

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTO LEGAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE BELÉM- PA¹ HUMANIZED ATTENTION TO ABORTION LEGAL IN A PUBLIC HOSPITAL IN BELÉM-PA

Débora Raimunda RIBEIRO² e Claudia Tereza FONSECA³

RESUMO

Objetivo: identificar as limitações e avanços institucionais no atendimento humanizado ao serviço de Aborto Legal na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) e construir propostas que possibilitem transformações qualitativas neste atendimento. **Método:** pesquisa qualitativa e quantitativa no período de agosto de 2013 na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, utilizando como método de análise materialismo histórico e dialético. **Resultados:** dos 33 profissionais entrevistados, 16 (48%) não conhecem a Norma Técnica de Atenção humanizada ao abortamento, entre eles 10 (83%) dos médicos entrevistados afirmaram desconhecer e mesmo todos os profissionais de serviço social e psicologia terem afirmado conhecer a normativa, os profissionais do plantão afirmam que o aprofundamento do conhecimento em relação a essa norma técnica compete aos profissionais que atuam durante a semana. **Conclusão:** a existência do serviço pode ser considerada um avanço, entretanto há algumas limitações institucionais que reflete no atendimento oferecido as usuárias.

DESCRITORES: aborto legal. Mulher. Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

Diniz (2012)¹ afirma que no Brasil, somente a partir de 1940 o aborto deixa de ser crime em caso de risco de morte para mãe e gravidez decorrente de estupro, mas apesar da lei, por muitos anos não houve qualquer mobilização do poder público para permitir sua efetivação.

Os estudos de Viana(2008)² apontam que em 1970 o aborto já aparecia como um dos causadores do aumento de mortalidade materna, porém pouco discutido como uma questão de saúde pública ou de direitos humanos. Diante dessa realidade torna-se uma bandeira de luta do feminismo por políticas públicas que levariam à regulamentação das normas técnicas de aborto legal pelo Ministério da Saúde em 1999.

Para o conceito médico, o aborto é produto da interrupção da gestação, o ato de interromper uma gestação chama-se abortamento, este deve ocorrer até a 20^a ou 22^a semana de gravidez, com o produto da concepção pesando até 500 gramas, conforme definição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento³, após essa idade gestacional fala-se em antecipação do parto. Entretanto o código penal brasileiro utiliza a expressão aborto quando se refere à criminalização do abortamento.

A prática do aborto/interrupção da gestação autorizado no Brasil pode ocorrer em três situações:

- 1- Mulheres que sofreram violência sexual,
- 2- Risco de morte para a mulher e
- 3- Má formação fetal incompatível com a vida (anencefalia).

¹ Trabalho realizado na Fundação Santa Casa do Pará. Belém. Pará. Brasil

² Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará. Belém. Pará. Brasil

³ Assistente social da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém. Pará. Brasil

Apesar dos casos de gravidez decorrente de estupro e risco de morte para a mulher serem incorporados desde 1940, somente na década de 1980 foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço público de saúde brasileiro, ou seja, após quatro décadas e prestes a completar 50 anos, conforme afirmação de DINIZ (2012)¹, a referida autora descreve que somente na década de 1990 estabelecem parâmetros nacionais e lei específica para a atuação dos serviços de aborto legal, com medidas dos poderes executivo e judiciário, para que possam fornecer amparo para garantir acesso às mulheres ao aborto legal.

Segundo Alexandre (2007)⁴ em 2003, a área técnica de saúde da mulher liderou o processo de criação de diretrizes nacionais para os serviços de aborto. Uma ação que contou com especialistas composta pela Coordenadoria de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, o IPAS Brasil, Rede Feminista de Saúde, Comitê Latino-americano de Direitos da Mulher (CLADEM), o Centro de Pesquisa Materno-Infantil de Campinas (Cremicamp), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Federação Brasileira de Sociedades de Ginecologia e obstetrícia (FEBRASGO) reuniram-se de maio de 2003 a novembro de 2004 para desenvolver a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Aborto. Essas diretrizes estariam alinhadas com a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994. As diretrizes contêm cinco seções principais: Aspectos legais e éticos do aborto, oferecimento de apoio e informação, parceria entre comunidade e profissionais, planejamento familiar e orientações clínicas e recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia e da Organização Mundial da Saúde.

A referida normativa define como elementos essenciais um modelo de atenção baseado no acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento. Entretanto, após quase uma década da edição desta normativa não foram realizados estudos que avaliassem em que medida essas normativas estão sendo seguidas no Sistema Único de Saúde (SUS) dentro do serviço de Aborto Legal, sendo assim, fomentar esta discussão é relevante para subsidiar uma avaliação sobre o atendimento humanizado neste serviço.

OBJETIVO

Identificar as limitações e avanços institucionais no atendimento humanizado ao Serviço de Aborto Legal

na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, e construir propostas que possibilitem transformações qualitativas neste atendimento.

MÉTODO

A pesquisa qualitativa e quantitativa realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, teve como sujeitos da informação os profissionais do setor de Urgência e Emergência Ginecológica/Obstétrica usuárias que realizaram a interrupção da gestação ou abortamento. O setor da pesquisa foi escolhido como locus por ser a porta de entrada da demanda mencionada. Os profissionais escolhidos para serem entrevistados foram: Assistentes Sociais, Psicólogos, Enfermeiros e Médicos.

Com a finalidade de fornecer maior concretude ao objeto analisado, foi utilizado à técnica de entrevista com perguntas semi-estruturadas, pois esta técnica qualifica certas dimensões do objeto investigado, propondo-se analisar opiniões e pontos de vista complexos

A pesquisa se iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos e teve duração de um mês (agosto) – sendo 344.713 o número do protocolo.

Foi realizada com mulheres que já haviam se submetido ao procedimento de aborto legal, mas que ainda estavam no hospital; não se excluiu adolescentes uma vez que essas usuárias compõem um significativo número dessa demanda. No caso de usuárias menores de 18 anos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos responsáveis legais.

Os dados e as informações coletados na pesquisa foram: conhecimento dos profissionais sobre a norma técnica e dificuldades para efetivar a normativa, submetidos a uma pesquisa quantitativa, pois se apresentam dados estatísticos, e qualitativa, uma vez que trabalha com uma realidade que segundo Minayo (2011)⁵ não pode ser quantificada, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Utilizou-se como técnica de análise qualitativa o materialismo histórico e dialético de Karl Marx (1988)⁶. Essa análise favoreceu a interpretação do objeto estudado, que proporcionou uma análise politizada em relação à problemática investigada.

A quantidade de profissionais no serviço de Urgência e Emergência em Ginecologia e Obstetrícia que estavam dentro dos critérios estabelecidos de inclusão foram 24 profissionais no período matutino e vespertino

em regime de trabalho semanal, sendo: 10 enfermeiros, 02 Assistentes sociais, 02 psicólogos e aproximadamente 10 médicos. Desse total foram entrevistados 05 enfermeiros, 02 Assistentes Sociais, 02 psicólogos e 05 médicos, totalizando 14 profissionais.

Existe ainda o regime de trabalho em plantões, realizados nos fins de semanas e feriados, onde profissionais de outros setores, atuam na Urgência e Emergência em Ginecologia e Obstetrícia. Na finalidade de contemplá-los, a pesquisa também foi feita nos fins de semanas e feriados no período de coleta de dados.

Estava previsto 28 entrevistas, quantidade esta representativa no período de um mês de coleta de dados, considerando que em cada plantão há em média 07 profissionais no setor (02 Enfermeiras, 01 assistente social, 03 médicos e 01 psicólogo) totalizando 56 profissionais durante os 08 plantões do mês, logo se objetivava entrevistar 50% desse total, sendo os 28 já mencionados. Entretanto houve 05 recusas e 04 profissionais do plantão que já haviam sido entrevistados por se tratar de profissionais do setor no período semanal de trabalho que estavam também no plantão.

Sendo assim foram entrevistados 33 profissionais (14 do período semanal de trabalho e 19 do plantão) e 03 usuárias, quantidade atendida neste mês no serviço.

RESULTADOS

Dentre os relatos coletados na entrevista sobre o que seria uma prática humanizada na concepção dos profissionais, obtive-se posicionamentos que qualificaram essa prática como importante para o cuidado. Entretanto dez profissionais demonstraram um posicionamento de que cabe ao psicossocial essa prática, ou ainda que se colocar no lugar da usuária já garante a humanização.

É importante considerar que entre os 33 profissionais entrevistados, apenas 05 afirmaram participação em alguma capacitação. Essa quantidade representa apenas 15% de profissionais entre os entrevistados.

Estabelecer a humanização da assistência perpassa também pelo cuidado com os profissionais, daí a importância das qualificações. A precariedade desta, rebate no nível de conhecimento dos profissionais sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, na qual dos 33 profissionais entrevistados 17 afirmaram conhecer a normativa e 16 não conhecem.

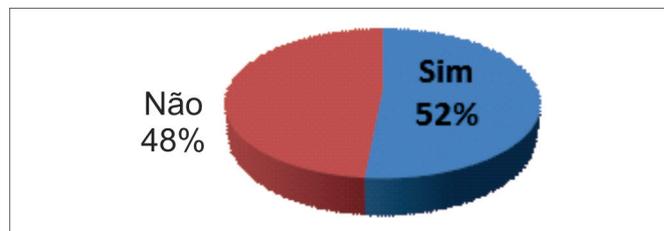


Figura 1 – Conhecimento dos Profissionais do hospital sobre a Norma Técnica, 2015.

Considerando a análise do Figura 1, 48% dos entrevistados disseram desconhecer a normativa,

dentre os profissionais entrevistados a maior quantidade eram de médicos e enfermeiros, porém apenas assistentes sociais e psicólogos em sua totalidade responderam conhecer a normativa

Complementando tal análise dos 16 profissionais que afirmaram não conhecer a normativa 06 são enfermeiros e 10 médicos. Sendo que 04 desses profissionais compõem a equipe do setor e 12 são plantonistas, ou seja, trabalham somente em alguns fins de semanas e feriados.

Em relação às equipes que atuam em plantões foi possível identificar em suas falas, que eles atribuem maior responsabilidade no atendimento a demanda aos profissionais que atuam durante a semana.

Em se tratando da efetivação da Normativa, 13 profissionais, ou 76% deles afirmam conhecer a mesma, porém não acreditam que é efetivada em sua íntegra na FSCMPA.

O alto índice de profissionais que desconhecem a normativa se dá pelo baixo investimento direcionado para as qualificações no atendimento a esta demanda.

Entre os problemas enfrentados para a efetivação da normativa, os profissionais mencionaram 05 dificuldades.

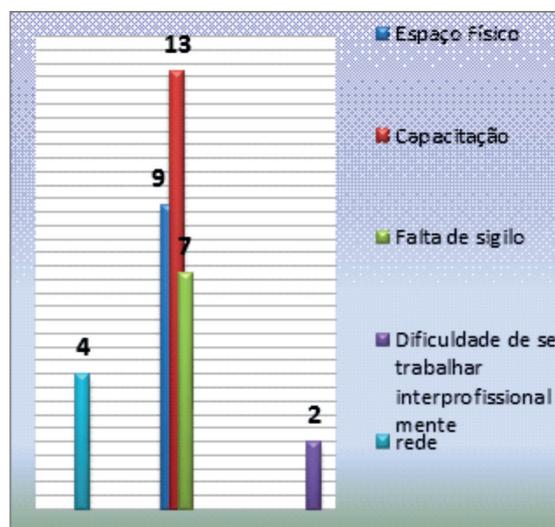


Figura 2 – Dificuldades dos profissionais de saúde para efetivar a Norma Técnica, 2015.

Na Figura 2, quanto à dificuldade para efetivar a normativa, no que se refere a falta de sigilo na instituição, os profissionais enfatizam que muitos comentários são realizados pelos corredores quando há um atendimento, principalmente em casos de interrupção da gestação por violência sexual.

“Em pouco tempo todo o hospital tá sabendo do ocorrido e comentando, tem profissional que vai até a enfermagem pra ver a paciente, ficam querendo saber comentando fora do hospital, isso é preocupante.”

MÉDICO

Entre as avaliações dos profissionais sobre o serviço de Aborto Legal, 05 profissionais mencionaram receio de que as mulheres faltem com a verdade ao procurar o serviço, pelo fato de não necessitar de Boletim de Ocorrência (B.O) policial, o que causa insegurança por parte desses profissionais em realizar o procedimento.

“Às vezes sabemos que ela está mentindo, inventando histórias, ninguém é abusada sexualmente e chega com uma cara de quem perdeu cinquenta centavos, mas mesmo assim temos que encaminhar o procedimento, não me sinto muito segura em realizar essa internação.”

MÉDICO

“Acho que deveria sim ter o B.O, temos agora uma política de que tudo pode, tudo é permitido.”

MÉDICO

Em relação ao espaço físico para o atendimento, duas usuárias afirmaram dificuldades enfrentadas nesse aspecto, a falta de um espaço mais reservado para a internação e o banheiro em condições precárias foi exposta por elas. Porém todas as usuárias afirmaram que tiveram um excelente atendimento da equipe.

DISCUSSÃO

Todas as usuárias entrevistadas afirmaram desconhecer deste amparo legal para a interrupção da gestação, só tomando conhecimento do mesmo, nos serviços em que prestaram ocorrência, como delegacia de polícia e demais serviços da rede de atendimento, e ainda assim, as informações recebidas foram superficiais.

Viana (2008)² afirma que a garantia do atendimento ao aborto legal é direito das mulheres, e esses serviços devem ser implantados e amplamente divulgados para a sociedade. A situação da rede assistencial na maioria dos municípios não possibilita o diagnóstico das necessidades e encaminhamentos mais claros e adequados, sendo assim a divulgação deste serviço não é suficiente para o conhecimento da população feminina.

Embora as usuárias tenham afirmado um atendimento humanizado no hospital, é necessário considerar o esforço dos profissionais para que tenham recebido tal atendimento. Garantir o atendimento humanizado às usuárias para o abortamento ou interrupção de gestação, requer certo esforço entre a equipe de profissionais atuantes no setor. Esforço este desempenhado no sentido de organizar o serviço com os profissionais sensíveis a essa demanda. Organizar essa rotina não é fácil, pois são poucos profissionais médicos reconhecidos pela equipe para atuar com esta demanda, como afirmaram os profissionais entrevistados.

Meneghele Ostermann (2006)⁷ afirmam que a humanização não se restringe ao plano das relações pessoais, constitui um projeto de caráter político e social, isto perpassa pela rede de serviço estruturada e capaz de atender as mulheres nas suas necessidades. Um grande déficit nessa atenção está na precária informação que a rede tem sobre o serviço e os atendimentos pós abortamento não oferecem suporte para o acompanhamento das mulheres, principalmente as vítimas de violência sexual.

Santiago (2008)⁸ afirma que a estrutura física é um fator relevante quando se considera um atendimento humanizado, quando se trata da legalidade de um serviço, é necessário efetividade, construída a partir de recursos específicos, humanos, estruturais e equipamentos para considerar a assistência ao abortamento humano e seguro. Muito se fala em humanização, como um ato de se colocar no lugar do outro, essa afirmação de forma isolada, coloca o profissional como o único responsável pela humanização, responsabilizando o mesmo por todo o processo que depende de vários agentes e estágios. Se colocar no lugar do outro unicamente não garante a humanização, esta ação pode ajudar nesse processo, mas depende de abrir espaço para que o outro partilhe seus conhecimentos e suas opiniões, aceitando o que o outro tem a dizer, e isso é uma prática coletiva que toda a organização tem a exercitar nas relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade.

Sarti (2001)⁹ afirmam que em um sentido amplo a humanização, além de objetivar a melhora do tratamento do paciente, deve incentivar, por todos os meios possíveis, a união e a colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e funcionários, assim como a organização para a participação dos usuários no processo de prevenção, cura e reabilitação. Nesta perspectiva a humanização não depende apenas dos profissionais relacionados ao psicossocial tão pouco somente atenção ao paciente, trata-se de um conjunto de ações que envolvem todos os profissionais e o cuidado também com eles. Uma vez que os profissionais de saúde se submetem em suas atividades, as tensões provenientes do contato com a dor e o sofrimento do paciente, cuidar de quem cuida é condição para o desenvolvimento de projetos de ações em prol da humanização da assistência. Sendo assim, podemos afirmar que não há possibilidade de se trabalhar a humanização da assistência desvinculada de um projeto coletivo.

Construir políticas públicas de saúde para este enfrentamento demanda a necessidade de um trabalho intersetorial contínuo e vigilante, é fundamental que a discussão do papel do setor saúde na atenção a essas mulheres esteja inserida dentro da lógica do SUS, com a garantia de que seus princípios constitucionais de integralidade, descentralização e equidade sejam cumpridos.

Para que a assistência integral à saúde da mulher, tal como proposta no SUS, possa ocorrer, torna-se de fundamental relevância que os profissionais estejam integrados tanto com os aspectos técnicos, éticos e jurídicos do aborto, quanto com seus aspectos subjetivos, evitando qualquer forma de constrangimento para a usuária, propiciando mais do que a técnica, a interação, a afetividade, o acolhimento.

Viana (2008)² afirma que se um serviço de atendimento ao aborto legal funciona acoplado a um serviço de Urgência, é importante lembrar que todo o grupo de plantonistas deve ser incorporado à equipe, “isso significa ter um protocolo único, discutido e informado a todos, com treinamento sistemático”.

Quando o profissional do plantão se desresponsabiliza por um conhecimento mais aprofundado da normativa, abre mão de informações importantes que poderiam ser apresentadas tanto para as usuárias, quanto para a equipe. Como já apontamos, há um conhecimento deficiente por parte de médicos e enfermeiros sobre essa normativa. Quando os profissionais do psicossocial se eximem da responsabilidade desse conhecimento nos plantões, não somente prejudicam um atendimento humanizado, como

distancia ainda mais a garantia de um direito, pois muitas vezes esses profissionais são responsáveis por articular junto à equipe a garantia do mesmo.

É conhecendo os procedimentos que são executados para tomada de decisão que será possível para esses profissionais compreenderem que não somos detetives, não é essa nossa função no campo da saúde. “Somos profissionais que por princípio devemos e precisamos confiar na palavra das pessoas que atendemos. Isso é função precípua do profissional de saúde” (VIANA)². É importante reafirmar que a responsabilidade pelas informações prestadas ao profissional de saúde é exclusivamente da informante, que poderá ser responsabilizada judicialmente por elas.

Sendo assim, conhecer a legislação, os protocolos do Ministério da Saúde, as Normativas e as pesquisas sobre o assunto contribui para que a equipe esteja sempre informada e preparada para enfrentar as diversas discussões que sempre surgem sobre o tema.

CONCLUSÃO

Pode-se considerar como um grande avanço ter um serviço que atenda as mulheres em situação de aborto autorizado por lei, entretanto há algumas limitações institucionais que já apontamos.

Não é pretensão deste trabalho, apontar que o conhecimento e efetivação da Norma Técnica de atenção Humanizada, por parte dos profissionais sanaria todos os problemas relacionados ao atendimento às mulheres que demandam o aborto legal, porém conhecer essa normativa é um caminho para começar a melhorar esse serviço, pois a mesma traz parâmetros para qualificar o atendimento humanizado e permite identificar os limites institucionais para traçar metas que possam cada vez mais humanizar o Programa.

Conhecer a Legislação, os protocolos do Ministério da saúde e as pesquisas sobre o assunto contribuem para que a equipe esteja sempre informada e preparada para enfrentar as diversas discussões que sempre surgem sobre o tema. O trabalho intersetorial, por meio de parâmetros pactuados pode levar a resultados mais potencializadores para essas mulheres com repercussão favoráveis para sua auto-estima, que podem se traduzir na construção de um novo lugar nas suas relações pessoais, familiares e institucionais. Esses são algumas limitações que apontados neste trabalho para um atendimento humanizado

A humanização da atenção à saúde das mulheres necessita muito mais que iniciativas como o PAISM

(Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher), para mudar as práticas e proporcionar atenção humanizada. Existe um entrelaçamento histórico entre ideologias médicas e de gênero responsáveis por produzir, nas práticas dos serviços de saúde, a centralidade do fazer clínico, relegando a segundo plano o que Meneghel e Ostermann (2012)⁷ chamam de compreensão sobre o “fazer atender” ou mais especificamente o cuidar. Esse cuidar exige atenção não somente às queixas físicas da usuária, mas também suas vivências e sentimentos que muitas vezes não é verbalizado.

Essa realidade faz com que os profissionais de saúde demonstrem pouca capacidade de assumir um papel colaborativo que esteja além de um fazer clínico e, portanto humanizador. Essas dificuldades não se limitam à inabilidade práticas, mas ao fato, de muitas vezes não visualizarem a importância de uma abordagem diferenciada e, portanto não se mostram interessados em adquirir esse conhecimento, como observamos na quantidade inexpressiva do conhecimento dos médicos e enfermeiros sobre a normativa de abortamento humanizado.

Como proposta para uma mudança significativa, é necessário incluir nas grades curriculares das universidades disciplinas no campo das ciências humanas e sociais e incentivar desde o início de sua formação a importância da interação multiprofissional. Infelizmente,

a estrutura, a metodologia de ensino e a organização curricular ainda não estão baseadas nas demandas sociais e nas políticas públicas de saúde.

Embora o Ministério da Saúde tenha publicação da Norma Técnica de Atenção ao Abortamento Humanizado em 2005, para definir elementos essenciais no modelo de atenção, não se criou instrumentos de avaliação abrangente e sistemática para avaliar em que medida essa normativa está sendo seguida no SUS.

É importante ressaltar que a avaliação no âmbito das políticas públicas é um dever ético e que, no caso específico desse serviço, é indispensável avaliar resultados alcançados. O resultado dessas avaliações deveria ser devolvido aos profissionais, criando assim maneiras de melhorar o desempenho, orientando capacitações para eles.

O SUS nas suas diferentes esferas governamentais deve enfrentar o desafio de uma rede qualificada de atenção às mulheres em situação de interrupção de gestação/abortamento autorizadas por lei. Convocar os gestores, realizar reuniões temáticas, viabilizar os insumos necessários, capacitar profissionais, organizar campanhas voltadas para a população e potencializar a rede são estratégias necessárias. Pois como se observa na pesquisa, o conhecimento das mulheres sobre o programa ainda é mínimo, bem como o conhecimento da rede para esclarecer essa mulher sobre o serviço.

ABSTRACT

HUMANIZED ATTENTION TO ABORTION LEGAL IN A PUBLIC HOSPITAL IN BELÉM- PA

Débora Raimunda RIBEIRO e Claudia Tereza FONSECA

Objective: To identify the constraints and institutional advances in the humane care of Legal Abortion Service in Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará and build proposals that enables qualitative changes in this service.

Methods: Qualitative and quantitative research from August 2013 at the Santa Casa de Misericórdia Foundation of Pará using as a method of analyzing the historical and dialectical materialism. **Results :** Of the 33 professionals interviewed , 16 (48%) do not know the standard technique humanized abortion , including 10 (83%) of respondents said physicians and even ignoring all professional social work and psychology have asserted know the rules , the professional duty claim that the deepening of knowledge in relation to this technical standard competes for professionals who work during the week. **Conclusion:** Although the Ministry of Health has published Technical Standard for Humane Abortion Care in 2005 to define the essential elements of care model was not created instruments for comprehensive and systematic review to assess to what extent such rules are being followed in the SUS

KEY-WORDS: Legal abortion. Women's health. Public policies.

REFERÊNCIAS

- 1 Diniz, D. Três gerações de mulheres. In: Nova história das mulheres no Brasil. Pinsky, C. e Pedro, J. São Paulo: contexto, 2012
- 2 Viana F. Serviços de atendimento ao aborto Legal In: Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Maia, M. (org.). Belo Horizonte. Editora: autentica 2008.
- 3 BRASIL, Atenção Humanizada ao abortamento: norma técnica/ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. 2. ed. atual. E ampl. – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2011
- 4 Alexandre L. Políticas Públicas de saúde da mulher. In: Enfermagem e saúde da mulher, Fernandes, R. e Narchi, Nadia. Barueri SP: Manole, 2007.
- 5 Minayo M. O desafio da Pesquisa Social. In: Pesquisa Social: teoria, método e Criatividade. 30 ed. Petrópolis, RJ: vozes 2011.
- 6 MARX, Karl. O Capital. Vol. 2. 3ª edição, São Paulo, Nova Cultural, 1988.
- 7 Meneghel, S, Ostermann A. Humanização, gênero e poder. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.
- 8 Santiago R.C. Saúde da mulher e aborto. In: Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto. Maia, Mônica Bara (org.). Belo Horizonte. Editora: autentica 2008.
- 9 Sarti C. A. Feminismo e contexto: Lições do caso Brasileiro. Caderno pagu 2001: são Paulo: UNIFESP
- 10 Adesse L. Assistência a mulher em abortamento: a necessária revisão de praticas e má conduta, preconceito e abuso. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006
- 11 BRASIL, Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica/ Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. 3 ed. atual. E ampl. – Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2010.
- 12 Barroco M. Ética, Direitos Humanos e Diversidade. in: cadernos especiais n37, edição:28 de agosto a 25 de setembro de 2006.

ENDEREÇO PARA CORRENpondência

Débora Raimunda Ribeiro Costa

Rodovia Augusto Montenegro. Conjunto Anísio Teixeira 2 bloco 16 apart. 201

Parque Guajará- CEP:66021-000

E-mail: deborah.ribo@hotmail.com

Recebido em 27.02.2014 – Aprovado em 12.02.2016