enfrentadas, segundo o que foi citado pelas profissionais do H3, como forma de contribuir para aproximar as mulheres que venham precisar.

Invisibilidade do serviço e silenciamento do aborto

De forma geral, afirma-se que há necessidade de divulgação dos serviços junto à comunidade, que o desconhece. Nota-se, no entanto, que no Hospital (recepção e outras portas de entrada) não há qualquer sinalização para o atendimento ao aborto legal ou à violência sexual. Tampouco há qualquer material específico disponível para sua divulgação: cartaz, folder, cartão. A falta de conhecimento parece ser observada, inclusive dentro do próprio serviço, conforme declaração da psicóloga:

É, como se tornou referência recente também, né, pra você ver que até dentro do próprio hospital, é, dentro dos funcionários, não, nem todos tiveram acesso, né, então você vê que até internamente ainda não é algo difundido, né, assim, que chega ao conhecimento de todos. E imagino que fora seja ainda menos.

Há, porém, um receio de que com o aumento da divulgação venha a acontecer o que foi chamado de “*banalização da procura por aborto*”. Em conversa com enfermeiras, uma delas que já trabalhava há mais tempo no serviço comenta:

(...) que até acha isso bom, porque se mais pessoas soubessem do serviço, talvez mais mulheres fariam aborto, porque é muito fácil fazer. Perguntei o porquê e ela disse que é porque as pacientes não precisam apresentar nenhum documento, como o boletim de ocorrência, só precisam dizer a data do fato para a equipe bater com o tempo gestacional e realizar o procedimento. Que se mais mulheres aparecessem, elas não teriam como negar o serviço, porque elas não podem exigir documento.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

Ao mesmo tempo, é levantada a dúvida sobre qual seria a melhor forma de fazer essa divulgação de modo a não provocar uma reação de setores religiosos conservadores:

É delicado porque eu sei que não será fácil, é, fazer até uma campanha, algo nesse sentido porque eu sei que a religião, inclusive, vai cair matando mesmo, achando que está incentivando a fazer, que na

verdade não é um incentivo, mas as pessoas precisam ter conhecimento que elas têm direito, né? E principalmente nesses diversos casos que a gente discutiu de violência, né, que é uma crueldade e eu acho que é, nenhuma mulher merece ter um filho fruto de uma violência (Serviço Social).

Porque foi criado recentemente, porque pode ser banalizado, porque pode provocar a reação conservadora; ao mesmo tempo em que afirmam a necessidade de divulgação, contraditoriamente, essas profissionais já apresentam uma série de motivos para que ela não aconteça. Todos eles passíveis de serem desconstruídos com argumentos e ações concretas. O receio de que as mulheres recorrerão em debandada ao aborto, por exemplo, alegado desde a criação do primeiro serviço de aborto legal no país, em 1989, em São Paulo, nunca se confirmou.

Funcionamento do serviço na pandemia da COVID-19

Mudanças no período da pandemia

O H3 foi um dos hospitais da Bahia a ser adequado para atender à demanda da COVID-19, o que coincidiu com o período de instalação do serviço de aborto legal. Talvez por isso, não foram apontadas mudanças significativas na rotina do atendimento ao aborto legal durante a pandemia, nem qualquer redução da equipe ou dos horários de atendimento:

Assim, não mudou muita coisa pra gente, o que mais mudou foi com relação a uso de máscara, somente (Profissional de Medicina).

*Não, mudanças expressivas não. Nossa mudança foi estrutural pra atender pacientes com síndrome respiratória, então teoricamente se você veio pra fazer aborto legal e tinha sintoma de síndrome respiratória você iria seguir uma rota e se você não tinha, você iria seguir a rota comum. **Então, em relação ao aborto em si, não.** (...) o serviço não foi interrompido, nem foram reduzidos. Serviço continuou funcionando 24 horas. Não houve redução de pessoal. Quando há afastamento, a gente substitui o profissional (Gestão).*

Ainda segundo a gestora, foram implementados protocolos de segurança e prevenção, utilizados EPIs, realizados treinamentos virtuais e presenciais com pequenos grupos. E a Liga Álvaro Bahia, entidade que

administra o hospital, criou um canal de comunicação para conversas/desabafos visando à promoção da saúde mental do/a trabalhador/a. No que se refere às pacientes, também foram feitas adequações a partir da prioridade que era atender pacientes de COVID-19:

E assim, em relação também à presença de acompanhantes, porque na pandemia teve muita restrição com relação a isso. Então assim, pra gente a gente não sentiu tanto. Eu acho que as próprias pacientes sentiram muito mais do que os médicos em si (Profissional de Medicina). Teve redução de medicamento e é tanto que assim, até os próprios abortos a gente começou a fazer com outro tipo de anestesia, que não a sedação por um tempo, por conta do número de casos de COVID que era grande, que usava muito os sedativos, entendeu? Mas, assim, não impossibilitou o serviço, funcionou normal, foram feitos procedimentos normais (Profissional de Medicina).

Quanto à mudança na procura pelo serviço:

*A gente percebeu isso aqui no segundo semestre de 2021 (**aumento da demanda**). Sim, violência de um modo geral na pediatria aumentou, e a violência sexual... o aborto por violência também aumentou. Então... (Gestão).*

A médica, que acreditava que o fato do hospital ser referência para a COVID-19 poderia representar um obstáculo à procura pelo aborto legal, também percebeu o aumento da procura, o que creditou ao serviço ter se tornado referência, ou ao aumento da violência sexual contra as mulheres e à conscientização delas a respeito do assunto. Até mesmo ao fato que "o final da pandemia ficou mais tranquilo" para elas chegarem ao Hospital sem receio de serem contaminadas.

No que se refere à interrupção por risco de morte, também foram relatadas algumas alterações:

(...) durante a COVID, por exemplo, a gente teve algumas interrupções de gestação é... fora de idade compatível com a vida, por complicações relacionadas à COVID por exemplo, e foi um pouqui-

nho mais frequente né. Aí como a gente é referência pra... pra alto risco né, recebe pacientes mais graves, não é algo tão incomum acontecer, mas graças a Deus também não é uma frequência exagerada (Enfermagem).

Utilização da Telemedicina

Não foi utilizada para o serviço de aborto legal.

Cumprimento da Portaria 2561/2020

Em relação à Portaria 2561/2020, não há uma orientação determinada pelo serviço, mas gera dúvidas e reflexões sobre os direitos das mulheres e a obrigação dos/as profissionais:

Assim, essa é uma questão que a gente ainda... a gente debate um pouquinho né, a gente discute, porque é... a violência sexual ela é considerada de notificação compulsória, então chegou na unidade eu preciso notificar, mas ao mesmo tempo que eu notifico é... em algumas situações, que é o que a gente tá tentando marcar um encontro com a delegacia da mulher pra ver como é que a gente pode conduzir essa questão da melhor forma possível, porque às vezes... no momento que eu notifico, por mais que eu não coloco o nome da paciente, muitas vezes o serviço né... a delegacia quer manter aquele processo, fazendo boletim, terminando o fluxo deles, o que eu entendo que é o fluxo de trabalho deles né, mas fica meio contraditório. Eu notifico, e a paciente ela vai ter que acabar fazendo boletim posteriormente, porque o serviço vai procurá-la né? Ou a gente consegue fazer uma notificação só a critério de dados, números né, pra saber quantos casos de violência existem. Porque se esse for o objetivo realmente é importante que a gente enquanto serviço faça notificação, pra que as autoridades elas saibam que a violência sexual existe, que gera gestação, que gera abortamento. Mas se for pra também fazer essa notificação e em algum momento acabar expondo essa mulher a algo que ela não quer fazer, aí se torna um pouquinho complicado né. Então, realmente a gente tem uma... é uma contramão né (Enfermagem).

E há quem não defenda a denúncia como responsabilidade individual do profissional, mas sim institucional:

Eu não acho correto não, porque eu acho que quem tem que denunciar, se tiver que denunciar, seria o Hospital em si, digamos. Porque expor especificamente um médico, não acho legal. Porque se ela tá na unidade está avaliada por uma equipe multidisciplinar, não é o médico em si que está chegando a essa conclusão de que teve um abuso, tem todo um contexto (Medicina).

Ouvidoria

Mais de uma profissional confirmou que o H3 tem uma **ouvidoria** que faz as entrevistas com pacientes internados/as. O que é pontuado é encaminhado para o Comitê de Ética e para a diretoria, para discutirem e identificarem falhas e o que pode melhorar. A ouvidoria funciona também para que trabalhadores/as do serviço encaminhem suas reclamações.

Conhecimento sobre a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência e Normas Ministeriais

A Comissão de Combate à Violência à Criança e ao Adolescente pode ser compreendida como uma articulação em rede. Dela fazem parte: Ministério Público, Defensoria Pública, representações de conselhos da educação, da atenção básica, da atenção social, e, de acordo com a assistente social, contribui para fluir e melhorar os atendimentos. Recebemos de suas mãos, inclusive, um boletim que é produzido pela equipe de assistência social do H3 e tem no título: “Comissão de Combate à Violência à Criança e ao Adolescente”. O material traz informações sobre ações, tipos de violência, dados dos atendimentos realizados pelo H3, de janeiro a junho de 2021, e contatos da rede de atenção. Assim, também pode ser considerado o Fórum Estadual do Aborto Legal. São espaços que contribuem para a atuação em rede.

A psicóloga, no entanto, se ressentiu do que ela imagina existir em Salvador. Uma rede mais constituída e definida para o atendimento psicológico:

Aqui em Feira, a gente não, não tem, é, um serviço, né, como é organizado aí em Salvador não. Dessas redes não. A gente tem as redes do SUS, isso o atendimento, né, por exemplo, dentro do Hospital da Mulher, né, tem o ambulatório até de Psicologia, que também

é voltado pro atendimento de violências. Tem assim esses pontos dentro da rede SUS, tem as clínicas escolas que trabalham também especificamente com situações de vulnerabilidade e violência, mas não, não constitui uma rede. Não chega a ser integrado assim de um serviço conversar com o outro, como eu imagino que seja, essa descrição dos daí de Salvador, não (Psicologia).

Questionada sobre receberem pacientes encaminhadas pelo Centro de Referência X, que trabalha com mulheres em situação de violência, a psicóloga nos respondeu que:

Não. A gente não recebe, eu já ouvi falar de existir o Centro X, mas não sei se ainda existe, né, se funciona, se ele foi, é, absorvido por outro programa, né, porque às vezes acontece também ter essa absorção, mas a gente não recebeu até o momento nenhuma paciente desse (Centro) não.

Questões de outra ordem, mas que também dizem respeito ao fluxo da rede de atenção, estão relacionadas a limites que são dados para o acolhimento às mulheres numa definição de competências entre o H3 e o Hospital da Mulher, serviços com uma relação direta já que há casos que são enviados de um para outro hospital:

Ela (a enfermeira) diz que se a paciente apresenta sangramento, este é um caso atendido pela emergência; todavia, se a paciente já sofreu o aborto, não está com sangramento, mas procura a emergência somente para curetagem e apresenta boas condições clínicas, elas encaminham o caso para o Hospital da Mulher.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

(outra enfermeira) comenta que como o Hospital da Mulher atende muito mais gestantes, os registros daquele Hospital indicam que lá atendem muito mais casos de aborto em curso do que o H3, pois este atende uma demanda específica de gestações de risco.

Diário de campo, maio a agosto de 2022

De forma geral, as profissionais dizem conhecer as **normas técnicas do Ministério da Saúde**. A coordenadora da obstetria disse que quando o hospital se tornou referência receberam os arquivos para leitura. São documentos de referência para os protocolos instituídos pelo serviço.



DISCUSSÃO

Passados quase 25 anos entre a implantação do primeiro serviço de aborto legal em Jabaquara, na Cidade de São Paulo (COLLAS *et al.*, 2009), o conjunto de informações reunidas no presente estudo atesta mais permanências de barreiras do que avanços nos três serviços investigados na Bahia. Dificuldades e desafios constatados nos serviços baianos, grosso modo, são muito semelhantes àqueles descritos no primeiro trabalho que investigou a atenção ao aborto nos casos previstos em lei, em 2004 (TALIB; CITELLI, 2005) e, posteriormente, no censo nacional sobre serviços de aborto legal, em 2015 (MADEIRO; DINIZ, 2016).

De um lado, a persistência de número reduzido de serviços existentes – apenas 13 em um estado de grandes dimensões territoriais como é a Bahia – e a irregularidade da realização de abortos ao longo do período avaliado; a concentração destes na capital e em grandes centros urbanos, com vazios assistenciais em várias regiões; a falta de registro sistemático e facilmente disponível de todos os procedimentos de aborto realizados e a incompletude e qualidade destes dados; a pouca visibilidade dos serviços, mesmo no interior dos hospitais/maternidades que os abrigam e, sobretudo, a limitada divulgação para a população em geral; também dificuldades internas de funcionamento, desde o estabelecimento de limites de tempos gestacionais para realização do abortos, particularmente em casos de gravidez resultante do estupro, bem como a persistente indicação da curetagem e não incorporação mais ampla do aborto farmacológico e da AMIU para esvaziamento uterino.

Do outro lado, a permanência de relutâncias e resistências das/os profissionais no cuidado das demandas de aborto, sobretudo em gravidezes pós-estupro que se expressam em variadas formas de discrimina-

ção no atendimento, desde a suspeição da palavra das mulheres até o recurso à objeção de consciência; atitudes, orientadas por valores religiosos e morais das/os profissionais, expressam a insuficiente formação, sensibilização e capacitação sobre a atenção ao aborto, assim como a inexistência de mecanismos formais de regulamentação das recusas no atendimento. Todos estes fatores contribuem não só para a permanência de barreiras de acesso às mulheres no exercício de um direito assegurado pelo Estado desde 1940, como também implicam desnecessário sofrimento das mulheres, meninas, adolescentes e pessoas com capacidade de gestar em um momento de grande fragilidade emocional.

Em que pesem as particularidades de cada um dos serviços quanto à localização, ao tempo de implantação, à organização das ações e à dinâmica do seu funcionamento, em muitos aspectos, a atenção prestada ainda não se encontra em consonância com as diretrizes nacionais constantes nas Normas Técnicas (Brasil, 1999, e 2005) e internacionais da atenção ao aborto, sobretudo as mais recentes diretrizes publicadas pela OMS (2022) que atualizam, com base em evidências científicas e, no marco dos direitos humanos, orientações para cuidados ao aborto, indicando ações a serem recomendadas, sugeridas e desaconselhadas, às categorias profissionais que as desenvolverão.

Nessas novas diretrizes, publicadas em março de 2022, a OMS (2022) reitera, como havia feito em publicações no contexto da COVID-19, a inserção da atenção ao aborto na lista de serviços essenciais de saúde, instando os serviços a garantirem acessibilidade, aceitabilidade, segurança e equidade do cuidado, pautados em valores como dignidade, autonomia, igualdade, confidencialidade, comunicação, apoio social, cuidados de apoio e confiança. Respeitando-se os distintos contextos jurídicos e organizacionais, orienta uma atenção livre de discriminação, alcançando mulheres e demais pessoas capazes de engravidar (OMS, 2022).

A OMS recomenda a descriminalização total do aborto e sua disponibilidade a pedido das pessoas. Informações sobre cuidados pré e pós-aborto são indicadas, bem como a utilização de medicamentos para dor e acesso a insumos. A AMIU é também recomendada como método de esvaziamento uterino; a curetagem é desaconselhada; a gestão farmacológica do aborto, com o uso da combinação de mifepristona (ainda

não regulada no Brasil) e o misoprostol, em diferentes esquemas e dosagens, segundo o tempo gestacional à época do aborto, é também recomendada. São desaconselhados períodos de espera obrigatórios para o aborto, a utilização de ecografias como pré-requisito para a prestação de serviços, autorização de terceiros para o aborto e estabelecimento de limites para idades gestacionais para efetivação da interrupção da gravidez. O documento reconhece não haver “*uma abordagem única para a prestação de serviços do aborto*”, com a telessaúde e mesmo a autogestão do aborto, recomendadas em gravidezes com menos de 12 semanas – particularmente antes de 10 semanas, com base nas evidências científicas revistas. São reconhecidas as barreiras geradas pela objeção de consciência e seu impacto no acesso e continuidade do cuidado, com orientações de como os Estados podem garantir os direitos das pessoas (OMS, 2022). Tais diretrizes devem se tornar importantes guias para os serviços pesquisados na Bahia, respaldando adequações que devem ser realizadas, de modo a oferecer uma atenção segura e de qualidade.

Como já apontado por pesquisas anteriores (TALIB; CITELLI, 2005; DINIZ; MADEIRO, 2016), os três serviços estudados atendem majoritariamente demandas de aborto de gravidezes pós-estupro e, em menor proporção, casos de anencefalia, outras anormalidades fetais incompatíveis com a vida, sob autorização judicial, e risco de vida para as mulheres. Em dois serviços apenas, são consolidados dados sobre abortos resultantes de violência sexual, que estão facilmente disponíveis, sem necessidade de consulta a prontuários; os demais são considerados eventos obstétricos e registrados juntamente aos outros atendimentos obstétricos. Isto contribui para o desconhecimento dos itinerários das mulheres com estas demandas e suas dificuldades na busca e utilização do serviço. Profissionais entrevistadas/os na presente investigação sinalizam como mulheres que demandam aborto em caso de anencefalia fetal e outras malformações, bem como aquelas com risco de vida, já chegam aos serviços em estágios avançados da gravidez, o que pode estar indicando barreiras de acesso. Entretanto, tal achado é de difícil comparabilidade face aos poucos trabalhos identificados sobre dificuldades e experiências no itinerário dessas mulheres em busca dos serviços, como apontado por recente estudo de revisão sobre o tema (FONSECA *et al*, 2020).

Cabe destacar avanços identificados nos três serviços. A conformação de uma equipe multiprofissional (Psicologia, Serviço Social e Medicina, nas três unidades, e Enfermagem em duas), envolvida diretamente no acolhimento às mulheres, merece ser ressaltada. Há um sentimento positivo entre estas/es profissionais de pertencimento a um grupo, cujo trabalho, apesar de penoso, é importante, com clareza delas e deles sobre o direito das mulheres, sobre a importância da existência dos serviços para evitar abortos inseguros e mortes maternas desnecessárias.

Profissionais entrevistadas/os, sobretudo nos serviços mais consolidados, relatam também crescente legitimidade interna do serviço de atenção à violência sexual e de aborto legal nas unidades onde funcionam, ainda que a observação participante nestes locais tenha indicado um conhecimento ainda frágil do conjunto mais amplo de demais trabalhadoras/es da unidade, e das usuárias que os frequentam, como já havia sido apontado em trabalhos anteriores (MADEIRO; DINIZ, 2016). Isto pode explicar o cuidado da equipe psicossocial em dois hospitais, no acompanhamento das mulheres em diferentes setores da unidade, durante todas as etapas do pré-internamento, para evitar situações de discriminação que, de fato, foram relatadas pelas duas mulheres entrevistadas. Em outro hospital, psicóloga e assistente social fizeram “visitas” para acompanhamento à paciente.

A partir do momento em que são internadas, após a autorização do aborto, as mulheres se conectam com um conjunto mais amplo de profissionais que não estão tão sensibilizadas/os para seu acolhimento e, mesmo reconhecendo sua fragilidade emocional naquele momento, não se mostram comprometidas/os com o cuidado. Espaços como o Centro Obstétrico, as enfermarias e mesmo a sala de ultrassonografia, são aqueles onde as mulheres estão mais expostas a situações de discriminação, como informado pelas duas mulheres entrevistadas, já tendo sido objeto de pesquisas anteriores. As mulheres entrevistadas mencionam como situações constrangedoras, que configuram violência institucional, o compartilhamento com parturientes e bebês, as falas e os comentários feitos pelos profissionais sobre seus casos, assim como o desconforto com a realização do exame de ultrassonografia, com escuta de batimentos cardíacos do feto e referências de ecografistas na visualização das imagens produzidas pelo “bebê”, aspectos que serão discutidos adiante.

Mesmo no interior das equipes específicas ou de referência, o envolvimento das categorias profissionais não é homogêneo, cabendo papel de destaque à equipe psicossocial que, em acordos estratégicos com médicas/os sem qualquer reticência na atenção ao aborto, atuam de forma articulada. Sobretudo diante de determinados casos considerados mais delicados, o que garante celeridade na atenção às mulheres.

A posição periférica de enfermeiras e demais profissionais da Medicina no acolhimento às mulheres foi mencionada por algumas entrevistadas, desempenhando, nas interações com as mulheres, suas funções profissionais de natureza técnica, mas sem maior envolvimento com elas. Santos (2019), a este propósito, discute esta “*posição insular dos médicos*” relativamente a outros/as profissionais com atuação pontual na atenção. Este aspecto mereceria ser aprofundado em novos estudos que discutissem a atuação distinta das diferentes categorias profissionais para desvendar como se pode, para além de capacitações técnicas, garantir maior engajamento e favorecer a construção de relações éticas, com empatia e solidariedade. É importante destacar que, na hierarquia profissional, técnicas e enfermeiras costumam ser aquelas piores remuneradas, além de ser uma categoria com maior rodízio de profissionais.

Na atual forma de organização da atenção ao aborto no Brasil e na Bahia, Enfermagem e Medicina são categorias profissionais com papel central em etapas do cuidado, sobretudo no procedimento de esvaziamento uterino, diferentemente de outros países, onde a legalização do aborto tem propiciado a implantação de outras modalidades de atenção – desde o aborto farmacológico realizado no hospital e concluído em domicílio, o processo inteiramente realizado em nível ambulatorial, ou mesmo o autoaborto, orientado por telessaúde – em que médicos/as compartilham com outras/os profissionais de saúde, como enfermeiras e parteiras, a realização dos abortos. Estas modalidades são fortemente recomendadas na nova normatização da OMS (OMS, 2022).

Permanece, entretanto, o que foi constatado por trabalhos anteriores acerca da ausência de discussão das temáticas da violência sexual, do aborto, dos direitos sexuais, direitos reprodutivos e humanos na sua formação (graduação e pós-graduação) (MADEIRO; DINIZ, 2016). Posteriormente, ao ingressarem nos serviços, quer seja em estágios, ou já

inseridos/as nas equipes, profissionais não receberam capacitação para o trabalho. Foram mencionados raros eventos de educação permanente organizados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, entidade gestora das unidades. De diferentes formas, profissionais se aproximaram do trabalho com as mulheres e aderiram a este, sensibilizadas/os com uma realidade que desconheciam. São acentuadas as histórias “terríveis” que as tocaram, sobretudo quando envolviam crianças, abusadas de forma crônica por familiares, fazendo as profissionais, particularmente aquelas com filhas em idades próximas às vítimas, estabelecerem relações imediatas de empatia com o sofrimento das pacientes.

As iniciativas de capacitação ocorreram, assim, de modo informal, com formatos variados, resultantes de investimento pessoal das equipes, do autodidatismo das equipes, com consulta a normas e documentos oficiais. Isto pode indicar que, nestes serviços, não haja de fato institucionalização de processos. Ainda que seja claro no discurso de entrevistadas/os o envolvimento e o comprometimento com o serviço, as capacitações têm maior potencial de garantir o cumprimento das orientações padronizadas em protocolos, a incorporação de conhecimentos adequados para o trabalho e, sobretudo a necessária atualização de normas e rotinas. A necessidade destas capacitações foi apontada pela/os entrevistadas/os, em especial diante de cuidados a grupos específicos, como crianças, adolescentes, pessoas transexuais e não binárias, ao reconhecerem sua maior vulnerabilidade e as especificidades que devem ser acionadas na atenção.

Também merece ressalva como a menção a estas capacitações necessárias abarcam não só os aspectos técnicos da atenção, mas são acentuados os conteúdos relacionais da interação entre profissionais e usuárias, assim como os aspectos éticos que devem nortear estas interações, conforme consta na Norma Técnica de 2005 (BRASIL, 2015). Com distintas estratégias, tais capacitações, na fala de entrevistadas/os, são consideradas essenciais para proporcionar discussões que possam superar os estigmas e discutir como os valores religiosos e morais ainda hegemônicos, que associam o aborto a um ato moralmente condenável e a um pecado, subjazem às práticas profissionais, e terminam por deslegitimar as demandas por cuidado das mulheres que abortam. Iniciativas

como discussões de casos, rodas de conversa, comitês e a criação do Fórum Estadual de Aborto Legal foram apontadas como espaços privilegiados de educação permanente e discussão dos desafios enfrentados.

Ainda um aspecto positivo a ser destacado remete aos procedimentos de proteção às mulheres com demandas de aborto legal adotados nos serviços, como prioridade no atendimento, na classificação de risco, ainda que não tenha sido possível observar seu grau de efetividade. Pesquisa em uma unidade da Rede Cegonha no Rio de Janeiro constatou que apenas 36,6% das mulheres avaliadas pela classificação de risco haviam sido adequadamente encaminhadas, em conformidade com o tempo preconizado. (ADESSE *et al.* 2015). Do mesmo modo, importante ressaltar que, diferentemente do que era documentado em pesquisas anteriores (TALIB; CITELLI, 2005; MADEIRO; DINIZ, 2016), profissionais entrevistadas/os, sobretudo da Medicina, mencionam não mais perceber atitudes de discriminação de colegas por atenderem ou realizarem abortos.

Barreiras de funcionamento relativas à infraestrutura dos serviços, apontadas pelas/os entrevistados/as de um serviço, também já eram presentes em trabalhos anteriores (TALIB; CITELLI, 2005). Merece uma menção a falta de um serviço de referência para atenção ao aborto em gravidezes mais avançadas. Os serviços, amparados nas definições da Norma Técnica (BRASIL, 2005) sobre abortos, estabelecem prazos para realização dos procedimentos. O não respeito a estes prazos constitui uma das principais negativas de atendimento. Tais situações também configuram aspecto considerado “sensível”, que mais suscita resistência e objeção de consciência, não só nos serviços estudados – como apontado pelas/os entrevistadas/os –, mas na atenção ao aborto de forma geral, como atestam pesquisas sobre o tema (HARRIS, 2008; HARRIS; GROSSMAN, 2011).

No Brasil, Rosas e Paro (2021) discutem como à época da publicação da Norma Técnica o contexto era bastante adverso, com forte estigma do aborto. Os limites adotados atendiam a preocupação de reduzir a objeção de consciência das/os profissionais que iriam atuar nos serviços recém-criados, com pouco treinamento para o manejo de procedimentos de interrupção de gravidezes em estágios mais tardios, e garantir a implantação de novos serviços.

Estes autores mostram como, no Brasil, apenas três serviços não estabelecem prazos, tal como consta no Código Civil, e enfatizam as condições que devem ser asseguradas para que os serviços de aborto legal possam superar esta barreira e realizar tais abortos, a exemplo da incorporação de especialistas em Medicina Fetal nas equipes e da garantia de medicamentos básicos, como digoxina injetável (incluído na lista de medicamentos essenciais da OMS 2022), para indução do óbito fetal, assim como a oferta de procedimentos de dilatação e evacuação para esvaziamento uterino em gravidezes do segundo trimestre (ROSAS; PARO, 2021).

Outra barreira apontada pelas/os entrevistadas/os diz respeito à invisibilidade dos serviços de aborto legal. Há ainda pouca visibilidade nos próprios serviços, com ausência de informações sobre a atenção ali prestada à violência sexual e ao aborto, como atestam nos diários de campo, nas conversas informais com pacientes atendidas nos locais e as entrevistas com as mulheres. Cabe, no entanto, assinalar o avanço, admitido por várias entrevistadas, da inserção no site da SESAB desta informação, inclusive utilizada por uma das usuárias entrevistadas que orientou sua busca e atendimento em um dos serviços.

McCallum, Menezes e Reis (2016) discutem como a organização do atendimento ao aborto em maternidades é problemática, mesmo nos casos previstos por lei, já que estes equipamentos se estruturam, simbólica e concretamente, para receber parturientes e seus bebês. As normas que orientam a atenção e os símbolos presentes nas unidades colocam o parto e o nascimento no centro da atenção, tornando invisíveis as mulheres com aborto. E, mais do que isto, ilegítimas as suas demandas:

Mas os significados subjacentes à própria raison d'être da instituição – ajudar as mulheres a tornarem-se mães – interferem negativamente no atendimento ao aborto. A violência obstétrica às mulheres com abortamento emergirá, assim, do imbricamento simbólico de significados negativos expresso na estruturação e nas práticas do cuidado dispensado (pag.17).

À invisibilidade interna se soma a pouca divulgação dos serviços para a sociedade. Como traduzem Talib e Citelli (2005), e reiteram Madeiro e Diniz (2016), os serviços funcionam de forma “quase clandestina”. Esta

também é uma grande permanência e uma das principais barreiras apontadas por entrevistadas/os do presente estudo. Há um temor em divulgar amplamente os serviços, evitando-se ativar reações de grupos contrários ao aborto, que se dirigem às unidades para coerção dos profissionais, como visto no caso da menina do Espírito Santo, mencionado anteriormente, e como já ocorreu no passado em uma das unidades. Mas, há também o receio de que essa informação seja capaz de estimular mulheres a buscarem o serviço mentindo sobre um estupro. Este medo mais uma vez reaviva a suspeição da palavra das mulheres. Como apontam Rosas e Paro (2021), a estabilidade dos números registrados de abortos legais realizados nos serviços credenciados no país, desde que foram implantados, uma média de 1.600 procedimentos anuais, contradiz esse medo. Mais do que isso, os autores evidenciam, tomando por base os registros de estupros constantes em publicações do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, as discrepâncias entre a estimativa de um número bem maior de gravidezes pós-violência do que o quantitativo de abortos legais efetivamente realizados pelos serviços, o que expressaria as barreiras de acesso ao direito ao aborto. Guzzo (2020), em matéria jornalística publicada em 2020, mostra esta especial discrepância, ao constatar que nos quatro estados brasileiros que exibem as maiores taxas de estupro se registram os menores números de abortos realizados (GUZZO, 2020).

Objeção de Consciência e suspeição

A suspeição da palavra das mulheres está fortemente conectada às recusas de atendimento e alegação de objeção de consciência. No serviço 2, voltado às vítimas de violência sexual e aborto legal, não foram relatadas situações de objeção de consciência, o que pode ser creditado ao fato de possuir uma equipe específica, cuja composição prevê a disposição para o atendimento. O mesmo não acontece no serviço 3, cuja condição de recentemente referenciado pela SESAB o aproxima da experiência vivida há alguns anos pelo serviço 1, quando se tornou o primeiro serviço de aborto legal no estado: a maioria de profissionais de saúde não se disponibiliza para a atenção ao aborto legal. Os serviços 1 e 3 não possuem equipe específica, mas é de conhecimento quem são as/os profissionais mais resistentes e quem são aqueles/as abertamente favo-

ráveis ao aborto, sobretudo médicos/as que realizam os procedimentos de esvaziamento do útero, já que a recusa a participar do atendimento não está, necessariamente, relacionada a todas as suas fases.

A atenção ao aborto não envolve apenas esvaziar o útero, mas um conjunto de procedimentos que acionam distintas tecnologias, acionadas em diferentes etapas (recepção, classificação de risco, acolhimento, ultrassonografia, avaliação da demanda, prescrição do misoprostol, anestesia, esvaziamento uterino, internação e alta). A alegada objeção de consciência, atitudes de discriminação e recusa, podem ocorrer em qualquer uma dessas etapas ou desses procedimentos. Há profissional que realiza somente o acolhimento da paciente, sem qualquer disposição ao seguimento; existe aquela/e que realiza a prescrição do misoprostol e não o esvaziamento do útero, mas também a/o que não participa da prescrição do misoprostol – alegando objeção de consciência –, mas não se recusa a proceder ao esvaziamento uterino; assim como há quem prefira não ter qualquer associação com o atendimento ao aborto legal.

Este estudo permite observar também que profissionais podem professar um credo, ter uma posição pouco favorável à descriminalização do aborto, mas acolher mulheres e até mesmo assumir posições de direção em que podem, eventualmente, realizar abortos. Uma coordenação de serviço, que nos foi indicada como profissional objetora, se adequa à definição. Ela não prescreve o misoprostol, mas realiza o esvaziamento uterino, como se o intervalo entre uma e outra tarefa delimitasse o que é a realização de um aborto.

A recusa é uma paleta que comporta distintas atitudes. Complexa como narrativa na fala de cada pessoa, uma mesma profissional objeta em certas situações e não em outras; é e não é objetora. Há estudos e relatos que demonstram:

(...) Por exemplo, alguns médicos no Brasil, que se descrevem como objetores, estavam, entretanto, dispostos a obter ou realizar abortos para seus familiares diretos. Um estudo polonês descreveu clínicos, como os denominados “Máfia do Jaleco Branco”, que alegam o status de objetor de consciência no setor público, porém prestam os mesmos serviços em suas clínicas particulares. Outras pesquisas indicam que alguns alegam status de objetor porque querem evitar

ser associados a serviços estigmatizados, e não por serem realmente objetores de consciência. (Global Doctors for Choice, pg 7-8).

A objeção de consciência está definida como “*uma recusa em participar de uma atividade que um indivíduo considere incompatível com suas convicções religiosas, morais, filosóficas ou éticas*” (Global Doctors for Choice, pg 4). Ela está prevista nas normas técnicas do Ministério da Saúde, que estabelecem fluxos e protocolos para o atendimento ao aborto legal no Brasil, e está fundamentada no Código de Ética Médica.

A liberdade de manifestar religião ou crenças, no entanto, pode ser limitada a fim de proteger os direitos de terceiras/os e não elimina a responsabilidade institucional. Não há na normatização, ainda, critérios exigidos para definir ou comprovar objetoras/es. Não há nos serviços qualquer regulamentação da objeção de consciência, tratada na informalidade e de forma permissiva.

Outros aspectos precisam ser considerados. É importante reconhecer que, pelas condições estruturais das/os sujeitas/os envolvidas/os, são direitos em desequilíbrio na balança da justiça que se contrapõem: de um lado, a classe de profissionais de saúde e todo o poder a ela atribuído; de outro, uma menina ou uma mulher vítima de violência, geralmente em condições extremas de vulnerabilidade, que está diante de uma gravidez não planejada ou desejada, em um país onde o aborto – ainda que descriminalizado em algumas situações – está socialmente criminalizado. O estigma existente em torno da prática facilita, conseqüentemente, o surgimento de barreiras que limitam a busca por ajuda e acesso ao que lhes deveria estar garantido por lei e direito. Isto as tem afastado, inclusive, dos serviços que deveriam estar aptos a acolhê-las, expondo-as ao risco de morte por abortos inseguros, ou à captura dos seus projetos de futuro.

Vale ressaltar que as recusas também apresentam nuances e elas costumam estar graduadas a partir de uma avaliação conservadora sobre a forma como mulheres exercitam liberdades circunstanciadas. A dúvida recai normalmente, mas não apenas, sobre aquelas que estavam se divertindo, ingeriram álcool, permitiram de alguma forma uma aproximação. Esses indicativos de autonomia funcionam como gatilho que aciona preconceitos e alheiam profissionais da alteridade que deles/as se espera.

As recusas, geralmente, demonstram falta de empatia, além de serem incompatíveis com a legalidade – senão com uma perspectiva de saúde integral –, porque provocam revitimização, configuram violência profissional e institucional. Partem do princípio que as mulheres mentem. Ora, as pacientes dos serviços de aborto legal assinam termo de responsabilidade. É preciso, portanto, se não lhes reconhecem como seres éticos, ao menos acatar a responsabilidade alegada. Além do quê, objeção de consciência não deveria ser confundida com opinião política ou pessoal, ou até mesmo com a liberdade de julgamento e definição de sentenças por parte de profissionais de saúde. Uma mentira pode vir a ser julgada como falso testemunho, ou de declaração, o que não é da competência da área da saúde.

De forma geral, assim poderiam ser identificadas boa parte das recusas ao atendimento às pacientes de aborto nos serviços pesquisados. A objeção de consciência tem sido confundida com um autoinstituído poder de recusa, já que é alegada diante da abstrata suspeição ou da não concordância com o histórico de violência relatado por usuárias. A suspeição e discordância, permitida a apenas um lado, podem, portanto, ser caracterizadas como coerção ou imposição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a objeção de consciência, seja ela real ou apenas alegada para recusa, é atualmente uma das principais barreiras de acesso ao aborto legal. A OMS credita essa situação à ausência de formação e não regulação nas unidades (OMS, 2022). Vale ressaltar que em nenhum dos serviços estudados foram mencionados eventos específicos de discussão sobre o tema, ao que antecede a ausência de debate sobre questões e técnicas de atendimento com padrões de qualidade e em conformidade com os direitos humanos relacionados à atenção ao aborto legal, em processos de formação de todas as áreas.

Diante desta realidade, são adotadas estratégias informais para manejo das recusas e objeção de consciência, com arranjos que visam garantir o fluxo dos serviços, como por exemplo: disponibilizar não objetores/as todos os dias da semana, encaminhar casos delicados e complexos para plantões em que sabidamente não há objetores/as, convocar a coordenação do serviço para prosseguir ao atendimento. Esta última parece ser a possibilidade de garantia que o procedimento será finalizado. Mas, se por um lado esses arranjos conseguem respon-

der às demandas e podem facilitar desejáveis adaptações, por outro, a informalidade favorece a não instituição de padrões de conduta e fluxos, ficando estes sempre à mercê das idiossincrasias.

Não foi objetivo deste estudo aprofundar se esses/as profissionais objetores/as de consciência apresentavam também restrições para o atendimento às vítimas de violência sexual que orienta a contracepção de emergência, ou até mesmo a prescrição de métodos contraceptivos, visto que algumas religiões se contrapõem de forma absoluta ao planejamento reprodutivo. Se a liberdade de crença deve estar assegurada como direito, ressalte-se o desafio de garantir que, no árduo processo de instituição dos serviços de aborto legal no país, ela seja preservada, sem que isso se traduza em imposição – como subterfúgio – aos direitos à saúde e a uma vida plena de autonomia e dignidade, das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gerar.

À medida que novas demandas desafiam a saúde pública, elas deveriam, no mínimo, ser consideradas em novos processos de formação e de seleção profissional. Ou os serviços públicos correm o risco de, na permanência da reprodução de preconceitos, discriminações e exclusões, promoverem um ainda maior distanciamento entre o projeto de universalidade e integralidade da população.

A pandemia da COVID-19

Um último ponto a ser discutido é relativo ao impacto da pandemia da COVID-19 no funcionamento dos serviços. Segundo relatos das/os entrevistadas/os e das gestões, as unidades e os serviços de atenção à violência sexual e ao aborto legal continuaram de portas abertas e mantiveram seus horários de funcionamento, mas profissionais reconhecem mais lentidão e necessidade de readequações provocadas pela redução da equipe por contaminação, antecipação de aposentadorias, chegada de novos/as profissionais (H1) e adaptações na estrutura física. Os serviços se mobilizaram para acomodar as medidas sanitárias exigidas, criaram comissões, se apropriaram das normas e protocolos e da utilização dos EPIs, que chegaram de forma tardia no serviço 1.

No que se refere à procura pelo aborto legal, a situação dos serviços 1 e 2 – instalados há mais tempo – se diferencia da do serviço 3, que foi

definido como serviço de referência ao aborto legal no período de vigência da pandemia; este foi também referência para a COVID-19. Nos serviços 1 e 2, profissionais perceberam uma ligeira diminuição da procura nos anos de 2020³⁵ e 2021 – que não pode ser considerada como alteração significativa. Por outro lado, no serviço 3, devido à sua mudança de status, alegaram um aumento significativo dos números, principalmente se comparado 2021 com os anos anteriores, quando recebia apenas pacientes esporádicas. Não temos, no entanto, como demonstrar esses dados numericamente, visto que a coleta de informações ainda não está devidamente consolidada e uniformizada pelos três hospitais.

As/os profissionais entrevistadas/os observaram que mulheres que necessitavam de autorização judicial para a interrupção da gravidez e as meninas e adolescentes vítimas de violência sexual chegaram aos serviços em estágios mais avançados da gestação. No caso destas últimas, avaliam que aumentaram os casos de violência com agressores conhecidos pelas vítimas, num contexto de aumento de casos de violência sexual.

Se considerarmos os dados sobre estupro no Brasil nos anos de 2020 e 2021, a partir dos levantamentos nacionais publicados em anuários pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, essas ilações não diferem dos dados nacionais: a grande maioria dos agressores eram pessoas conhecidas (83%, em 2020), a concentração das vítimas é no sexo feminino, negras, entre 10 e 13 anos, seguidas daquelas de 5 a 9 anos. Se em 2020, com o impacto inicial da pandemia, o número de registros dos estupros computados através de Boletins de Ocorrência³⁶ teve uma queda, em 2021 houve um ligeiro aumento em relação àquele ano (4,2%), o que pode ser justificado pelo avanço da vacinação, que permitiu à população retomar algumas atividades. Não é possível avaliar, no entanto, se entre um ano e outro o que de fato ocorreu foi um número menor de crimes ou apenas a diminuição da procura pelas delegacias, que tiveram

.....
35 <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/13-a-violencia-contra-criancas-e-adolescentes-na-pandemia-analise-do-perfil-das-vitimas.pdf>; <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/11-anuario-2022-uma-decada-e-mais-de-meio-milhao-de-vitimas-de-violencia-sexual.pdf> (Anuários do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, consultados em 30/10/22)

36 Em números absolutos, estupros e estupros de vulnerável para os estados que produziram dados foram 46.289 (0-19 anos) em 2020 e 66.020 em 2021.

seus horários reduzidos. Não é demais reforçar que pesquisadoras/es afirmam uma considerável taxa de subnotificação para violência sexual.

As/os profissionais entrevistadas/os por este estudo creditam a diminuição da procura pelo serviço ao medo da contaminação e à necessidade de distanciamento social, ao desconhecimento da continuidade de funcionamento dos mesmos durante a pandemia, e à diminuição dos transportes públicos. No serviço 1, destacaram uma diminuição da procura por mulheres vindas do interior do Estado da Bahia. Acreditam também que a proibição de acompanhantes, se foi uma medida necessária, pesou negativamente diante da fragilidade das pacientes. O H1, depois de um tempo, permitiu acompanhante para menores de 16 anos.

Se as atividades presenciais foram reduzidas ou totalmente suspensas, foram implementadas, por outro lado, algumas alternativas de substituição do atendimento a partir do uso das tecnologias à distância. O acompanhamento psicológico do H2, depois de uma suspensão inicial, aderiu à telessaúde de forma a manter o vínculo com as pacientes. Ofertaram também esse formato de cuidado para profissionais do próprio serviço. A modalidade de atenção para garantir a saúde mental de trabalhadores/as foi ofertada pela SESAB, conforme informou a gestora do serviço 3. As equipes também criaram grupos de *WhatsApp* para facilitar a discussão de casos clínicos e tomada de decisões sobre o aborto, o que antes costumava ser feito presencialmente.

Nenhum dos três serviços passou a utilizar a telemedicina para a realização dos abortos. O serviço 1 afirmou que a possibilidade está em consulta, a partir de contato com a médica Helena Paro, responsável pela instalação, em agosto de 2020, do 1º Programa de Aborto Previsto em Lei por Telemedicina no NUAVIDAS, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia³⁷.

.....
37 Em seu número 5, o Boletim Futuro do Cuidado, produzido por várias organizações feministas que atuam em defesa dos direitos reprodutivos historiciza, apresenta com mais detalhes documentação, além de ataques sofridos pelo NUAVIDAS: https://futurodocuidado.org.br/wp-content/uploads/2021/06/boletim_futuro_do_cuidado_n5.pdf (consultado em 30/10/22).

O Contexto

À parte todos os problemas de condução nacional das ações necessárias para prevenção e enfrentamento da pandemia, algumas medidas foram lançadas pelo governo federal com o objetivo de limitar as funções e o acesso aos serviços de aborto legal, numa espécie de ataque orquestrado contra a normatização até então existente. Não coincidentemente, algumas medidas vieram após o anúncio público de gravidez por estupro de meninas, que mobilizaram toda a sociedade brasileira em defesa da desejada e garantida interrupção, enquanto o governo federal – representado pela Ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos – atuou ostensivamente contra o determinado pela legislação brasileira para essas situações. Entre as medidas, destacamos a Portaria 2.561/2020 que orienta os serviços a realizar de forma obrigatória a notificação dos casos de violência sexual à Polícia.

As /os profissionais entrevistadas/os foram questionadas/os quanto à Portaria. A 2.561/2020 foi recebida como retrocesso e tentativa do governo federal de criar barreiras para a chegada das mulheres aos serviços de aborto legal, já que a necessidade de instaurar e enfrentar um processo contra o agressor geralmente não é considerada como opção por motivos que incluem a autopreservação. Nos três serviços, de forma geral, entrevistadas/os afirmaram que, por ausência de orientações claras, se negaram a cumpri-la, ou mesmo desconsideraram a sua existência, respaldados/as em consultas aos Conselhos de Medicina que declararam estar a Portaria 2.561/2020 em desacordo com os *Códigos de Ética*. Medidas dessa ordem buscam aproximar o direito ao aborto da esfera policial/criminal, afastando-o da competência da saúde pública.

O NUAVIDAS, acima citado, também sofreu retaliações do governo federal. Em junho de 2021, foi emitida a Nota Informativa nº 1/2021 – SAPS/NUJUR/SAPS/MS, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de reforçar a incompatibilidade entre o teleatendimento e o procedimento de aborto legal, apesar da literatura científica que comprova o contrário em vários países onde o aborto é legal e esta tecnologia foi utilizada para facilitar o aborto medicamentoso durante a pandemia.

Na mesma direção, em junho de 2022, o Ministério da Saúde publicou a “*Atenção Técnica para Prevenção, Avaliação e Condutas nos*

Casos de Abortamento”, criticada por inconstitucionalidade³⁸ e por disseminar desinformações, ao submeter normas a especulações sobre o início da vida, redefinindo a idade gestacional para realização da interrupção da gravidez nos casos de violência sexual para 22 semanas.

Esta sorte de medidas busca, por um lado, constranger os serviços, limitando a possibilidade de ação de profissionais, instaurando a dúvida e a insegurança jurídica. Estão determinadas também a inibir a demanda, independente da sua real existência. O que o governo Bolsonaro pretende é minguar a já limitada legislação e protocolos que permitem o aborto em algumas situações no país. Profissionais, instituições públicas, parlamentares, associações civis, organizações e movimentos sociais estão atentos e resistem.

Uma iniciativa avaliada de forma positiva foi a criação do Fórum Estadual de Aborto Legal na Bahia, por resolução da Defensoria Pública estadual, com o objetivo de promover a articulação entre serviços, apontar lacunas, construir soluções de forma coletiva. O Fórum, funcionando virtualmente, contribuiu para diminuir o isolamento das equipes e profissionais, fundamental não apenas para períodos de distanciamento social. Pode-se afirmar, a pretexto de conclusão, que em decorrência da pandemia não aconteceram mudanças significativas nos serviços de aborto legal dos três hospitais.

Ao finalizarmos esse relatório, em 31 de outubro de 2022, o Brasil havia eleito, no dia anterior, Luís Inácio Lula da Silva do Partido dos Trabalhadores (PT) para um terceiro mandato de Presidente da República. A proximidade do fato dificulta estabelecer uma leitura do contexto de forma mais definida. No entanto, a recondução ao cargo máximo da República de um político que reafirma, pública e reiteradamente, o aborto como uma questão de saúde pública nos permite supor que a ampliação e consolidação dos serviços pode ser possível, assim como a revogação de normas e protocolos restritivos, emitidos pelo atual governo federal, e, ainda, que profissionais de saúde e serviços não precisarão trabalhar em condições de permanente ameaça, o que aconteceu nos últimos 4 anos. A alegria do momento nos alimenta nesta previsão a ser perseguida.

.....
38 A Sociedade Brasileira de Bioética (SBS), ABRASCO, CEBES e Associação da Rede Unida apresentaram uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 989) ao STF, alegando a sua inconstitucionalidade: <https://www.mpf.mp.br/pgr/documentos/ADPF989.pdf>



CONSIDERAÇÕES FINAIS

As recomendações produzidas neste relatório estão baseadas nas análises dos diários de campo e das entrevistas realizadas com as/os profissionais, gestores/as e as mulheres atendidas nos serviços, bem como nas leituras de trabalhos científicos sobre a temática e nas recomendações da OMS (2022). Considerando o contexto instaurado no país, onde temos apenas três permissivos legais e ações em curso que podem implicar retrocessos legislativos e nas políticas públicas de saúde, resultando em mais obstáculos ao acesso das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar aos abortos já previstos em lei, é crucial garantir o cumprimento da lei com ampliação dos serviços de aborto legal e a consolidação dos serviços existentes, estejam eles já referenciados ou não.

Desse modo, reforçamos a importância da revogação de todas as medidas regressivas instauradas pelo atual governo federal. O Poder Executivo deve resguardar, garantir e efetivar os direitos das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar a esse permissivo legal, como está previsto na Constituição brasileira, nas políticas públicas de saúde e normas técnicas anteriores às propostas do atual governo e nos marcos internacionais, dos quais o Brasil é signatário. No campo da saúde, torna-se fundamental a defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) para a efetiva concretização de uma atenção segura e de qualidade às meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

É fundamental que o tema do aborto possa ser debatido de forma ampla pela população brasileira. As ações que visam à “despenalização social do aborto”, como indicado pela campanha exitosa dos movimentos feministas na Argentina e na Colômbia, em articulação com distintos setores da sociedade civil, devem envolver discussões que considerem

não apenas os valores morais e religiosos, mas a abordagem da temática como um problema social e de saúde pública, dentro da perspectiva dos direitos reprodutivos e da justiça reprodutiva. Tais iniciativas devem ser realizadas em diferentes frentes que incluem: inserção dos temas – aborto, objeção de consciência, direitos reprodutivos/justiça reprodutiva, gênero e outros correlatos – na formação em saúde (graduação, pós-graduação, residências e educação permanente das/os profissionais de saúde) e nos processos seletivos dos serviços; estágios em serviços de aborto legal, com as/os estudantes das áreas de saúde para conhecer o funcionamento dos serviços de aborto legal, sendo apoiadas pela produção de materiais informativos sobre o aborto, violência sexual e do direito à vida da menina/mulher/pessoa com capacidade de gestar, da interrupção em casos mais ampliados de anomalias incompatíveis com a vida.

As capacitações das/os profissionais, além de permanentes (entrada no serviço e ao longo do processo de trabalho), devem ser elaboradas de acordo com as especificidades de cada serviço, objetivando um maior conhecimento sobre a legislação, as políticas públicas de saúde, as normas técnicas e maior sensibilização sobre a temática, relações de gênero, raça, geracionais, entre outras que estruturam as relações sociais e que, da forma como estão estruturadas, favorecem estigmas e barreiras de acesso. É preciso elucidar e reforçar, que as/os profissionais são prestadores/as de cuidado e não investigadores/as policiais. Recomendamos que, nestas capacitações, as diretrizes publicadas pela OMS (2022) sejam debatidas. Devem ser incluídas também discussões sobre as especificidades dos segmentos atendidos: crianças, adolescentes e LGBTQIPA+.

Sugerimos que sejam utilizados diferentes formatos nas capacitações, adequados à realidade de cada serviço, mas que priorizem o maior envolvimento e engajamento das/os profissionais nos cuidados ao aborto. Iniciativas como oficinas e/ou rodas de conversa, por exemplo, possibilitam a construção de espaços mais acolhedores e horizontais, propiciam trocas de conhecimentos entre as pessoas e diálogos/compartilhamento dos seus sentimentos, medos e experiências na atenção às meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar. Esses espaços devem também incluir momentos específicos de cuidados aos/as profissionais, apoiando-os/as para a realização de um trabalho reconhecido como

complexo, difícil e delicado, como foi trazido pelas/os entrevistados, de modo a prevenir repercussões na sua saúde física e mental.

É importante garantir a participação não só de todos/as profissionais de saúde envolvidos/as diretamente no cuidado às mulheres, mas também dos/as demais trabalhadores/as de hospitais/maternidades, onde os serviços estão abrigados, com especial atenção para profissionais de Medicina e Enfermagem. Nas análises das entrevistas e observações de campo, foi constatado o pouco envolvimento desses/as profissionais na dinâmica dos serviços, como já mencionado, o que provoca problemas na comunicação entre as equipes de referência e interfere negativamente na oferta de uma atenção humanizada às meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

O debate sobre as diferentes nuances das recusas no atendimento e da objeção de consciência deve ser constantemente realizado, já que as recusas podem se fazer presentes de diferentes formas, desde a completa desassistência até recusas parciais como, por exemplo, submeter as mulheres a períodos de esperas desnecessários. Recomendamos que sejam discutidos, nas capacitações, tanto os códigos de ética das profissões, sobretudo de medicina, quanto as normas técnicas ministeriais, documentos em que são elucidados os direitos e deveres das/os profissionais na atenção ao aborto legal.

Também deve ser realizada uma maior divulgação dos serviços de aborto legal, abarcando o público interno, funcionários/as das maternidades/hospitais, e externo - a rede pública e privada de saúde -, considerando os diferentes níveis de atenção onde os serviços estão localizados, ou o aborto legal pode ser realizado, e também a população em geral. A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres e meninas deve ser também um espaço de articulação. Em conjunto, devem ser divulgadas informações de fácil acesso - compreensão e utilizando distintos meios - sobre os direitos das meninas e mulheres nos casos de aborto previstos em lei.

A necessidade de espaços físicos mais adequados ao atendimento às meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar nos serviços, enfatizada pelas/os profissionais e pelas mulheres entrevistadas, deve ser considerada. Diante das limitações e possibilidades de cada

serviço, recomendamos que se garantam espaços mais privativos, onde as pessoas tenham o sigilo de suas histórias respeitado e não compartilhem os mesmos espaços com puérperas, ou situações que podem desencadear diferentes tipos de desconforto, incluindo sofrimento psíquico, que devem ser evitados.

Indicamos a ampliação das equipes, por meio de concursos públicos e não apenas pela contratação de prestadores/as de serviço, o que contribui para a alta rotatividade das/os profissionais com vínculo e comprometimento frágeis e transitórios, além da precarização das condições de trabalho que produzem impactos diretos na atenção. Esses concursos devem eliminar, como critério, profissionais que apresentem objeção de consciência ou recusas para o tipo de atenção a que estão destinados/as.

Recomenda-se, para todos os serviços, que seja garantida a realização da coleta de vestígios para identificação do agressor com alocação de recursos – humanos, insumos e organizacionais – com guarda e envio adequado do material, e seu registro, de modo a evitar a ida desnecessária das mulheres ao IML. Também sugerimos a definição de serviços de referência no Estado para realização do aborto de gestações avançadas. Para tanto, esses serviços devem contar com recursos humanos qualificados (especialistas em Medicina Fetal) e insumos (medicamentos para indução do óbito fetal).

Para a elaboração e atualização dos protocolos de atendimentos, devem ser utilizadas, além das normas técnicas, diretrizes internacionais, como as recentemente produzidas pela OMS, e os marcos internacionais dos quais o Brasil é signatário. As evidências científicas que constam nesses documentos devem subsidiar as escolhas dos métodos para realização do procedimento de esvaziamento uterino – com abolição do uso da curetagem e incentivo ao método farmacológico e AMIU – sendo sempre prestadas todas as informações sobre o procedimento e o pós-aborto – orientações médicas e de contracepção – às meninas e seus/suas responsáveis, mulheres e pessoas com capacidade de gestar.

O uso da telessaúde para o aborto farmacológico é importante, seguindo as diretrizes da OMS (2022), e, para tanto, é necessário assegurar maior disponibilidade do misoprostol e aprovação pela ANVISA do uso da mifepristona no Brasil. No entanto, mesmo na ausência deste último fár-

maco, o uso isolado do misoprostol tem se mostrado efetivo para o aborto, com efeitos adversos autolimitados e facilmente controláveis. Medidas que visam garantir o diagnóstico precoce da gravidez, e assim favorecer sua interrupção nos casos previstos em lei em estágios precoces, são fundamentais para a mudança do modelo de organização do aborto na Bahia e no Brasil. Considere-se a instituição do regime de hospital-dia, evitando internações desnecessárias e retirar as pessoas das maternidades. Por meio da telessaúde, pode-se promover a autogestão das mulheres e envolver também outras/os profissionais de saúde, além de Medicina, habilitadas/os para acompanhar e fornecer as orientações necessárias.

Devem ser realizados novos estudos para aprofundamento de temas que se mostraram importantes na presente investigação, podendo ser citados: itinerários, experiências e dificuldades de acesso das mulheres com fetos anencefálicos, outras anormalidades incompatíveis com a vida, risco de vida; objeção de consciência; fatores associados às demandas por aborto em gravidezes do segundo trimestre e aos motivos de não realização do aborto nestas condições. São questões que também se apresentaram em outros estudos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADESSE, L. *et al.* "Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha." *Saúde em Debate* 39: 694-706, 2015.

ALMEIDA, E.V.L *et al.* "Não posso passar essa informação: o direito ao aborto legal no Brasil". XI Congresso Virtual de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2021. Disponível em: https://convibra.org/congresso/res/uploads/pdf/artigo_pdfHMETE006.08.2021_23.50.39.pdf

ALVES, L. Brazilian doctors condemn new rules on abortion. *The Lancet*, Volume 396, Issue 10254, 808. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31956-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31956-5/fulltext)

Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 989). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); Associação Rede Unida; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) – Frente pela Vida, 2022.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – 2009; Manual Técnico Operacional – Sistema de Informações Ambulatoriais – Aplicativos de captação

da produção ambulatorial APAC Magnético – BPA Magnético - VERSIA-DE-PARA – FPO Magnético. 69 Páginas.

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. 428p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 2 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. Brasília/DF, 2012. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS 466/12. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 485, de 1o de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2014.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Norma Técnica Atenção Humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, 2015. 44p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS 510/16. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.282/2020, de 27 de agosto de 2020¹. 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.282-de-27-de-agosto-de-2020-274644814>

_____. Ministério da Saúde. Portaria n° 2.561, de 23 de setembro de 2020². 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. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.561-de-23-de-setembro-de-2020-279185796>

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, v. 51, n. 20, maio de 2020³. Disponível em: [file:///C:/Users/palom/Dropbox/My%20PC%20\(DESKTOP-RAHSS50\)/Downloads/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf](file:///C:/Users/palom/Dropbox/My%20PC%20(DESKTOP-RAHSS50)/Downloads/Boletim-epidemiologico-SVS-20-aa.pdf)

CHAVKIN, W. *et al*, para Global Doctor for Choice. A objeção de consciência e a recusa em prestar cuidados em saúde reprodutiva: Um Relatório que examina a prevalência, suas consequências à saúde e as respostas normativas. <https://globaldoctorsforchoice.org/wp-content/uploads/GDC-Brasil-Publicação-sobre-Objecção-de-Consciência.pdf>

COLLAS, O.R. *et al*. Aborto Legal por Estupro–Primeiro Programa Público do País. *Revista Bioética*, 2(1), 2099.

DAVIS, A. *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DINIZ, D. *et al*. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista de Bioética*, 22 (2), 2014.

DIOS, V.C. *A palavra da mulher: práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil*. 2016. 106p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília/DF, 2016.

FONSECA, S. C. *et al.* Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. Suppl 1, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FSB). Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2019. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Anuario-2019-FINAL-v3.pdf>

GALLI, B. Desafios e oportunidades para o acesso ao aborto legal e seguro na América Latina a partir dos cenários do Brasil, da Argentina e do Uruguai. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. Suppl 1, 2020.

GARCIA, C.L. Seja feita a tua vontade, mulher! Portal Catarinas. 2020. Disponível em: https://catarinas.info/seja-feita-a-tua-vontade-mulher/?fbclid=IwAR0Wml4yPCwckGbC1qwPMKsC-wx59qe8JQL2PVzrkS_35cbD6BK06Cp5kss

GOES, E.F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. Suppl 1. 2020.

GOMES, A.C.R. Barreiras para o acesso aos serviços de aborto legal na América Latina e Caribe: uma revisão sistemática qualitativa. 2021. 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto /SP, 2021.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes; 2010. p. 79-108.

GONZALEZ, Lélia. A categoria política-cultural de amefricanidade. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, N°. 92/93 (jan./jun.). 1988b, p. 69-82.

GUZZO, M. Aborto previsto em lei: um direito em disputa no Brasil. 2020. Disponível em: <https://catarinas.info/aborto-previsto-em-lei-no-brasil/>

HARRIS, L.H. Second trimester abortion provision: breaking the silence and changing the discourse. *Reprod Health Matters*, 16(31 Suppl):74–81, 2008.

JACOB, M.G; BOING, A.C. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? *Cadernos de Saúde Pública*, 37(12), 2021.

_____. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? *Ciência & Saúde Coletiva*, 27 (9), 2022.

MADEIRO, A.P; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 2016.

MCCALLUM, C.A; MENEZES, G; REIS, A.P. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciência e Saúde-Manguinhos* 23 (1), 2016.

MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, Sup. 2, 2009.

MINAYO, M.C.S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M.C.S (orga.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2010. p. 61-77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems*. s/n. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf

_____. *Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.

PIMENTEL, S. *et al.* Recuo estratégico do Ministério da Saúde ou Cavalos de Tróia? 2020. Disponível em: <https://sxpolitics.org/ptbr/recuo-estrategico-do-ministerio-da-saude-ou-cavalos-de-troia/11278>

PILECCO, F. B. *et al.* Abortion and the COVID-19 pandemic: insights for Latin America. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, 2021.

ROSAS, C.F.; PARO, H.B.M.S. Serviços de atenção ao aborto previsto em lei: desafios e agenda no Brasil. *Cfemea/ SPW*, 2021.

SANTOS, A; *Apreciação Normativa da Atenção a Mulheres Vítimas de Violência Sexual em um serviço de saúde de Salvador.* 2019. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador /BA, 2019.

SILVA, J.K.J. Acesso aos serviços de aborto legal em casos de estupro: intersecções de gênero, raça, classe e território. 2020. 126p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE, 2020.

SILVA, V.R.S. Aborto legal na mira: 100% dos projetos de lei na Câmara dos Deputados em 2021 são contrários à interrupção da gravidez. 2021. Disponível em: <https://www.generonumero.media/aborto-legal-na-mira/>

SILVEIRA, P.S. Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no Nordeste brasileiro. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, Salvador /BA, 2014.

_____, P. S. O não ser como forma de ser: Mulheres. Somos de Nós e por Todes!. In: Melo, Ezilda. (Org.). *Direitos Fundamentais das mulheres no período pandêmico.* 1ed.Salvador: Studio Sala de Aula, 2021.

SIMONETTI, C; SOUZA, L; ARAÚJO, M.J.O. Dossiê – a realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na saúde das mulheres em Salvador e Feira de Santana. IMAIS (org). Salvador, 2008.

SOARES, G.S.; GALLI, M.B; VIANA, A.P. DEA. L. Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. / [elaboração e execução do projeto Beatriz Galli...[et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2010.

SOUZA, N.S. Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

SPINK, M.J.P. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2000.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M.J. (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004, 63 – 93p.

TALIB, R.A; CITELLI. Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004), 2005.

WORLD Health Organization (WHO). Reproductive health indicators – Guidelines for their Generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: WHO; 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563154>

WORLD Health Organization (WHO). Abortion care guideline. Geneva: WHO; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/978924003948>

ANEXOS

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista para os/as Gestores/as

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS/DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor...

| | | | |
|---|-----------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome: | | | |
| Idade: | Religião: | Qual que o/a Sr/a foi criado/a? | Atual – Frequenta algum culto? |
| Como você se descreveria em termos de gênero? | | | |
| Qual a sua orientação sexual? | | | |
| Como você se descreveria em termos de cor ou raça? () preta () parda () branca () amarela () indígena () outra | | | |
| Cidade que reside: | | | |
| Bairro de moradia: | | | |
| Renda familiar: | | | |
| Estado Civil: () solteira/o/e () casada/o/e () união consensual () viúva/o/e () divorciada/o/e () desquitada/o/e ou separada/o/e judicialmente | | | |
| Filhos/as/es: | | | |
| Escolaridade: () Graduação. Quais? () Residência. Qual? () Pós-graduação. Quais? () Outros cursos: | | | |
| Profissão: | | | |
| Local de trabalho: | | Tempo de formado: | |
| Função: | | Tempo neste trabalho: | |

PARTE 2 – TÓPICOS

Rotina de trabalho antes da pandemia:

- Tempo de trabalho e de gestão na unidade
- Interesse em trabalhar com a temática
- Experiência de trabalho em outro serviço de referência à atenção ao aborto legal
- Rotina do trabalho antes da pandemia

Funcionamento do serviço no período da pandemia

- Caracterização do serviço: dinâmica, composição da equipe, horário de funcionamento
 - Forma de seleção da equipe
 - Critérios para admissão como profissional do serviço e alocação na equipe
 - Relacionamento entre profissionais que compõem a equipe
 - Espaço reservado para acolhimento/atendimento
 - Garantia de privacidade
- Existência de protocolos específicos de atendimento para cada permissivo legal do aborto– risco de morte para as pessoas com capacidade de gestar, gravidezes resultantes de estupro e de fetos anencéfalos. Especificidades e fluxo desde a entrada/ chegada na unidade até a realização do procedimento
- Período de tempo para atendimento dos casos: do registro da demanda à unidade até a data da interrupção da gravidez. Atrasos e motivos
- Demandas não atendidas e motivos
- Limite para realização da interrupção da gravidez a partir da idade gestacional
 - Caso afirmativo, encaminhamento para outros serviços
- Espaços para discussão interna com a equipe, discussão de casos, alinhamento nos diagnósticos e procedimentos
- Dificuldades em manutenção de equipamentos e de regular oferta dos medicamentos necessários

Especificamente para gravidezes resultantes de estupro:

- Oferta de alternativas além do aborto legal
- Exigência de documentos para comprovação da violência

- Oferta de anticoncepção de emergência? Qual droga. Se não, motivos
- Oferta de medicação para profilaxia às ISTs/AIDS. Quais drogas. Se não, motivos.

Atendimento diferenciado no atendimento segundo grupos de mulheres, crianças, adolescentes, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais

Mulheres/meninas/adolescentes

- Particularidades, relativamente às mulheres adultas
 - Tempo de chegada ao serviço
 - Presença de acompanhantes
 - Forma de chegada: demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços
 - Insumos oferecidos
 - Notificação ao conselho tutelar. Caso não a realize, motivos

Homens trans, pessoas não binárias e intersexuais:

- Casos atendidos (antes e pós pandemia)
- Tempo de chegada ao serviço
- Presença de acompanhantes
- Forma de chegada: demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços
- Insumos oferecidos
- Equipe capacitada para atender esse público

Notificação do evento no SINAN ou outros sistemas (motivos para não notificação)

Acompanhamento dos casos

- Encaminhamento para serviços (clínico, apoio psicossocial etc.)
- Profissionais envolvidos
- Especificidades para cada tipo de demanda de aborto legal

Rede de atenção e normas vigentes

- Conhecimento sobre a rede de atenção às vítimas de violência sexual e fluxo de atendimento
 - Opinião e atuação da equipe diante da nova Portaria no. 2.561/2020 do Ministério da Saúde de registro dos casos de violência sexual às autoridades policiais

- Conhecimento das normas ministeriais voltadas ao atendimento de pessoas em situação de violência sexual
- Oferta de capacitação, durante a gestão, para profissionais da unidade para realização do atendimento às pessoas em situação de violência sexual e demais permissivos legais. Capacitação durante a pandemia
- Na sua formação (graduação, pós-graduação, residência etc.) o tema do aborto legal foi debatido

Dificuldades para o funcionamento do serviço na pandemia da COVID -19

- Funcionamento do serviço no período da pandemia
 - a. Mudanças da rotina
 - b. Principais obstáculos para o funcionamento do serviço neste período
- Principais causas/demandas para aborto legal durante a pandemia. Aumento de casos de violência sexual
 - Utilização da telemedicina/telesaúde no período; para quais serviços
 - Barreiras que o serviço ainda precisa superar para garantir atendimento às pessoas que o demandam no período da pandemia

Divulgação do serviço para comunidade e percepção sobre conhecimento do serviço pela população da região/do município

Ouvidoria e encaminhamentos das queixas, sugestões e recomendações recebidas

Opiniões sobre legislação vigente sobre aborto, influência da religião, objeção de consciência

Comentários e sugestões

Agradecemos a sua contribuição!

**APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para Profissionais de Saúde:
Psicologia e Serviço Social**

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS/DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor...

| | | | |
|---|-----------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome: | | | |
| Idade: | Religião: | Qual que o/a Sr/a foi criado/a? | Atual – Frequenta algum culto? |
| Como você se descreveria em termos de gênero? | | | |
| Qual a sua orientação sexual? | | | |
| Como você se descreveria em termos de cor ou raça? () preta () parda () branca () amarela () indígena () outra | | | |
| Cidade que reside: | | | |
| Bairro de moradia: | | | |
| Renda familiar: | | | |
| Estado Civil: () solteira/o/e () casada/o/e () união consensual () viúva/o/e () divorciada/o/e () desquitada/o/e ou separada/o/e judicialmente | | | |
| Filhos/as/es: | | | |
| Escolaridade: () Graduação. Quais? () Residência. Qual? () Pós-graduação. Quais? () Outros cursos: | | | |
| Profissão: | | | |
| Local de trabalho: | | Tempo de formado: | |
| Função: | | Tempo neste trabalho: | |

PARTE 2 – TÓPICOS

Rotina de trabalho antes da pandemia

- Tempo de trabalho e de gestão na unidade
 - Interesse em trabalhar com a temática
 - Experiência de trabalho em outro serviço
- de referência à atenção ao aborto legal
- Rotina do trabalho antes da pandemia

Caracterização do serviço

- Dinâmica, composição da equipe, horário de funcionamento
- Relacionamento com colegas
- Conhecimento sobre protocolos específicos de atendimentos para cada permissivo legal – risco de morte para as pessoas com capacidade de gestar, gravidezes resultantes de estupro e de fetos anencéfalos
- Descrição do fluxo de atendimento desde a entrada/chegada até a realização do procedimento
 - Tempo entre registro da demanda das pessoas à unidade até a data da interrupção da gravidez. Motivos de atraso
 - Demandas não atendidas e motivos
 - Limite para interrupção a partir da idade gestacional. Tipo de encaminhamento em caso de limite ultrapassado (pré-natal, outro serviço)
 - E espaço reservado para esse atendimento
 - Garantia de privacidade

Especificidades no atendimento segundo grupos de mulheres, crianças, adolescentes, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais

Mulheres/meninas/adolescentes

- Percepção sobre tempo de chegada ao serviço
- Diferenças entre mulheres, adolescentes e meninas
- Condições de chegada ao serviço
 - Acompanhantes (quem)
 - Demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços (Especificar - DEAMs, IML, rede de atenção, conselhos tutelares etc.)?

- Notificação ao Conselho Tutelar (crianças e adolescentes). Motivos de não notificação

Homens trans, pessoas não binárias e intersexuais:

- Pessoas atendidas (antes e pós pandemia)
- Condições de chegada ao serviço
 - Acompanhantes (quem)
 - Demanda espontânea ou encaminhamento de outros serviços (Especificar - DEAMs, IML, rede de atenção, conselhos tutelares etc.)?
- Se participou de alguma capacitação específica para atenção a esse público

Casos de aborto em caso de estupro

- Oferta de alternativas além do aborto legal
- Exigência de documentos de comprovação da violência
- Oferta de anticoncepção de emergência e profilaxia para ISTs/AIDS. Medicamentos utilizados e motivos para não oferta

Notificação do evento ao SINAN ou outros sistemas. Motivos da não notificação

Acompanhamento dos casos segundo tipo de demandas

Participação em sessões internas com a equipe, discussão de casos, alinhamento nos diagnósticos e procedimentos

Dificuldades no manuseio dos equipamentos, na oferta/disponibilidade dos medicamentos necessários, dentre outros recursos?

Conhecimento da Rede de Atenção à Violência, fluxo de atendimento

Conhecimento das normas ministeriais vigentes

- Opinião e atitude diante da nova Portaria no. 2.561/2020 do Ministério da Saúde da obrigatoriedade de denúncia às autoridades policiais

Participação em capacitação de para atendimento às pessoas em situação de violência sexual de acordo com as Normas Técnicas do Ministério da Saúde

- Na formação(graduação, residência ou pós-graduação)

- No serviço. Quantas vezes; época; relacionada aos demais permissivos legais

Funcionamento do serviço no período da pandemia da COVID-19

- Funcionamento do serviço no período da pandemia
- Mudanças
- Obstáculos para o funcionamento do serviço neste período
- Principais causas para o aborto legal durante a pandemia
- Aumento de casos relacionados à violência sexual
- Capacitação durante a pandemia
- Atividades para cuidar e acolher outras necessidades dos profissionais de saúde
- Barreiras a serem superadas para garantir atendimento às pessoas que o demandam no período da pandemia?

Conhecimento do serviço pela população?

- Conhecimento de como é feita a divulgação
- Percepção sobre conhecimento da comunidade sobre o serviço
- Realização de atendimento remoto; tipo de recurso virtual utilizado e tipo de serviço prestado (telessaúde/telemedicina se houver)

Opiniões pessoais

- Legislação sobre aborto
- Influência da religião
- Objeção de consciência
- Atitudes de colegas profissionais de saúde sobre aborto legal

Comentários, observações ou sugestões

Perguntas específicas para os/as profissionais de Medicina

- Se é objeto de consciência
 - a. Em caso afirmativo, atitude na atenção ao abortamento legal (negação na oferta de procedimentos: acolhimento à pessoa com demanda de aborto legal; prescrição do misoprostol; colocação da medicação; realização do esvaziamento uterino. Especificação de motivos; Se e como informou à pessoa; se realizou encaminhamentos a colegas; Relato de um caso.

Se já foi obrigado a realizar um aborto legal mesmo tendo declarado objeção de consciência. Motivos e sentimentos

b. Em caso negativo, relatos sobre objeção de colegas do serviço

Agradecemos a sua contribuição!

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para os/as Profissionais de Medicina

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS/DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor...

| | | | |
|---|-----------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome: | | | |
| Idade: | Religião: | Qual que o/a Sr/a foi criado/a? | Atual - Frequenta algum culto? |
| Como você se descreveria em termos de gênero? | | | |
| Qual a sua orientação sexual? | | | |
| Como você se descreveria em termos de cor ou raça? () preta () parda () branca () amarela () indígena () outra | | | |
| Cidade que reside: | | | |
| Bairro de moradia: | | | |
| Renda familiar: | | | |
| Estado Civil: () solteira/o/e () casada/o/e () união consensual () viúva/o/e () divorciada/o/e () desquitada/o/e ou separada/o/e judicialmente | | | |
| Filhos/as/es: | | | |
| Escolaridade: () Graduação. Quais? () Residência. Qual? () Pós-graduação. Quais? () Outros cursos: | | | |
| Profissão: | | | |
| Local de trabalho: | | Tempo de formado: | |
| Função: | | Tempo neste trabalho: | |

PARTE 2 - QUESTÕES

Experiência com o trabalho na atenção às pessoas em situação de violência e aborto legal

- 1.** O/A Sr/a me falou que trabalha a ___ tempo no serviço ____ e no atendimento aos casos de aborto legal, tem quanto tempo? (A entrevistadora deve recuperar o histórico do ingresso no hospital e serviço de referência)
- 2.** O/A Sr/a já tinha algum interesse em trabalhar na atenção às pessoas em situação de violência e aborto legal? Trabalhou em outro serviço de referência? O que levou o/a Sr/a a escolher esse trabalho? Qual a motivação?
- 3.** Na sua formação (graduação, pós-graduação, residência etc.) o tema do aborto legal foi debatido? E nos processos seletivos que participou, tinha alguma questão sobre violência sexual e aborto legal?
- 4.** Depois de formada/o o/a Sr/a recebeu alguma capacitação para trabalhar na atenção ao aborto legal? Se sim, como foi? Pode falar um pouco. Se não, sentiu falta? Acha que deveria ter recebido, porque?

Funcionamento do serviço antes da pandemia

- 1.** E como era a sua rotina de trabalho no serviço antes da pandemia? Pode falar um pouco.
 - Poderia descrever um pouco como são suas atividades na atenção ao aborto legal?
- 2.** Quais são as principais causas para o aborto legal que o/a Sr/a atende?
- 3.** Qual o procedimento é mais utilizado para a interrupção legal da gravidez no serviço ____? O/a Sr/a gostaria de usar outro? Se sim, porquê?
- 4.** Como é o seu relacionamento com os/as demais profissionais que compõem a equipe?
- 5.** Existe comitê/grupo de trabalho/reunião de equipe específico para avaliar/autorizar as demandas de aborto legal no serviço____? O/a Sr/a faz parte dele? Se existe, quais os critérios fixados pelo comitê/grupo de trabalho/reunião de equipe para autorizar os casos previstos em lei? Como funciona?

Especificamente para gravidezes resultantes de violência sexual

- Quería falar especificamente sobre os casos de violência sexual. O que é necessário para o atendimento? São exigidos documentos que comprovem o estupro? Poderia descrever como é o fluxo de atendimento?
- Existem demandas não atendidas? Por quais motivos? E casos recusados? Se sim, porque? Foi realizado algum encaminhamento desses casos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? A referência para outra unidade é documentada por escrito? É realizado algum tipo de acompanhamento desses casos?
- Em gravidezes resultantes de estupro é oferta das outras possibilidades além do aborto legal?
- O/A Sr/a já teve dúvidas sobre a história de violência relatada por alguma pessoa atendida no serviço? Se sim, por quais motivos? Quanto representa do total? Soube de algum caso que tenha ocorrido no serviço ____? Como agem diante desses casos? Quais são as principais dificuldades no atendimento a essas pessoas?

Especificamente para gravidezes de anencefalia

- Quais os documentos e os exames são necessários para realizar o procedimento? As pessoas já trazem? Como procedem?
- Do registro da demanda das pessoas à unidade até a data da interrupção da gravidez, em geral, em quanto tempo isto ocorre? Há atrasos? Se sim, por quais motivos?
- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? E é realizado algum tipo de acompanhamento desses casos pelo serviço _____?
 - Quais as dificuldades para atender essas pessoas?

Especificamente para gravidezes que representam risco de morte para as mulheres e pessoas com capacidade de gestar

- O serviço ____ que o/a Sr/a trabalha atende casos desse permissivo legal? Se sim, o que é necessário para atender essa indicação? Existem documentos e exames que são necessários? Pode descrever as situações mais frequentes?
- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existem dificuldades para atender esses casos? Se sim, quais?

Especificamente para gravidezes que não estão contempladas pelos permissivos legais

- Quais documentos e exames são necessários? Elas já trazem? Como procedem?
- Do registro da demanda das pessoas à unidade até a data da interrupção da gravidez, em geral, em quanto tempo isto ocorre? Há atrasos? Se sim, por quais motivos?
- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? E é realizado algum tipo de acompanhamento desses casos pelo serviço ____?

Atendimento diferenciado a crianças, adolescentes, mulheres, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais

- Há diferenciação no atendimento segundo os grupos: mulheres, crianças, adolescentes, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais?

Mulheres/crianças/adolescentes

- Você já atendeu crianças? E adolescentes? O que é necessário para o atendimento? Poderia descrever o fluxo do atendimento?
 - Existem diferenças de como atendem as mulheres, as adolescentes e as meninas?
 - O/A Sr/a considera que existe alguma dificuldade específica para atender crianças e adolescentes?

Se sim, quais? Poderia descrever um pouco.

- Nos casos de adolescentes e crianças, realizam a notificação ao conselho tutelar? Caso não a realize, quais os motivos?
- O/a Sr/a participou de alguma capacitação específica para atender esse público? Se não, na sua opinião isso seria necessário? Porque?

Especificamente para os homens trans, pessoas não binárias e intersexuais:

- Já houve algum atendimento a essas pessoas no serviço_____?

Me conte como foi (Tiveram dificuldades? Obstáculos?)

- O/a Sr/a participou de alguma capacitação para atender esse público? Se não, na sua opinião isso seria necessário? Porque?

Recusas no atendimento ao aborto legal: objeção de consciência

1. Existem condições específicas que a/o deixam desconfortável para atender pessoas que demandam o aborto legal? Se sim, quais?
2. O/A Sr/a realiza todas as ações previstas para sua função no atendimento ao aborto legal? Tem dificuldades em realizar alguma delas (prescrição do misoprostol; aplicação da medicação; realização do esvaziamento uterino etc.)? Se sim, por quais motivos? Encaminha para outro/a colega/profissional? Como?
3. Existe alguma situação que o/a Sr/a recusa a realização do aborto legal? Se sim, por quais motivos? (Fala livre e/ou estimular com: Por questões religiosas e/ou morais? Estigmas relacionados ao aborto/ sobre o que as outras pessoas vão pensar/o risco de ficar conhecido/a como “aborteiro/a”)?
4. **(Para quem realiza o aborto legal)** No serviço _____, existem profissionais que estigmatizam e criticam o/a Sr/a e o/as colegas que prestam assistência ao aborto legal? Se sim, descreva como ocorrem essas situações. Como essas situações são tratadas pelo serviço _____? Existe pressão de outro/as profissionais de saúde ou da coordenação, direção, para não prestar assistência ao aborto legal? E da comunidade?
5. **(Para quem informou algum tipo de recusa ao atendimento)** Como o/a Sr/a informou a recusa à direção do serviço ____? Qual foi a reação da direção? Isto foi formalizado em algum documento? Conhece colegas com posição semelhante à sua? Do número total de médico/as, qual a proporção de médico/as que compartilham essa posição?

- 6.** Pelo código de ética do Conselho Federal de Medicina (CFM) o/a/e médico/a/e pode recusar realizar o procedimento, alegar objeção de consciência. O/A Sr/a sabe o que é objeção de consciência? Se sim, pode definir? Em quais situações é possível?
- Qual a sua opinião sobre isso?
- 7.** Se considera objetor/a? Se sim, por quais motivos?
- Se for objetor/a: como informou à pessoa? Como realizou os encaminhamentos para as/os colegas? O/a Sr/a acha que seu posicionamento afeta a atenção no serviço ____? Como? Poderia descrever alguns casos?
 - O/a Sr/a já foi obrigado/a a realizar um aborto legal mesmo tendo declarado objeção de consciência? Se sim, por quais motivos? Como se sentiu?
 - Se não for objetor/a: O/A Sr/a conhece colegas objetores/as? O que eles/as alegam? Pode citar casos que ocorreram no serviço ____? Descrever um pouco como foram essas recusas (houve atraso no atendimento? Recusa de prescrição e/ou aplicação do misoprostol? Não realização da ultrassonografia ou da anestesia? Não realização do procedimento de esvaziamento uterino?) Como o/a Sr/a se sentiu ao presenciar ou saber de situações de recusas? E a reação da equipe de saúde, qual foi?
- 8.** Para o/a Sr/a existem diferenças entre a objeção de consciência e a recusa/negação de atendimento ao aborto legal?
- 9.** O que o serviço faz para lidar com os casos de objeção de consciência? Considera as medidas adotadas suficientes? Teria sugestões?
- 10.** Imagine uma situação de emergência em que uma mulher ou pessoa com capacidade de gestar tem câncer e não pode continuar sua gravidez, assim, a realização do aborto seria a única opção para salvar a vida dessa pessoa. Qual a sua atitude diante dessa situação? Sua resposta mudaria se a mulher/pessoa com capacidade de gestar estivesse grávida de 20 semanas ou mais?
- 11.** Como você acha que a recusa do atendimento ao aborto legal afeta a/os profissionais que realizam os procedimentos? (ela/es experimentam mais estresse? Ela/es têm mais trabalho?) Se possível, dê um exemplo ou pense em um caso específico.

Rede de atenção e normas vigentes

1. O/A Sr/a conhece as normas ministeriais voltadas para o atendimento ao aborto legal? Quais são elas? Como as conheceu? Poderia me falar sobre as Normas? Seus objetivos? As ações propostas? E os demais permissivos legais?
2. O/A Sr/a conhece o fluxo de atendimento na rede de atenção às vítimas de violência sexual municipais? Poderia descrever como funciona?

Conhecimento do serviço pela população

3. De acordo com a sua avaliação, quais são as barreiras que o serviço ainda precisa superar para garantir o atendimento às pessoas que demandam por ele? E um atendimento de qualidade?
4. Existe alguma reunião para discutir as principais queixas, recomendações ou sugestões das pessoas atendidas pelo serviço? Se sim, o/a Sr/a participa dessas reuniões? Quais são os encaminhamentos dados a partir dessas questões e recomendações trazidas pelas/os/es usuárias/os/es?

Funcionamento do serviço depois da pandemia

1. Gostaria que descrevesse se houve mudanças no funcionamento do serviço _____ no período da pandemia da COVID-19? Se sim, quais?
 - Houve aumento da demanda? Qual a média de pessoas atendidas depois da pandemia?
 - O serviço foi interrompido em algum momento? O horário foi reduzido?
 - Houve redução da equipe (pessoas doentes, transferências para outros serviços etc.)?
 - Foi adotado pelo serviço algum protocolo de segurança específico para evitar a exposição entre vocês, profissionais de saúde, entre vocês e os/as/es usuários/as/es? Se sim, qual? Se não, o/a Sr/a adotou individualmente algum? Se sim, qual?
 - Participou de algum tipo de capacitação?
 - Foram implantadas atividades voltadas para o cuidado da saúde mental e de seus/suas colegas?

2. Especificamente sobre violência sexual, os casos aumentaram?
 - Há a percepção que as pessoas estão chegando mais tardiamente em outros serviços, com estágios mais avançados de gravidez, por causa da pandemia. Tem ocorrido isso no serviço ___?
 - Segundo a nova Portaria no. 2.561/2020 do Ministério da Saúde, os casos de violência sexual devem ser denunciados às autoridades policiais. Qual foi orientação da coordenação do serviço dada a vocês? Qual a sua opinião sobre isso?
3. O/a Sr/a identifica outros obstáculos para o funcionamento do serviço neste período?
4. E a telemedicina foi/está sendo utilizada neste período de pandemia? Se sim, em qual nível? Como? O/A Sr/a participa dessa iniciativa? Se sim, desde quando? Pode falar um pouco sobre ela.

Opiniões pessoais

5. Em quais circunstâncias ou situações o/a Sr/a acha que o aborto não deve ser permitido? Porque?
6. Pensando sobre os serviços de saúde e o aborto legal, para o/a Sr/a quais são os principais motivos pelos quais alguns serviços se recusam a realizar o procedimento? Qual a sua opinião sobre esse tipo de recusa?
7. O/A Sr/a concorda com a realização do abortamento em outros casos além dos previstos em lei? Em quais?
8. Existem casos em que você aprovaria o aborto? Quais? (pergunta destinada àqueles/as que não aprovam o recurso ao abortamento)
9. O/A Sr/a acha que a religião pode influenciar as decisões da/o/e profissional de realizar o abortamento legal? O que pensa sobre isso?
10. O/A Sr/a deseja fazer comentários, observações ou sugestões? Falar sobre algum assunto que não tenha sido abordado?

Agradecemos a sua contribuição!

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para os/as Profissionais de Enfermagem

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS/DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor...

| | | | |
|---|-----------|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome: | | | |
| Idade: | Religião: | Qual que o/a Sr/a foi criado/a? | Atual - Frequenta algum culto? |
| Como você se descreveria em termos de gênero? | | | |
| Qual a sua orientação sexual? | | | |
| Como você se descreveria em termos de cor ou raça? () preta () parda () branca () amarela () indígena () outra | | | |
| Cidade que reside: | | | |
| Bairro de moradia: | | | |
| Renda familiar: | | | |
| Estado Civil: () solteira/o/e () casada/o/e () união consensual () viúva/o/e () divorciada/o/e () desquitada/o/e ou separada/o/e judicialmente | | | |
| Filhos/as/es: | | | |
| Escolaridade: () Graduação. Quais? () Residência. Qual? () Pós-graduação. Quais? () Outros cursos: | | | |
| Profissão: | | | |
| Local de trabalho: | | Tempo de formado: | |
| Função: | | Tempo neste trabalho: | |

PARTE 2 - QUESTÕES

Experiência com o trabalho na atenção às pessoas em situação de violência e aborto legal

1. O/A Sr/a me falou que trabalha a __ tempo no serviço _____ e no atendimento aos casos de aborto legal, tem quanto tempo? (A entrevistadora deve recuperar o histórico do ingresso no hospital e serviço de referência)
2. O/A Sr/a já tinha algum interesse em trabalhar na atenção às pessoas em situação de violência e aborto legal? Trabalhou em outro serviço de referência? O que levou o/a Sr/a a escolher esse trabalho? Qual a motivação?
3. Na sua formação (graduação, pós-graduação, residência etc.) o tema do aborto legal foi debatido? E nos processos seletivos que participou, tinha alguma questão sobre violência sexual e aborto legal?
4. Depois de formada/o o/a Sr/a recebeu alguma capacitação para trabalhar na atenção ao aborto legal? Se sim, como foi? Pode falar um pouco. Se não, sentiu falta? Acha que deveria ter recebido, porque?

Funcionamento do serviço antes da pandemia

1. E como era a sua rotina de trabalho no serviço _____ antes da pandemia? Pode falar um pouco.
 - Poderia descrever um pouco como são suas atividades na atenção ao aborto legal?
2. Quais são as principais causas para o aborto legal que o/a Sr/a atende?
3. Como é o seu relacionamento com os/as demais profissionais que compõem a equipe?
4. Existe comitê/grupo de trabalho/reunião de equipe específico para avaliar/autorizar as demandas de aborto legal no serviço____? O/a Sr/a faz parte dele? Se existe, quais os critérios fixados pelo comitê/grupo de trabalho/reunião de equipe para autorizar os casos previstos em lei? Como funciona?

Especificamente para gravidezes resultantes de violência sexual

- Quería falar especificamente sobre os casos de violência sexual. O que é necessário para o atendimento? Que documentos são exigidos?

- Existem demandas não atendidas? Por quais motivos?
Foi realizado algum encaminhamento desses casos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? A referência para outra unidade é documentada por escrito? É realizado algum tipo de acompanhamento desses casos?
- Em gravidezes resultantes de estupro é ofertada outras possibilidades além do aborto legal?
- O/A Sr/a já teve dúvidas ou discriminou a pessoa por causa da história de violência relatada por alguma pessoa atendida no serviço ____? Se sim, por quais motivos? Quanto representa do total? Soube de algum caso que tenha ocorrido no serviço ____? Como agem diante desses casos? Quais são as principais dificuldades no atendimento a essas pessoas? Especificamente para gravidezes de anencefalia
- Quais os documentos e os exames são necessários para realizar o procedimento? As pessoas já trazem? Como procedem?
- Do registro da demanda das pessoas à unidade até a data da interrupção da gravidez, em geral, em quanto tempo isto ocorre? Há atrasos? Se sim, por quais motivos? Cumprem com a Norma Técnica do Ministério da Saúde, ou já receberam alguma capacitação sobre ela?
- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? E é realizado algum tipo de acompanhamento desses casos pelo serviço____?
 - Quais as dificuldades para atender essas pessoas?

Especificamente para gravidezes que representam risco de morte para as mulheres e pessoas com capacidade de gestar

- O serviço _____ que o/a Sr/a trabalha atende casos desse permissivo legal? Se sim, o que é necessário para atender

essa indicação? Existem documentos e exames que são necessários? Pode descrever as situações mais frequentes?

- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existem dificuldades para atender esses casos? Se sim, quais?

Especificamente para gravidezes que não estão contempladas pelos permissivos legais

- Quais documentos e exames são necessários? Elas já trazem? Como procedem?
- Do registro da demanda das pessoas à unidade até a data da interrupção da gravidez, em geral, em quanto tempo isto ocorre? Há atrasos? Se sim, por quais motivos?
- Existem demandas não atendidas ou recusadas? Se sim, por quais motivos?
- Existe algum critério utilizado para determinar o limite para a interrupção a partir do tempo gestacional? Se sim, até quantas semanas?
 - Vocês encaminham casos que ultrapassem esse limite para outros lugares? Se sim, quais? E é realizado algum tipo de acompanhamento desses casos pelo serviço?

Atendimento diferenciado a crianças, adolescentes, mulheres, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais

- Há diferenciação no atendimento segundo os grupos: mulheres, crianças, adolescentes, homens trans, pessoas não binárias e intersexuais?

Mulheres/crianças/adolescentes

- Você já atendeu crianças? E adolescentes? O que é necessário para o atendimento? Pode falar um pouco.
 - Existem diferenças de como atendem as mulheres, as adolescentes e as crianças?
 - O/A Sr/a considera que existe alguma dificuldade específica para atender crianças e adolescentes? Se sim, quais? Poderia descrever um pouco.
- Nos casos de adolescentes e crianças, realizam a notificação ao conselho tutelar? Caso não a realize, quais os motivos?

- O/a Sr/a participou de alguma capacitação específica para atender esse público? Se não, na sua opinião isso seria necessário? Por quê?

Especificamente para os homens trans, pessoas não binárias e intersexuais:

- Já houve algum atendimento a essas pessoas no serviço_____?
Me conte como foi (Tiveram dificuldades? Obstáculos?)
- O/a Sr/a participou de alguma capacitação para atender esse público? Se não, na sua opinião isso seria necessário? Por quê?

Recusas no atendimento ao aborto legal: objeção de consciência

1. Existem condições específicas que a/o deixam desconfortável para atender pessoas que demandam o aborto legal? Se sim, quais? Em quais situações não atenderia?
2. Como o/as profissionais que participam diretamente nos atendimentos às pessoas que demandam o aborto legal são vistos no serviço ____? Ele/as são criticados ou malvistos? Sofrem pressão de outro/as profissionais de saúde ou da coordenação, direção, para não prestar assistência ao aborto legal? E da comunidade? Se sim, descreva alguma situação que identificou. Como essas situações são tratadas pelo serviço ____?
3. Neste serviço, existem profissionais que se recusam a prestar algum tipo de cuidado nos casos de aborto legal? Se sim, o que alegam? Poderia descrever esses casos (retardo ou recusa no atendimento; não participação no comitê de decisão sobre o aborto legal etc.). Esses casos chegam a ser discutidos em reuniões da equipe ou comitê? Chegam ao conhecimento da diretoria/coordenação? Existe uma lista com os nomes desse/as profissionais?
4. Considera que a recusa afeta a qualidade da atenção? Como? De que modo?
 - O/A Sr/a percebe que essa situação de recusa é mais alegada em casos específicos como, por exemplo, em gravidezes decorrentes de estupro de crianças e adolescentes?
5. Como você acha que a recusa do atendimento ao aborto legal afeta a/os profissionais que realizam os procedimentos? (ela/es experimentam mais estresse? Ela/es têm mais trabalho?) Se possível, dê um exemplo ou pense em um caso específico.

6. Existem medidas que são adotadas para garantir a atenção e minorar os efeitos das recusas dos/as profissionais? Se sim, as considera suficientes e adequadas? Se não, o que sugere?
7. E no caso do/as médico/as há situações de recusas? Se sim, poderia descrever. Como o/a Sr/a se sentiu ao presenciar ou saber dessas situações de recusas (atraso no atendimento; recusa de prescrição e/ou aplicação do misoprostol; não realização da ultrasonografia ou da anestesia etc.)?
8. O aborto legal é um direito, atualmente, temos três permissivos legais. Por outro lado, pelo código de ética do Conselho Federal de Medicina (CFM) o/a/e médico/a/e pode recusar realizar o procedimento, alegar objeção de consciência. Como o/a Sr/a vê isso? Tem casos que a/o/e profissional não pode recusar?
9. Para o/a Sr/a existem diferenças entre a objeção de consciência e a recusa/negação de atendimento ao aborto legal?
10. Imagine uma situação de emergência em que uma mulher ou pessoa com capacidade de gestar tem câncer e não pode continuar sua gravidez, assim, a realização do aborto é a única opção para salvar a vida dessa pessoa. Como você reagiria a essa situação? Sua resposta mudaria se a mulher/pessoa com capacidade de gestar estivesse grávida de 20 semanas ou mais?

Rede de atenção e normas vigentes

1. O/A Sr/a conhece as normas ministeriais voltadas para o atendimento ao aborto legal? Quais são elas? Como as conheceu? Poderia me falar sobre as Normas? Seus objetivos? As ações propostas? E os demais permissivos legais?
2. O/A Sr/a conhece o fluxo de atendimento na rede de atenção às vítimas de violência sexual municipais? Poderia descrever como funciona?

Conhecimento do serviço pela população

1. De acordo com a sua avaliação, quais são as barreiras que o serviço ainda precisa superar para garantir o atendimento às pessoas que demandam por ele? E que este tenha qualidade?
2. Existe alguma reunião para discutir as principais queixas, recomendações ou sugestões das pessoas atendidas pelo serviço? Se sim,

o/a Sr/a participa dessas reuniões? Quais são os encaminhamentos dados a partir dessas questões e recomendações trazidas pelas/os/es usuárias/os/es?

Funcionamento do serviço no período da pandemia da COVID-19

1. Gostaria que descrevesse se houve mudanças no funcionamento do serviço _____ no período da pandemia da COVID-19? Se sim, quais?

- Houve aumento da demanda? Qual a média mensal de pessoas atendidas desde março de 2020?
- O serviço foi interrompido em algum momento? O horário foi reduzido?
- Houve redução da equipe (pessoas doentes, transferências para outros serviços etc.)?
- Foi adotado pelo serviço algum protocolo de segurança específico para evitar a exposição entre vocês, profissionais de saúde, entre vocês e os/as/es usuários/as/es? Se sim, qual? Se não, o/a Sr/a adotou individualmente algum? Se sim, qual?

• Houve alguma orientação específica da gestão?

Participou de algum tipo de capacitação?

- Foram implantadas atividades voltadas para o cuidado da saúde mental e de seus/suas colegas?

2. Especificamente sobre violência sexual, os casos aumentaram?

• Há a percepção que as pessoas estão chegando mais tardiamente em outros serviços, com estágios mais avançados de gravidez, por causa da pandemia. Tem ocorrido isso no serviço _____?

- A/os profissionais de saúde desse serviço denunciavam os casos de violência sexual às autoridades policiais? Qual a sua opinião sobre isso?

3. O/a Sr/a identifica outros obstáculos para o funcionamento do serviço neste período?

4. E a telemedicina/telessaúde foi/está sendo utilizada neste período de pandemia? Se sim, em qual nível? Como? O/A Sr/a participa dessa iniciativa? Se sim, pode falar um pouco sobre ela.

Opiniões pessoais

1. Em quais circunstâncias ou situações o/a Sr/a acha que a interrupção da gravidez não deva ser permitida? Por quê?
2. Pensando sobre os serviços de saúde e a interrupção legal da gravidez, para o/a Sr/a quais são os principais motivos pelos quais alguns serviços se recusam a realizar o procedimento? Qual a sua opinião sobre esse tipo de recusa?
3. O/A Sr/a concorda com a realização da interrupção da gravidez em outros casos além dos previstos em lei? Em quais?
4. Existem casos em que você aprovaria a interrupção da gravidez? Quais? (pergunta destinada àqueles/as que não aprovam o recurso ao abortamento)
5. O/A Sr/a acha que a religião influencia as decisões da/o/e profissional de realizar o abortamento legal? O que pensa sobre isso?
6. O/A Sr/a deseja fazer comentários, observações ou sugestões? Falar sobre algum assunto que não tenha sido abordado?

Agradecemos a sua contribuição!

APÊNDICE D - Roteiro de entrevista para as pessoas atendidas
pelos serviços de aborto legal

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS/DAS/ES PARTICIPANTES DO ESTUDO

Gostaria de começar a nossa conversa, fazendo algumas perguntas para nos conhecermos melhor...

| | | | |
|---|-----------|---------------------------|--------------------------------|
| Nome fictício (escolhido pela pessoa entrevistada): | | | |
| Idade: | Religião: | Qual que você foi criada? | Atual - Frequenta algum culto? |
| Como você se descreveria em termos de gênero? | | | |
| Qual a sua orientação sexual? | | | |
| Como você se descreveria em termos de cor ou raça? () preta () parda () branca () amarela () indígena () outra | | | |
| Cidade que reside: | | | |
| Bairro de moradia: | | | |
| Renda familiar: | | | |
| Como está sua vida conjugal? Namora? Casada/o/e? Vive com alguém? | | | |
| Você tem filhos/as/es? Se sim, quantos? Quantos eles/as têm? Moram com você? | | | |
| Você estudou? É formada/o/e? () Graduação. Quais? () Residência. Qual? () Pós-graduação. Quais? () Outros cursos: | | | |
| Você está trabalhando? Se sim, qual o seu trabalho/ocupação? | | | |

PARTE 2 - TÓPICOS

Antecedentes: contexto da gravidez

- Descoberta da gravidez
- Explorando especificidades e percursos de cada tipo de caso
 - a.** Inviabilidade de prosseguimento da gravidez por risco de vida: suspeita, se gravidez planejada/desejada/previs-ta/confirmação da gravidez, idade gestacional à época do diagnóstico da inviabilidade da gestação etc...
 - b.** Anencefalia fetal ou outra anormalidade incompatível com a vida: suspeita, se gravidez planejada/desejada/previs-ta/confirmação da gravidez; idade gestacional e à época, diagnóstico, sentimentos ao saber da inviabilidade da gestação; em casos de outras anor-malidades fetais, percurso até obtenção da autorização judicial
 - c.** Violência sexual: descrição da situação de violência, suspeita e confirmação da gravidez
- Publicização da gravidez: para quem contou e em que momento
- Decisão pelo aborto legal: como ocorreu a decisão, apoio/ compartilhamento e aspectos que influenciaram a decisão
- Percepção sobre influência da família ou da religião na decisão: conflito ou convergência na tomada de decisão

Busca e atendimento no serviço de aborto legal

- Conhecimento sobre o direito ao aborto legal, sobre os serviços e aquele em especial que procurou
- Motivos de escolha pelo serviço
- Percurso até chegada ao serviço: primeiro local procurado, deslocamentos, encaminhamentos (for-mais ou informais nos serviços procurados)
- Acolhimento no serviço
 - a.** Profissionais que a atenderam (desde a portaria até o/a primei-ro/a profissional de saúde). Descrição e percepções/avaliação
 - b.** Informações recebidas: procedimentos a serem realiza-dos; oportunidade de fazer perguntas e esclarecê-las

- Primeiro Exame
 - a. Local
 - b. Percepção sobre local e privacidade
- Alívio da dor: demanda e oferta de medi-
cação (adequação e oportunidade)
- Interrupção da gravidez
 - a. Se recebeu informações sobre métodos de inter-
rupção (misoprostol, AMIU ou curetagem)
 - b. Se sabe o método utilizado
- Cuidados pós aborto
 - a. Informações sobre sinais de alerta para re-
torno ao serviço e retorno da fertilidade
 - b. Informações ou prescrição de contraceptivos?
 - c. Agendamento de revisão
- Presença de acompanhante durante a inter-
nação (quem e em quais momentos)
- Tempo entre a decisão de interrupção e a busca ao serviço;
entre a demanda de interrupção e a finalização do processo;
Percepção sobre adequação do tempo; número de vezes que
precisou se deslocar até o serviço até o procedimento final
- Percepção sobre os serviços incluí-
dos no protocolo (USG, Laboratórios)
- Principais dificuldades para acessar o ser-
viço e durante o atendimento

Para casos de violência sexual

- Percepção sobre a entrevista com profissionais e durante o
atendimento (discriminação, suspeição da veracidade, necessi-
dade de repetir a história para mais de um;/a profissional)
- Solicitação de Boletim de Ocorrência (BO) ou exa-
me do IML ou outro tipo de documento
- Realização de coleta de vestígio
- Oferta de informações sobre alternativas à in-
terrupção da gravidez (adoção)
- Tentativa de persuasão à continuidade da gravidez

Para casos de anencefalia

- Quem e local onde foi feito o diagnóstico
- Informações sobre poder interromper a gravidez; Onde e como ocorreu?
- Documentos e exames necessários. Dificuldades ou facilidades para obtê-los

Para outras anormalidades fetais incompatíveis com a vida

- Quem e local onde foi feito o diagnóstico
- Informações sobre poder interromper a gravidez; Onde e como ocorreu?
- Trâmites legais para autorização judicial: Documentos e exames necessários. Dificuldades ou facilidades para obtê-los

Para os casos de risco de morte

- Quem e local onde foi feito o diagnóstico
- Informações sobre necessidade de interromper a gravidez ou situação emergencial: local, encaminhamento até o serviço; dificuldades ou facilidades

Pandemia da COVID-19

- Percepção sobre impacto da pandemia no processo
 - a. Receio de procurar o serviço por medo de exposição
 - b. Serviço procurado com horário reduzido ou mesmo fechado
- Atrasos
- Dificuldades

Comentários, observações ou sugestões

Agradecemos a sua contribuição!

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORAS/ES

PESQUISA – *“Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021”*

Convidamos o/a. Sr/a. a participar da presente investigação, fruto de parceria envolvendo o Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia e entidades da sociedade civil – Grupo Curumim – Gestação e Parto e IPAS Brasil, tendo como objetivos analisar a atenção a mulheres e pessoas com capacidade de gestar com demanda de aborto legal e os desafios da assistência, sobretudo, no contexto da pandemia da COVID-19.

Para tanto, estudaremos três serviç os que ofertam atenção ao aborto nos casos previstos por lei em Salvador – Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e Serviç o AME- Atendimento a Mulheres Expostas   Violência Sexual, do Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos – e em Feira de Santana – Hospital Estadual da Criança. Nestes serviç os, os dados serão obtidos por meio de consulta aos registros institucionais e de entrevistas com gestores/as, coordenadores/as e profissionais de saúde selecionados/as, além de pessoas, maiores de idade, al  atendidas com demanda de aborto legal, após alta hospitalar, com condições físicas e subjetivas de concederem entrevistas.

Os aspectos éticos envolvidos na realização da investigação serão respeitados. A consulta às informações institucionais e a realização de entrevistas serão feitas por Paloma Silveira, profissional graduada em Psicologia, doutora em Saúde Coletiva, com experiência na condução de pesquisas qualitativas e sobre o tema do aborto em particular. As informações recolhidas serão mantidas sob sigilo, sem identificação de qualquer entrevistada/o, pessoa atendida, preservando-se o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas, não sendo possível sua identificação.

Sua participação   voluntária. As questões versam sobre o seu trabalho na atenção às mulheres e pessoas com capacidade para gestar atendidas com demanda de aborto legal ou na sua organização. Não há riscos potenciais implicados com sua participação. De toda forma, lhe será garantido/a o direito de não responder a qualquer pergunta ou desistir da sua participação, em qualquer momento da entrevista,

sem prejuízos. No intuito de respeitar a completude e fidedignidade das informações dadas, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas por pessoa habilitada.

Também sua participação na pesquisa não implicará benefícios ou custos financeiros, entretanto consideramos ser importante ouvir suas opiniões, perspectivas e sugestões para conhecimento da situação dos serviços estudados, as potencialidades e dificuldades, particularmente no contexto da pandemia da COVID-19.

O estudo busca com seus resultados produzir informações para subsidiar a formulação de políticas públicas de enfrentamento à violência sexual contra as mulheres e garantia de respeito aos seus direitos reprodutivos, e ao aborto legal, em particular.

O presente projeto de investigação foi submetido e aprovado pelo CEP-Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia. O CEP é uma instância colegiada que emite pareceres sobre protocolos de pesquisas, vinculada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Tem como função principal acompanhar os processos de pesquisas que envolvem seres humanos, resguardando os aspectos éticos dos/as/es participantes da pesquisa. A profissional responsável pelas entrevistas poderá ser contatada em qualquer momento, por telefone (71-32837422) ou por e-mail (musa@ufba.br), bem como o CEP, localizado na Rua Basílio da Gama, s/n - 2º andar - 40110-040 - Salvador, Bahia. Email: cepisc@ufba.br, Tel. (71) 3283-7419.

Assinatura da pesquisadora: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ORAL

PESSOAS ATENDIDAS NOS SERVIÇOS DE ABORTO LEGAL

PESQUISA – *“Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021”*

Convidamos você a participar desta pesquisa que está sendo realizada por um conjunto de instituições, envolvendo o Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia e o Grupo Curumim – Gestaçã o e Parto e o IPAS Brasil.

A pesquisa busca analisar a atençã o a pessoas que fizeram aborto legal em alguns serviç os de Salvador, como o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e o Serviç o AME- Atendimento a Mulheres Expostas à Violência Sexual, do Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos Santos, e também em Feira de Santana – Hospital Estadual da Criança. Nestes serviç os, iremos consultar os registros de pessoas atendidas fazer entrevistas com gestores/as, coordenadores/as e alguns profissionais de saúde.

Todos os cuidados éticos envolvidos serão respeitados. Sua participação é voluntária e você não é obrigada a nos dar entrevista. As questões que lhe perguntaremos se referem aos motivos da busca pelo serviç o, suas opiniões sobre a experiência durante o seu atendimento e suas sugestões para melhoria da atençã o recebida.

Sabemos que as perguntas tratam de um tema delicado. De toda forma, você tem o direito de não responder a qualquer pergunta ou desistir da sua participação, em qualquer momento da entrevista, sem prejuízos.

A entrevista será realizada por uma pesquisadora que é psicóloga, com experiência nesse tipo de pesquisa e sobre o tema. Caso você tenha algum tipo de desconforto emocional, poderemos lhe indicar serviç os de acompanhamento profissional, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como particulares. Por ser profissional da área de Psicologia, a pesquisadora estará disponível para dar um apoio emocional imediato, se achar necessário.

Para ser fiel às suas respostas a entrevista será gravada e, em seguida, copiada pela pesquisadora. Tudo o que nos informar será mantido em sigilo, e no que escrevermos e analisarmos da sua entrevista, não haverá seu nome, nem será possível sua identificação. Você pode escolher desde o início da entrevista um nome inventado para utilizar.

Sua participação na pesquisa não lhe trará benefícios financeiros nem qualquer despesa. No entanto, consideramos muito importante ouvir seu relato, suas opiniões e sugestões para conhecimento da situação dos serviços estudados, os aspectos positivos dos cuidados que recebeu e as dificuldades que viveu, particularmente agora com a pandemia da COVID-19.

Esperamos que os resultados deste estudo possam contribuir para a melhoria dos serviços de aborto legal, e para tornar as políticas públicas de atenção às mulheres e pessoas com capacidade de gestar mais justas e adequadas, incluindo aquelas de enfrentamento à violência sexual.

Este estudo foi submetido e aprovado pelo CEP-Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia. O CEP é uma instância colegiada que emite pareceres sobre protocolos de pesquisas, vinculada a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Tem como função principal acompanhar os processos de pesquisas que envolvem seres humanos, resguardando os aspectos éticos dos/as/es participantes da pesquisa. A profissional responsável pelas entrevistas poderá ser contatada em qualquer momento, por telefone (71-32837422) ou por e-mail (musa@ufba.br), bem como o CEP, localizado na Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador, Bahia. Email: cepisc@ufba.br, Tel. (71) 3283-7419.

Assinatura da pesquisadora: _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente informada/o sobre a pesquisa intitulada “Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021”, iniciativa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em parceria com entidades da sociedade civil – Grupo Curumim - Gestação e Parto e IPAS Brasil.

A minha participação é de caráter voluntário. Me foram informados os objetivos do estudo, os procedimentos de produção dos dados e os aspectos éticos envolvidos, inclusive quanto à retirada do meu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízos.

Declaro meu consentimento para a participação na presente pesquisa e autorizo a gravação da minha entrevista.

Feira de Santana ou Salvador-BA, _____ de janeiro de 2022

Assinatura do/a entrevistado/a

DECLARAÇÃO ORAL

Eu, _____ declaro ter sido suficientemente informada/o/e sobre a pesquisa intitulada “*Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021*”, iniciativa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em parceria com entidades da sociedade civil – Grupo Curumim - Gestação e Parto e IPAS Brasil.

A minha participação   voluntária. Me foram informados os objetivos do estudo, como as entrevistas serão realizadas, o meu direito a não responder ou me retirar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízos. Também o sigilo dos dados, sem identificação do meu nome.

Declaro meu consentimento oral para participação na presente pesquisa e autorizo a gravação da minha entrevista.

Feira de Santana ou Salvador-BA, _____ de janeiro de 2022

APÊNDICE G – TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ me comprometo a não divulgar quaisquer dados referentes às transcrições das entrevistas da pesquisa *“Barreiras de acesso ao aborto legal na Bahia no período da pandemia da COVID-19: 2020 e 2021”*, iniciativa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em parceria com entidades da sociedade civil – Grupo Curumim - Gestação e Parto e IPAS Brasil. Comprometo-me também que ao terminar as transcrições, dispensarei os arquivos com todas as gravações.

Salvador-BA, ____ de _____ de 2022

Assinatura

APÊNDICE H

QUADRO 2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTÃO

| NOME FICTÍCIO | IDADE | RAÇA/COR | RELIGIÃO | SITUAÇÃO CONJUGAL | FILHOS/VIVAS | RENDIA FAMILIAR | ESCOLARIDADE | PROFISSÃO | SERVIÇOS | FUNÇÃO NOS SERVIÇOS | TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO QUE POSSUI O SERVIÇO DE ABORTO LEGAL |
|-----------------|-------|----------|---------------------|-------------------|--------------|---------------------|------------------------|------------|----------|---------------------|---|
| PROFISSIONAL 7 | 38 | Pardo | Católico | Casado | 2 | 30 salários mínimos | Pós-graduação | Medicina | 2 | Gestor | 5 anos |
| PROFISSIONAL 1 | 60 | Pardo | Candomblé | União estável | 1 | 35 a 40 mil reais | Pós-graduação | Medicina | 1 | Gestor | 2 anos |
| PROFISSIONAL 12 | 37 | Branco | Católico | Casado | 2 | 18 mil reais | Pós-graduação | Enfermagem | 3 | Gestor | 11 anos |
| PROFISSIONAL 2 | 41 | Branco | Não tem | Divorciado | 0 | 8 salários mínimos | Pós-graduação | Psicologia | 1 | Psicólogo | 15 anos |
| PROFISSIONAL 8 | 29 | Pardo | Espírita | Solteiro | 0 | 3 mil reais | Pós-graduação | Psicologia | 2 | Psicólogo | 5 anos |
| PROFISSIONAL 14 | 27 | Preto | Não tem | Viuvo | 0 | 2.500 reais | Pós-graduação | Psicologia | 3 | Psicólogo | 2 meses |
| PROFISSIONAL 13 | 35 | Preto | Cristão protestante | Casado | 1 | 12 mil reais | Pós-graduação | Enfermagem | 3 | Enfermeiro | 4 anos |
| PROFISSIONAL 11 | 30 | Pardo | Assembleia de Deus | Casado | 0 | 6 mil reais | Pós-graduação em curso | Enfermagem | 2 | Enfermeiro | 8 meses |
| PROFISSIONAL 6 | 35 | Negra | Católico | União estável | 1 | 9 mil reais | Pós-graduação | Enfermagem | 1 | Enfermeiro | Pouco mais de um ano |

△

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----|--------|--|---------------|---|--------------------------|---|----------------|---|---|---------|
| PROFISSIONAL 7 | 38 | Pardo | Criado na religião Testemunha de Jeová, mas não praticante | Solteiro | 0 | 4 mil reais | Pós-graduação em curso | Enfermagem | 3 | Coordenação do Núcleo de Educação Permanente e do Núcleo de Segurança do Paciente | ... |
| PROFISSIONAL 4 | 50 | Branco | Criado na religião católica, mas não pratica | Casado | 3 | Não quis informar | Pós-graduação | Medicina | 1 | Médico | 12 anos |
| PROFISSIONAL 9 | 42 | Pardo | Criado na religião católica, mas não pratica | Casado | 0 | 15 a 20 salários mínimos | Ensino superior/ Residência médica em ginecologia e obstetria | Medicina | 2 | Médico | 3 anos |
| PROFISSIONAL 5 | 39 | Pardo | Católico | Casado | 2 | 30 mil | Ensino superior/ Residência médica em ginecologia e obstetria | Medicina | 1 | Médico | 9 anos |
| PROFISSIONAL 15 | 41 | Branco | Católico | Casado | 2 | 20 mil reais | Pós-graduação | Medicina | 3 | Médico | 4 anos |
| PROFISSIONAL 10 | 50 | Pardo | Católico | Casado | 2 | 7 mil reais | Pós-graduação | Serviço Social | 2 | Assistente Social | 5 anos |
| PROFISSIONAL 3 | 55 | Preto | Não tem | União estável | 1 | 7 mil reais | Pós-graduação | Serviço Social | 1 | Assistente Social | 15 anos |
| PROFISSIONAL 16 | 43 | Preto | Católico | Casado | 2 | 9 mil reais | Pós-graduação | Serviço Social | 3 | Coordenação Serviço Social | ... |

APÊNDICE I

Texto de apresentação da pesquisa disponibilizado para os profissionais-chaves

Nosso serviço está participando de uma pesquisa que tem como objetivo principal analisar a atenção às pessoas que fizeram aborto legal. É um estudo que está sendo realizado por um conjunto de instituições, envolvendo o Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, o Grupo Curumim - Gestação e Parto e o IPAS Brasil, que são organiza es que trabalham pelo direito das mulheres.

A pesquisa já começou e foram feitas entrevista com profissionais daqui do serviço. Neste momento, as pesquisadoras gostariam de também entrevistar as mulheres que foram atendidas aqui para conhecer um pouco como foi a experiência do atendimento. Para elas, é importante conhecer também o ponto de vista das mulheres sobre os serviços, como conheceram, as dificuldades, o que acharam de bom e que poderia melhorar. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de  tica na Universidade e teve o acordo da dire o daqui da institui o.

As pesquisadoras são mulheres e estarão atentas para os cuidados com você, durante a entrevista, respeitando os seus limites, deixando-a   vontade para responder as perguntas que quiser. Tudo que disser será mantido em segredo e quando forem divulgados os dados, nada permitirá reconhecer você. Você não precisará dizer seu nome – pode escolher um outro ou um apelido. Nem também seu endereço nem telefone.

Se durante a entrevista sentir algum desconforto, poderá desistir, sem nenhum tipo de prejuízo para vocês. A entrevista será realizada no lugar que você escolher ou na universidade, ou aqui mesmo no serviço. O importante é que neste lugar estejam apenas a pesquisadora que te entrevistar  e você. Esta pesquisadora pagar  a você pelo seu transporte de ida e volta – uber ou ônibus, caso você precise se deslocar até algum lugar – no momento da entrevista.

Para elas, sua participa o é muito importante, pois acham que sua história é parecida com a de muitas outras mulheres e suas opiniões e sugestões poderão contribuir com a pesquisa, ajudando para a melhoria dos serviços de aborto legal e tornar as políticas públicas de aten o às mulheres mais justas e adequadas.

Gostaria de reafirmar que se você não quiser participar, não tem problemas e isso também não vai trazer nenhuma consequência para você e nem para o acompanhamento que vem sendo realizado aqui no serviço.

APÊNDICE J

Tabela 1 - Número e proporção de Internações por Capítulo CID-10 de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) e ano de atendimento, Bahia, 2008 a 2021.

| Capítulo CID-10 | 2008 a 2010 | | 2011 a 2013 | | 2014 a 2016 | | 2017 a 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--|----------------|--------------|----------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias | 68721 | 6,4 | 58737 | 5,8 | 47218 | 4,8 | 31086 | 3,2 | 11055 | 4,0 | 14928 | 5,6 |
| II. Neoplasias (tumores) | 44505 | 4,1 | 47145 | 4,6 | 53342 | 5,5 | 57646 | 6,0 | 13450 | 4,8 | 14530 | 5,4 |
| III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár | 4438 | 0,4 | 5083 | 0,5 | 5780 | 0,6 | 5723 | 0,6 | 1428 | 0,5 | 1452 | 0,5 |
| IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas | 9632 | 0,9 | 10185 | 1,0 | 8826 | 0,9 | 6861 | 0,7 | 1812 | 0,7 | 1956 | 0,7 |
| V. Transtornos mentais e comportamentais | 5869 | 0,5 | 5190 | 0,5 | 3638 | 0,4 | 3844 | 0,4 | 1185 | 0,4 | 1214 | 0,5 |
| VI. Doenças do sistema nervoso | 4637 | 0,4 | 5590 | 0,5 | 5587 | 0,6 | 5600 | 0,6 | 1697 | 0,6 | 1856 | 0,7 |
| VII. Doenças do olho e anexos | 2284 | 0,2 | 3076 | 0,3 | 2491 | 0,3 | 2298 | 0,2 | 531 | 0,2 | 668 | 0,2 |
| VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide | 875 | 0,1 | 1003 | 0,1 | 987 | 0,1 | 1031 | 0,1 | 160 | 0,1 | 213 | 0,1 |
| IX. Doenças do aparelho circulatório | 30624 | 2,8 | 29640 | 2,9 | 27341 | 2,8 | 25451 | 2,6 | 6532 | 2,3 | 6285 | 2,4 |
| X. Doenças do aparelho respiratório | 56333 | 5,2 | 45546 | 4,5 | 36558 | 3,7 | 27279 | 2,8 | 6514 | 2,3 | 6077 | 2,3 |
| XI. Doenças do aparelho digestivo | 64741 | 6,0 | 62040 | 6,1 | 63076 | 6,4 | 69846 | 7,2 | 14869 | 5,3 | 15607 | 5,8 |
| XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo | 8649 | 0,8 | 9915 | 1,0 | 10476 | 1,1 | 14207 | 1,5 | 3043 | 1,1 | 2799 | 1,0 |
| XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo | 8157 | 0,8 | 7421 | 0,7 | 6142 | 0,6 | 6193 | 0,6 | 1600 | 0,6 | 1681 | 0,6 |
| XIV. Doenças do aparelho geniturinário | 91117 | 8,5 | 76638 | 7,5 | 67180 | 6,9 | 64727 | 6,7 | 15295 | 5,5 | 13723 | 5,1 |
| XV. Gravidez parto e puerpério | 631819 | 58,8 | 599970 | 59,0 | 582418 | 59,5 | 581739 | 60,1 | 179694 | 64,6 | 165799 | 62,0 |
| XVI. Algumas afec originadas no período perinatal | 892 | 0,1 | 1320 | 0,1 | 1824 | 0,2 | 1643 | 0,2 | 540 | 0,2 | 554 | 0,2 |
| XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas | 3573 | 0,3 | 2907 | 0,3 | 2955 | 0,3 | 3157 | 0,3 | 531 | 0,2 | 551 | 0,2 |
| XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat | 5024 | 0,5 | 6183 | 0,6 | 6811 | 0,7 | 6920 | 0,7 | 2222 | 0,8 | 2243 | 0,8 |
| XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas | 21870 | 2,0 | 25215 | 2,5 | 28078 | 2,9 | 30935 | 3,2 | 10467 | 3,8 | 10461 | 3,9 |
| XX. Causas externas de morbidade e mortalidade | 34 | 0,0 | 38 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | 0,0 | - | 0,0 |
| XXI. Contatos com serviços de saúde | 11623 | 1,1 | 13999 | 1,4 | 17787 | 1,8 | 21025 | 2,2 | 5409 | 1,9 | 4827 | 1,8 |
| Total | 1075417 | 100,0 | 1016841 | 100,0 | 978579 | 100,0 | 967211 | 100,0 | 278034 | 100,0 | 267424 | 100,0 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Tabulação em 11/09/2022

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

APÊNDICE L

Tabela 2 - Número e proporção de Internações hospitalares devidas ao Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério - em mulheres (10 a 49 anos), por município e ano de atendimento. Bahia, 2008 a 2021.

| MUNICÍPIO | 2008 A 2010 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2016 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|----------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|--------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| TOTAL | 631819 | 100 | 599970 | 100 | 582418 | 100 | 581739 | 100 | 179694 | 100 | 165799 | 100 |
| SALVADOR | 105992 | 16,8 | 110684 | 18,4 | 102279 | 17,6 | 94923 | 16,3 | 27462 | 15,1 | 24776 | 15,3 |
| FEIRA DE SANTANA | 28209 | 4,5 | 27798 | 4,6 | 28950 | 5 | 28870 | 5 | 9154 | 5,1 | 8258 | 4,9 |
| VITÓRIA DA CONQUISTA | 17075 | 2,7 | 15778 | 2,6 | 17271 | 3 | 19108 | 3,3 | 5148 | 3 | 4155 | 2,8 |
| JUAZEIRO | 12507 | 2 | 12328 | 2,1 | 13092 | 2,2 | 14058 | 2,4 | 5047 | 2,9 | 3631 | 2,4 |
| CAMAÇARI | 11839 | 1,9 | 10972 | 1,8 | 11295 | 1,9 | 11151 | 1,9 | 3378 | 1,8 | 2788 | 1,8 |
| BARREIRAS | 8547 | 1,4 | 8495 | 1,4 | 8995 | 1,5 | 9180 | 1,6 | 2801 | 1,6 | 2580 | 1,6 |
| ITABUNA | 10488 | 1,7 | 9514 | 1,6 | 8251 | 1,4 | 7674 | 1,3 | 2054 | 1,1 | 1996 | 1,5 |
| PORTO SEGURO | 6906 | 1,1 | 6832 | 1,1 | 7501 | 1,3 | 9451 | 1,6 | 3023 | 1,7 | 2860 | 1,4 |
| TEIXEIRA DE FREITAS | 7782 | 1,2 | 7921 | 1,3 | 7216 | 1,2 | 7656 | 1,3 | 2537 | 1 | 2500 | 1,3 |
| ILHÉUS | 9285 | 1,5 | 7940 | 1,3 | 7312 | 1,3 | 6805 | 1,2 | 1833 | 1,5 | 1760 | 1,2 |
| LAURO DE FREITAS | 6570 | 1 | 7252 | 1,2 | 8509 | 1,5 | 7596 | 1,3 | 2482 | 1,4 | 2251 | 1 |
| JEQUÉ | 6378 | 1 | 7291 | 1,2 | 8375 | 1,4 | 6230 | 1,1 | 1709 | 1 | 1311 | 1 |
| ALAGONHAS | 6635 | 1,1 | 6662 | 1,1 | 6315 | 1,1 | 5591 | 1 | 1609 | 0,8 | 1308 | 0,9 |
| SIMÕES FILHO | 6052 | 1 | 5696 | 0,9 | 5702 | 1 | 6228 | 1,1 | 1843 | 1 | 1716 | 0,7 |
| PAULO AFONSO | 6351 | 1 | 5676 | 0,9 | 4880 | 0,8 | 4002 | 0,7 | 973 | 0,5 | 1828 | 0,9 |
| DEMAIS MUNICÍPIOS | 381203 | 60,3 | 349131 | 58,2 | 336475 | 57,8 | 343216 | 59 | 108641 | 60,2 | 102081 | 61,1 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação realizada em 27/09/2022

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

APÊNDICE M

Tabela 3 - Número e proporção de Internações Hospitalares por aborto, segundo Lista Morbidade CID-10 e ano de atendimento. Bahia, 2008 a 2021.

| LISTA MORB CID-10/15 GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO | 2008 A 2010 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2016 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|---|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| I5 GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO | 70906 | 100 | 62512 | 100 | 57395 | 100 | 55210 | 100 | 16420 | 100 | 16265 | 100 |
| ..ABORTO ESPONTÂNEO | 44004 | 62,1 | 36838 | 58,9 | 30324 | 52,8 | 26887 | 48,7 | 7276 | 44,3 | 7355 | 45,2 |
| ..ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS | 380 | 0,5 | 168 | 0,3 | 143 | 0,2 | 219 | 0,4 | 122 | 0,7 | 110 | 0,7 |
| ..OUTRAS GRAVIDEZES QUE TERMINAM EM ABORTO | 26638 | 37,6 | 25506 | 40,8 | 26038 | 45,4 | 28104 | 50,9 | 9022 | 54,9 | 8800 | 54,1 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação realizada em 24/08/2022.

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

APÊNDICE N

Tabela 4 - Número e proporção de Internações Hospitalares no Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério segundo Lista Morbidade CID-10 e ano de atendimento. Salvador, 2008 a 2021.

| LISTA MORB CID-10 | 2008 A 2009 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2015 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1.5 GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO | 19986 | 100 | 17979 | 100 | 14458 | 100 | 12344 | 100 | 3643 | 100 | 3321 | 100 |
| ..ABORTO ESPONTÂNEO | 13978 | 69,9 | 10867 | 60,4 | 6939 | 48,0 | 5411 | 43,8 | 1380 | 37,9 | 1369 | 41,2 |
| ..ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS | 100 | 0,5 | 88 | 0,5 | 50 | 0,3 | 116 | 0,9 | 59 | 1,6 | 56 | 1,7 |
| ..OUTRAS GRAVIDEZES QUE TERMINAM EM ABORTO | 5908 | 29,6 | 7024 | 39,1 | 7469 | 51,7 | 6817 | 55,2 | 2204 | 60,5 | 1896 | 57,1 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação em 21/08/2022.

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

Tabela 5 - Número e proporção de Internações Hospitalares no Capítulo XV - Gravidez, parto e puerpério segundo Lista Morbidade CID-10 e ano de atendimento. Feira de Santana, 2008 a 2021.

| LISTA MORB CID-10 | 2008 A 2009 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2015 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|--|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 1.5 GRAVIDEZ PARTO E PUERPÉRIO | 4269 | 100 | 3830 | 100 | 3585 | 100 | 3472 | 100 | 947 | 100 | 914 | 100 |
| ..ABORTO ESPONTÂNEO | 3660 | 85,7 | 2983 | 77,9 | 2434 | 67,9 | 2332 | 67,2 | 537 | 56,7 | 528 | 57,8 |
| ..ABORTO POR RAZÕES MÉDICAS | 14 | 0,3 | 3 | 0,1 | 6 | 0,2 | 4 | 0,1 | 1 | 0,1 | 3 | 0,3 |
| ..OUTRAS GRAVIDEZES QUE TERMINAM EM ABORTO | 595 | 13,9 | 844 | 22,0 | 1145 | 31,9 | 1136 | 32,7 | 409 | 43,2 | 383 | 41,9 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação em 21/08/2022.

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

APÊNDICE O

Tabela 8 - Número e proporção de Internações Hospitalares classificadas como "Aborto por razões médicas", segundo estabelecimento de ocorrência e ano de atendimento, Bahia, 2008 e 2021.

| ESTABELECIMENTO | 2008 A 2010 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2016 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|---|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| TOTAL | 350 | 100,0 | 144 | 100,0 | 119 | 100,0 | 210 | 100,0 | 116 | 100,0 | 96 | 100,0 |
| IPERBA | 12 | 3,4 | 41 | 28,5 | 38 | 31,9 | 89 | 42,4 | 52 | 44,8 | 48 | 50,0 |
| HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS | 1 | 0,3 | 1 | 0,7 | 4 | 3,4 | 23 | 11,0 | 12 | 10,3 | 8 | 8,3 |
| HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 25 | 11,9 | 16 | 13,8 | 6 | 6,3 |
| MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA | 5 | 1,4 | 4 | 2,8 | 6 | 5,0 | 13 | 6,2 | 4 | 3,4 | 5 | 5,2 |
| MAT. PROF. JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO | 63 | 18,0 | 37 | 25,7 | 1 | 0,8 | 7 | 3,3 | 4 | 3,4 | 5 | 5,2 |
| HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS | 13 | 3,7 | 5 | 3,5 | 6 | 5,0 | 7 | 3,3 | 3 | 2,6 | 2 | 2,1 |
| HOSP. MATERN. DR JOAO CARLOS MEIRELES PAULILO | 11 | 3,1 | 7 | 4,9 | 1 | 0,8 | 2 | 1,0 | 1 | 0,9 | 4 | 4,2 |
| HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS | 14 | 4,0 | 3 | 2,1 | 3 | 2,5 | 4 | 1,9 | 0 | 0,0 | 2 | 2,1 |
| HOSPITAL REGIONAL JOAO CAMPOS | 24 | 6,9 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| MATERNIDADE TSYLLA BALBINO | 10 | 2,9 | 3 | 2,1 | 2 | 1,7 | 5 | 2,4 | 3 | 2,6 | 0 | 0,0 |
| DEMAIS ESTABELECIMENTOS | 197 | 56,3 | 42 | 29,2 | 58 | 48,7 | 35 | 16,7 | 21 | 18,1 | 16 | 16,7 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação em 21/08/2022

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

APÊNDICE P

Tabela 9 - Número e proporção de procedimentos realizados em mulheres internadas devido ao "Aborto por Razões Médicas", segundo ano de processamento. Bahia, 2020 e 2021.

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | N | % | N | % |
|---|------|-------|------|-------|
| | 2020 | | 2021 | |
| TOTAL | 116 | 100,0 | 102 | 100,0 |
| 0411020013 CURETAGEM POS-ABORTAMENTO / PUERPERAL | 75 | 64,7 | 62 | 60,8 |
| 0409060070 ESVAZIAMENTO DE ÚTERO POS-ABORTO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA (AMIU) | 32 | 27,6 | 32 | 31,4 |
| 0411010034 PARTO CESARIANO | 4 | 3,4 | 5 | 4,9 |
| 0301060088 DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA | - | - | 2 | 2,0 |
| 0303100044 TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLINICAS NA GRAVIDEZ | 2 | 1,7 | 1 | 1,0 |
| 0310010039 PARTO NORMAL | 1 | 0,9 | - | - |
| 0409060046 CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/DILATAÇÃO DO COLO DO ÚTERO | 1 | 0,9 | - | - |
| 0411010026 PARTO CESARIANO EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO | 1 | 0,9 | - | - |

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Tabulação realizada em 25/09/2022.

Nota: A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos.

APÊNDICE Q

Tabela 6 - Número e proporção de Internações Hospitalares classificadas como "Aborto por razões médicas", segundo município de residência e ano de atendimento. Bahia, 2008 a 2021.

| MUNICÍPIO* | 2008 A 2010 | | 2011 A 2013 | | 2014 A 2016 | | 2017 A 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|----------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|------|------|------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| TOTAL | 383 | 100 | 156 | 100 | 127 | 100 | 185 | 100 | 260 | 100 | 323 | 100 |
| SALVADOR | 88 | 23,0 | 95 | 60,9 | 59 | 46,5 | 93 | 50,3 | 50 | 19,2 | 59 | 18,3 |
| VITÓRIA DA CONQUISTA | 28 | 7,3 | 1 | 0,6 | 1 | 0,8 | 17 | 9,2 | 8 | 3,1 | 5 | 1,5 |
| FEIRA DE SANTANA | 28 | 7,3 | 3 | 1,9 | 3 | 2,4 | 7 | 3,8 | - | - | 1 | 0,3 |
| ALAGONHAS | 20 | 5,2 | 7 | 4,5 | 1 | 0,8 | - | - | 2 | 0,8 | 1 | 0,3 |
| CAMAÇARI | - | - | 4 | 2,6 | - | - | 2 | 1,1 | 3 | 1,2 | 7 | 2,2 |
| CANDIBA | 18 | 4,7 | 5 | 3,2 | 3 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| JUAZEIRO | 2 | 0,5 | - | - | 1 | 0,8 | 5 | 2,7 | 3 | 1,2 | 7 | 2,2 |
| LAURO DE FREITAS | - | - | 1 | 0,6 | 7 | 5,5 | 3 | 1,6 | 4 | 1,5 | - | - |
| ITABELA | 14 | 3,7 | 2 | 1,3 | 1 | 0,8 | - | - | - | - | - | - |
| RIACHÃO DO JACUIPE | 19 | 5,0 | 3 | 1,9 | 2 | 1,6 | - | - | - | - | - | - |
| OUTROS MUNICÍPIOS | 166 | 43,3 | 35 | 22,4 | 49 | 38,6 | 58 | 31,4 | 190 | 73,1 | 243 | 75,2 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Tabulação em 21/08/2022. Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

*Optou-se por excluir Pindai em função de registro atípicos de 74 abortos por razões médicas, de 2010 a 2017, que sugerem inconsistência nos dados pelas características do município e a Rede de Assistência à Saúde disponível.

APÊNDICE R

Tabela 7 - Número e proporção de Internações Hospitalares classificadas como "Aborto por razões médicas", segundo estabelecimento de ocorrência e ano de atendimento. Bahia, 2008 a 2021.

| Município | 208 a 2010 | | 2011 a 2013 | | 2014 a 2016 | | 2017 a 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|----------------------|------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|-------------|-------|------|-------|------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| TOTAL | 350 | 100,0 | 144 | 100,0 | 119 | 100,0 | 210 | 100,0 | 116 | 100,0 | 96 | 100,0 |
| Salvador | 106 | 30,3 | 98 | 68,1 | 63 | 52,9 | 151 | 71,9 | 83 | 71,6 | 71 | 74,0 |
| Vitória da Conquista | 20 | 5,7 | 4 | 2,8 | 5 | 4,2 | 24 | 11,4 | 12 | 10,3 | 8 | 8,3 |
| Feira de Santana | 25 | 7,1 | 5 | 3,5 | 5 | 4,2 | 5 | 2,4 | 1 | 0,9 | 4 | 4,2 |
| Riachão do Jacuípe | 24 | 6,9 | 4 | 2,8 | 2 | 1,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Alagoinhas | 11 | 3,1 | 7 | 4,9 | 1 | 0,8 | 2 | 1,0 | 1 | 0,9 | 4 | 4,2 |
| Itabela | 15 | 4,3 | 1 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Candiba | 13 | 3,7 | 0 | 0,0 | 2 | 1,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Boquira | 11 | 3,1 | 3 | 2,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Jequié | 0 | 0,0 | 3 | 2,1 | 6 | 5,0 | 2 | 1,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,1 |
| Mata de São João | 13 | 3,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Demais municípios | 112 | 32,0 | 19 | 13,2 | 35 | 29,4 | 26 | 12,4 | 19 | 16,4 | 7 | 7,3 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Notas: Situação da base de dados nacional em 29/04/2016. Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação. Tabulação em 21/08/2022

*Optou-se por excluir Pindaí em função de registro atípicos de 78 internações por "aborto por razões médicas", de 2010 a 2017, que sugerem inconsistência nos dados pelas características do município e a Rede de Assistência à Saúde disponível.

APÊNDICE S

Tabela 10 - Número de registros ambulatoriais classificados como "Aborto por Razões Médicas e Legais", segundo estabelecimento. Bahia, 2020 e 2021.

| ESTABELECIMENTO | 2020 | 2021 |
|--|------|------|
| 000377-HOSPITAL SAO JORGE | 10 | 5 |
| 000381-HOSPITAL UNIVERSITARIO PROFESSOR EDGAR SANTOS | 3 | 3 |
| 280210-HOSPITAL SANTO ANTONIO | - | 1 |
| 7509510* | - | 1 |
| TOTAL | 13 | 10 |

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).
Tabulação em: 13/10/2022

Nota: *Estabelecimento sem o nome. Ao fazer a busca no CNES localizamos o nome "MULTIMAGEM VITORIA DA CONQUISTA"

APÊNDICE T

Tabela 11 - Número e proporção de Serviços de referência à atenção às pessoas em situação de violência sexual, segundo classificação e ano, Bahia, 2014 a 2022

| CLASSIFICAÇÃO DO SERVIÇO | 2014 | | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | | 2022* | |
|--|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ATENÇÃO INTEGRAL ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL | 6 | 54,5 | 5 | 50,0 | 7 | 53,8 | 7 | 50,0 | 7 | 43,8 | 11 | 47,8 | 11 | 45,8 | 16 | 40,0 | 17 | 37,0 |
| INTERRUPÇÃO DE GRAVIDEZ NOS CASOS PREVISTOS EM LEI | 1 | 9,1 | 1 | 10,0 | 1 | 7,7 | 2 | 14,3 | 3 | 18,8 | 4 | 17,4 | 4 | 16,7 | 9 | 22,5 | 13 | 28,3 |
| ATENDIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL | 4 | 36,4 | 4 | 40,0 | 5 | 38,5 | 4 | 28,6 | 5 | 31,3 | 5 | 21,7 | 6 | 25,0 | 10 | 25,0 | 10 | 21,7 |
| COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL | - | - | - | - | - | - | 1 | 7,1 | 1 | 6,3 | 3 | 13,0 | 3 | 12,5 | 5 | 12,5 | 6 | 13,0 |
| TOTAL | 11 | 100,0 | 10 | 100,0 | 13 | 100,0 | 14 | 100,0 | 16 | 100,0 | 23 | 100,0 | 24 | 100,0 | 40 | 100,0 | 46 | 100,0 |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. Tabulação realizada em 25/05/2022.

Nota: A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos.

*Dado de outubro/2022, obtidos no site da Secretaria Estadual de Saúde

APÊNDICE U

Tabela 12 - Distribuição dos serviços de referência à interrupção de gravidez nos casos previstos em lei, segundo macrorregião, estabelecimento e município da Bahia em 2022

| MACROREGIÃO | ESTABELECIMENTO | MUNICÍPIO |
|--------------|---|----------------------|
| NORTE | - | - |
| CENTRO-NORTE | - | - |
| SUL | - | - |
| OESTE | - | - |
| | HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI | CAMAÇARI |
| | HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER | SALVADOR |
| | HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS | SALVADOR |
| | INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA | SALVADOR |
| LESTE | MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA | SALVADOR |
| | MATERNIDADE MARIA DA CONCEIÇÃO DE JESUS | SALVADOR |
| | MATERNIDADE TSYLLA BALBINO | SALVADOR |
| | UNIDADE DE EMERGÊNCIA PROF HOSANAH D'OLIVEIRA* | SALVADOR |
| CENTRO-LESTE | HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA | FEIRA DE SANTANA |
| EXTREMO-SUL | HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO LUIS EDUARDO MAGALHÃES | PORTO SEGURO |
| NORDESTE | HOSPITAL GERAL SANTA TEREZA | RIBEIRA DO POMBAL |
| | HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS | VITÓRIA DA CONQUISTA |
| SUDOESTE | HOSPITAL GERAL VITÓRIA DA CONQUISTA | VITÓRIA DA CONQUISTA |

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNEES. Tabulação realizada em 25/05/2022.
 Nota: A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos.

*Dado de outubro/2022, obtidos no site da Secretaria Estadual de Saúde

| | |
|---|--|
| ANA PAULA DE ANDRADE LIMA VIANA | Coordenação geral/Grupo Curumim |
| GREICE MARIA DE SOUZA MENEZES | Coordenação local |
| PALOMA SILVA SILVEIRA | Coordenação local/Pesquisadora |
| CARLA GISELE BATISTA | Coordenação local/Pesquisadora |
| LILIAN FÁTIMA BARBOSA MARINHO | Pesquisadora |
| MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO | Consultoria técnica e política |
| MARIA BEATRIZ GALLI BEVILACQUA | Consultoria técnica e política/IPAS Brasil |
| ANNE ALENCAR MONTEIRO | Pesquisadora |
| NATALIA SILVEIRA DE CARVALHO | Pesquisadora |
| MARIA ALICE BITTENCOURT DE MIRANDA | Pesquisadora |

REALIZAÇÃO:



APOIO:

Ipas

