



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MARY HELP IBIAPINA ALVES**

**HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM PROCESSO DE  
ABORTAMENTO NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPIDIO DE ALMEIDA EM  
CAMPINA GRANDE-PB.**

**Campina Grande – PB  
2015**

**MARY HELP IBIAPINA ALVES**

**HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES EM PROCESSO DE ABORTAMENTO NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPIDIO DE ALMEIDA EM CAMPINA GRANDE-PB.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social, Questão Social e Direitos Sociais.

Orientadora: Prof. Dra. Idalina Maria Freitas Lima Santiago

**Campina Grande – PB  
2015**

A474h Alves, Mary Help Ibiapina  
Humanização na atenção à saúde das mulheres em processo de abortamento no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida em Campina Grande-PB [manuscrito] / Mary Help Ibiapina Alves. - 2015.  
159 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2015.

"Orientação: Prof. Dra. Idalina Maria Freitas Lima Santiago, Departamento de Serviço Social".

1. Humanização. 2. Aborto. 3. Atenção à saúde. 4. Saúde da mulher. I. Título.

21. ed. CDD 363.46

MARY HELP IBIAPINA ALVES


**HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO A SAÚDE DAS MULHERES EM PROCESSO DE ABORTAMENTO NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPIDIO DE ALMEIDA EM CAMPINA GRANDE-PB.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Serviço Social.


Área de concentração: Serviço Social, Questão Social e Direitos Sociais.

Aprovada em: 03/09/2015.

**BANCA EXAMINADORA**



Professora Doutora Idalina Maria Freitas Lima Santiago  
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB  
Orientadora



Professor Doutor Edil Ferreira da Silva  
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB  
Examinador Interno



Professora Doutora Glória de Lourdes Freire Rabay  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB  
Examinadora externa

Campina Grande – PB  
2015

“Que nada nos defina. Que nada nos  
sujeite. Que a liberdade seja nossa  
própria substância” (SIMONE DE  
BEAUVOIR).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a todas as forças do universo que me auxiliam nessa trajetória de vida.

Ao feminismo por me tocar tão profundamente agudizando inquietações subjetivas e me dando um caminho para o ativismo político, construindo a mim e a uma luta cotidiana pela qual me orgulho de fazer parte.

A todas as mulheres em situação de abortamento que fizeram parte deste estudo e a todas aquelas que sofrem sozinhas, clandestinas, humilhadas e negligenciadas, devido à condição do aborto no Brasil.

A minha orientadora Idalina Santiago, grande mestra, companheira de militância política que admiro muito, por todas suas contribuições nesta dissertação e fora dela.

As/aos profissionais do ISEA que me auxiliaram no percurso dentro deste serviço e aceitaram participar deste estudo.

A minha mãe, Ana Maria Ibiapina de Sousa, uma mulher guerreira que torce incansavelmente pelos meus projetos de vida, com imenso amor e dedicação.

Ao meu companheiro Thiago Tavares por todo o amor e dedicação a mim dispensados, pela compreensão nos momentos de ausência, pela torcida constante e o auxílio sempre que necessário.

Ao meu sogro Tasso Tavares, pelo apoio e carinho nos momentos de aflição.

Ao meu irmão, Maiquel Ibiapina, pela torcida e vibração em cada conquista.

As minhas amigas de mestrado que seguirão para a vida, Karol Germana e Priscila Brandão, por dividirem as angústias deste percurso tornando-o mais divertido.

As minhas amigas/os de vida que me ensinam a cada dia ser uma pessoa melhor, Franciele Santos, Tatiana Cruz, Christiano Amorim, Chris Silva, Lissandra Herculano e Madalena Medeiros, por dedicarem carinho nos momentos de dificuldade e sempre emanarem energias positivas para mim durante todo o percurso do mestrado.

À todas/os muito obrigada!

## RESUMO

A presente dissertação foi resultado de pesquisa realizada no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), serviço de média complexidade do Sistema Único de Saúde especializado na atenção ao abortamento em Campina Grande/PB. Objetivou analisar a efetivação dos princípios de humanização estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) dentre as usuárias que passaram por processo de abortamento nesse serviço. O estudo foi de caráter descritivo-analítico, com abordagem quanti-qualitativa, compreendendo pesquisa documental em 524 prontuários durante o período de janeiro a junho de 2014 e coleta de entrevistadas em oito usuárias e cinco profissionais da equipe de atenção ao abortamento, realizadas entre os meses de setembro e novembro de 2014. Os dados apontaram que a atenção ao abortamento no ISEA apresenta muitos fatores que fragilizam a efetivação da humanização no atendimento prestado, que vão, desde a utilização da curetagem como técnica principal para o esvaziamento uterino, até a ausência de acolhimento, escuta das usuárias, orientações e encaminhamentos necessários e adequados para as mulheres em situação de abortamento. Demonstrou-se assim que parte considerável das orientações da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, bem como de outros documentos do Ministério da Saúde que compõem a PNAISM, não estão sendo efetivadas no ISEA. Neste sentido, os resultados apontaram diversos indícios que necessitam ser aprimorados nesse serviço de saúde, com vistas a garantir as mulheres em situação de abortamento uma atenção de qualidade e humanizada.

**Palavras Chave:** Humanização. Abortamento. PNAISM.

## **ABSTRACT**

This work was the result of a research conducted at the Institute of Health Elpidio de Almeida (ISEA), medium complexity service of the Unified Health System (SUS) specializing in abortion care in Campina Grande / PB. Aimed to analyze the effectiveness of the humanizing principles of the National Policy for Integral Attention to Women's Health (PNAISM) among users who have undergone abortion process in this service. The study have descriptive and analytical character, with quantitative and qualitative approach, comprising documental research in 524 medical charts during the period January to June 2014, and collecting interviewed in eight users and five professional from care team abortion, conducted between the months of September and November 2014. The data showed that the abortion care in ISEA has many factors that weaken the effectiveness of the humanization in the care provided, ranging from the use of curettage as the main technique for uterine evacuation, absence of reception and listening to the users, as well as lack of guidance and referrals necessary and appropriate for women in face of abortion. It has been demonstrated that a considerable part of the guidelines of the technical standard of humane abortion care, as well as other documents from Ministry of Health that comprising the PNAISM, are not effective on the ISEA. In this sense, the results pointed to several indications that need to be improved in this health service, in order to ensure a quality and humanized attention to women in face of abortion.

Keywords: Humanization. Abortion. PNAISM.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Serviços prestados pelo ISEA.....	66
--	----

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Percurso das mulheres em situação de abortamento no ISEA.....	71
--	----

## LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Incidência de Abortamentos.....	77
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMIU – Aspiração Manual Intra-Uterina

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVE – Aspiração a Vácuo Elétrica

CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ISEA – Instituto de Saúde Elpidio de Almeida

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

MRE – Ministério das Relações Exteriores

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHAH – Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>TEORIA FEMINISTA E GÊNERO: uma interlocução com os direitos reprodutivos</b> .....	21
2.1	<b>Teoria feminista e gênero</b> .....	21
2.2	<b>Direitos reprodutivos e o conceito de gênero</b> .....	32
3	<b>MÚLTIPLAS MULHERES QUE ABORTAM: perspectivas sobre o abortamento e o caso do ISEA</b> .....	42
3.1	<b>Reflexões sobre o abortamento: conceitos e perspectivas feministas</b> .....	44
3.2	<b>ISEA: Configuração do Serviço de atenção ao abortamento</b> .....	63
3.3	<b>Situando o abortamento no ISEA</b> .....	76
4	<b>HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO ABORTAMENTO</b> .....	84
4.1	<b>Perspectivas da Humanização e PNAISM</b> .....	86
4.2	<b>Atenção humanizada ao abortamento no ISEA: delineando as perspectivas da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento</b> .....	97
4.2.1	<b>ACOLHIMENTO</b> .....	100
4.2.2	<b>ATENÇÃO CLÍNICA</b> .....	121
4.2.3	<b>ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PÓS-ABORTAMENTO</b> .....	130
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	140
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	143
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS</b> .....	153
	<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIAS</b> .....	156

## **1 INTRODUÇÃO**

A nossa aproximação com a discussão sobre os direitos reprodutivos, em especial à saúde reprodutiva, se dá por duas vias importantes e indissociáveis: nossa atuação política feminista e nossa trajetória acadêmica. Fazemos parte do Grupo Flor e Flor estudos de gênero, que se constitui em um grupo de pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, situado no departamento de Serviço Social. O Flor, como afetuosamente o chamamos, é um grupo de pesquisa singular dentro da universidade, pois suas pesquisas, estudos e extensões são politicamente vinculadas às pautas e à militância feminista e dos estudos de gênero. Só por esse fator, como graduanda do curso de serviço social, já tivemos a oportunidade de vincular nossa trajetória acadêmica com a militância política do feminismo.

Dentre todos os estudos desenvolvidos pelo grupo, tivemos a oportunidade de uma maior aproximação com os direitos reprodutivos, por ocasião do nosso estágio curricular acadêmico em um serviço de média complexidade do Sistema Único de Saúde, em Campina Grande/PB, responsável pelo atendimento de saúde reprodutiva. Debruçamo-nos sobre a realidade encontrada nesse serviço, no qual pudemos constatar uma efetivação parcial dos direitos reprodutivos previstos nos documentos normativos brasileiros, quando confrontados com a realidade vivenciada pelas usuárias desse serviço.

No momento atual, nossas preocupações se voltam para a problemática do abortamento, tema bastante polêmico e perpassado por diversas questões sociais que interferem na sua normatização no Brasil, e também nas condições da atenção dada às mulheres em situação de abortamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O debate político que envolve o abortamento no Brasil explicita uma luta ideológica. De um lado, perpassada por preceitos religiosos, filosóficos e morais, contrários a liberalização da prática no país, e de outro, vinculada à defesa da autonomia reprodutiva das mulheres, do direito ao manuseio livre do seu corpo, e consequentemente, a garantia do abortamento legal e seguro para as brasileiras (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004; SANTIAGO, 2008; VILLELA e BARBOSA, 2011; PINTO, 2002).

Com isso, o cenário atual de criminalização do abortamento tem reverberado na atenção às mulheres nos serviços de saúde, que por vezes são submetidas a ações

discriminatórias, punitivas e negligentes, por parte dos/as profissionais de saúde (SOARES, GALLI, VIANA, 2010; RABAY e SOARES, 2008).

Diante disso, a abordagem da humanização associada à atenção ao abortamento no SUS é uma discussão necessária para favorecer a garantia dos direitos das mulheres usuárias desse sistema a um atendimento integral, equânime, digno e de qualidade, conforme preconizado nos seus princípios (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, nosso estudo visa a analisar em que medida houve a efetivação dos princípios de humanização estabelecidos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) dentre as usuárias que passaram por processo de abortamento no Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA). Tal instituição integra o nível de atenção básica e média complexidade do SUS<sup>1</sup> em Campina Grande-PB e se constitui em um serviço de referência da rede regional de saúde para os casos de abortamento e gravidez de alto risco, além dos casos de abortamento previsto em Lei.

Como objetivos específicos delimitamos: identificar as condições de acolhimento ofertadas pelo serviço às usuárias em situação de abortamento; verificar a aplicação dos cuidados em saúde concernentes à atenção clínica prestada às mulheres em processo de abortamento; detectar a prática de educação em saúde voltada para orientações e encaminhamentos às mulheres após o abortamento; mensurar a incidência da realização de abortos previstos em Lei e de procedimento obstétrico de curetagem pós-aborto; identificar o perfil socioeconômico das mulheres em processo de abortamento.

Para a análise proposta, adotamos os seguintes indicadores de efetividade da atenção humanizada ao abortamento, presente no que preconiza a PNAISM (BRASIL, 2004b), a Norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL 2005a; 2011b) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005b):

- **Acolhimento**: acolhimento amigável, com orientação e busca de soluções; escuta qualificada, sem pré-julgamento ou imposição de valores; garantia de participação das usuárias em processos de decisão nos momentos do atendimento e tratamentos necessários; disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos; tempo de espera pelo atendimento;

---

<sup>1</sup> De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), disponibilizado através do sistema DATASUS do Ministério da Saúde, o ISEA possui atividades ambulatoriais de atenção básica e média complexidade e atenção hospitalar de média complexidade. Ver mais em: [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Basico.asp?VCo\\_Unidade=2504002362287](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=2504002362287).

disponibilidade de cama com lençóis limpos, toalha, bata para o atendimento e absorventes.

- Atenção clínica: disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado; Procedimentos para alívio da dor; participação dos/as profissionais de saúde em processos de capacitação para uso da tecnologia adequada; privacidade no atendimento e confidencialidade de informações; informações para as usuárias sobre os procedimentos realizados; realização de exames durante o abortamento (classificação sanguínea, testes para sífilis e HIV); oferta de anticoncepcionais.
- Orientações e encaminhamentos pós-abortamento: orientações sobre contracepção, os cuidados para evitar complicações posteriores, às condições clínicas das usuárias; orientações e informações pós-abortamento: rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo.

Com vistas a atender aos objetivos geral e específicos, adotamos procedimentos metodológicos voltados para o nosso tipo de estudo, que é descritivoanalítico, devido à sua característica de permitir o levantamento das características do fenômeno já conhecidas, possibilitando maior aproximação, através de levantamentos ou observações sistemáticas, além de incorporar análises que proporcionem o aprofundamento crítico do contexto do fenômeno estudado (GIL, 1991; SANTOS, 2004).

O estudo adota uma abordagem quantitativa e qualitativa:

A primeira tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. [...] A segunda adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (MINAYO e SANCHES, 1993, p. 247).

Além disso, para viabilidade da análise dividimos o estudo em dois tipos: um de tipo exploratório de caráter documental, entendido por Gil (1991, p.45) como aquele “com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”, no qual analisamos 524 prontuários dos casos de abortamento atendidos no ISEA, entre o período de 01/01/2014 a 30/06/2014; e outro do tipo estudo de campo, que consiste na busca por aprofundamento na realidade para captar explicações e interpretações da mesma (GIL, 2008), no qual realizamos observação direta das dinâmicas do serviço e coletamos entrevistas (gravadas e transcritas) de oito



usuárias e cinco profissionais da equipe de atenção à saúde das mulheres dentro do ISEA, escolhidas a partir do critério de acessibilidade, sendo elas: médica/o, assistente social, psicóloga/o, enfermeira/o e auxiliar de enfermagem. Esta última abordagem de coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2014.

A observação direta que realizamos no serviço, entendida como a observação espontânea do/a pesquisador/a seguida da análise e interpretação (GIL, 1991), foi sistematizada em diário de campo, com vistas a perceber elementos no processo de atenção à saúde das mulheres pesquisadas que pudessem colaborar para a análise proposta.

Por termos realizado dois tipos de estudo durante a pesquisa, os cotidianos da coleta de dados foram diferenciados um dos outros, considerando estratégias utilizadas para desvelar a condição da atenção ao abortamento no ISEA. Com isso, para a coleta de dados dos prontuários nos direcionamos para o setor específico, no qual funciona também a parte administrativa do ISEA. Tal setor localiza-se ao lado da sala da direção em um corredor na parte inferior do prédio. As rotinas da pesquisa neste espaço se davam no período da manhã, onde ao analisar cada montante de prontuários colocávamos as informações dos mesmos em uma planilha do programa Excel, criando variáveis que contribuíssem para a análise a partir do que estava preenchido nos prontuários. Neste sentido, surgiram as seguintes variáveis: incidência de abortamento; município de origem das usuárias; idade das usuárias; tempo de permanência no serviço; quantidade de exames realizados; cor/raça; tipo de procedimento para esvaziamento uterino; diagnóstico do abortamento e uso de anestesia.

Para o desenrolar do estudo de campo circulamos por vários setores do ISEA o que nos possibilitou realizar a observação da rotina deste serviço e entender como se estrutura a atenção ao abortamento no mesmo. Nesta parte da pesquisa nos direcionamos ao serviço durante turnos diferenciados, incluindo o noturno, e realizamos as entrevistas também em setores diversos (salas de parto, pós-abortamento e corredores). É importante mencionarmos que as falas das/os profissionais e usuárias entrevistadas demandavam um maior aprofundamento de elementos que surgiam nas informações repassadas, requisitando-nos captarmos outras informações complementares com outras/os profissionais, além de visitas a diversos setores, para que pudessemos compreender de forma mais completa a condição da atenção ao abortamento no ISEA.

Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo, que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Além disso, utilizamos a análise descritiva para os dados compilados nos prontuários, a partir do tratamento dos mesmos, através do programa Excel.

A partir das transcrições das falas coletadas, submetemos o conteúdo destas à técnica de análise temática ou categorial, que segundo Minayo (2000) consiste no reagrupamento analógico do texto em unidades/categorias. As categorias elegidas foram referentes ao acolhimento, à atenção clínica e às orientações e encaminhamentos pós-abortamento.

No que se refere ao acolhimento humanizado, as categorias foram as seguintes: acolhimento amigável; escuta qualificada; promoção da autodeterminação reprodutiva das usuárias; informações prestadas no serviço e avaliação do serviço.

Para a atenção clínica, elencamos as seguintes categorias de análise: conhecimento das usuárias sobre o tipo de procedimento utilizado para esvaziamento uterino; domínio de informações por parte dos profissionais sobre os recursos disponíveis no ISEA para a atenção ao abortamento; questões relativas à realização de exames durante o atendimento e alívio da dor das usuárias no serviço.

Em relação às orientações e encaminhamentos pós-abortamento, extraímos as seguintes categorias: orientações sobre planejamento reprodutivo; orientações sobre condição de saúde das usuárias e cuidados pós-abortamento; orientações acerca do reinício da atividade sexual e encaminhamentos pós-abortamento.

É importante mencionarmos que para identificação das usuárias utilizamos nomes fictícios. Tais nomes foram de mulheres que morreram em decorrência do abortamento inseguro no Brasil, considerando os casos de maior repercussão na imprensa, entre os anos de 2009 a 2014<sup>2</sup>.

Além disso, vale salientarmos, que adotamos a estratégia de identificamos as/os autoras/es nas citações no corpo do texto com nome e sobrenome, como forma de visibilizar a contribuição das mulheres na construção do conhecimento científico.

---

<sup>2</sup> A pesquisa foi realizada no site de busca Google, com as palavras chaves “morte+abortamento”, entre fevereiro e março de 2015.

No que tange à estrutura desta dissertação, adotamos a opção de mesclar as discussões teóricas com a análise dos dados da pesquisa, exceto no primeiro capítulo que se debruça exclusivamente numa reflexão teórica. Detalharemos a conformação dos capítulos a seguir.

Tratar sobre os direitos reprodutivos é rememorar a trajetória do movimento feminista, tanto como movimento político no Ocidente, a partir do século XIX, como movimento teórico e conceitual que visa denunciar as formas de construções sociais que montam os gêneros (ÁVILA, 1993).

As lutas políticas derivadas do questionamento das feministas sobre a condição de subordinação das mulheres em determinados momentos históricos, possibilitaram a conquista de direitos fundamentais para superação da sua condição social e histórica, propiciando o questionamento da construção cultural que determinava lugares para homens e mulheres na sociedade, permitindo a visualização de uma história em que tais determinações fossem superadas (PISCITELLI, 2009).

Neste contexto, surgem teorias, a partir da atuação política das feministas, que configuram o que chamamos de teoria feminista. Inicialmente as feministas se pautaram em visibilizar a vivência de situações diversas das mulheres para denunciar as opressões vividas, os chamados estudos da mulher. Posteriormente, na busca por explicar o surgimento da desigualdade, como forma de fundamentar ações que resultassem em sua superação, surge teorias como o patriarcado e, posteriormente, os estudos de gênero (PISCITELLI, 2009).

As filiações teóricas foram diversas, como aponta Guacira Louro:

Se para algumas as teorizações marxistas representarão uma referência fundamental, para outras as perspectivas construídas a partir da psicanálise poderão parecer mais produtivas. Haverá também aquelas que afirmarão a impossibilidade de ancorar tais análises em quadros teóricos montados sobre uma lógica androcentrica e que buscarão produzir explicações e teorias propriamente feministas, originando o “feminismo radical” (1997, p.20).

A atuação política dos movimentos feministas foi responsável pela conquista de inúmeros direitos políticos e sociais, no âmbito das lutas que configuravam, em determinados contextos, a superação das desigualdades.

Deste modo, os direitos reprodutivos são expressão da emergência de direitos, a partir da prática política das mulheres, desde a década de 70, que denunciavam as ações coercitivas sob a regulação da fecundidade. Nesse momento histórico, as feministas

denunciavam tais ações como campo de ordem política que demandava enfrentamento, incluindo questões relacionadas à autonomia corporal, direito ao aborto e contracepção (ÁVILA, 1993).

Neste sentido, torna-se necessário empreendermos uma reflexão acerca da articulação teórica entre a teoria feminista, os direitos reprodutivos e os estudos de gênero, com vistas a entendermos as vinculações teóricas utilizadas pelos direitos reprodutivos, bem como as contribuições dos estudos de gênero para os mesmos. Tal intento é realizado no primeiro capítulo deste estudo.

No campo dos direitos reprodutivos, as mulheres reivindicam o direito de decidir sobre seu corpo, acesso a meios contraceptivos para controle da própria fecundidade, além de direitos no campo da atenção à saúde reprodutiva (VENTURA, 2009).

No âmbito internacional, várias conferências promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram responsáveis por 20 anos de discussões sobre as perspectivas políticas, sociais e individuais que norteavam as ações referentes à população e ao desenvolvimento. Apenas em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida em Cairo, foi consensuada uma definição dos direitos reprodutivos, na perspectiva dos direitos humanos, que romperam com a insurgência dos ditames coercitivos e impostos pelos organismos monetários mundiais (CIPD, 1994).

O Brasil incorpora as primeiras ações referentes aos direitos reprodutivos na legislação nacional em 1983, através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que se constituiu como um marco nas ações do Estado referente a tais direitos. O programa é criado num momento de efervescência política e social relacionado à redemocratização do país e após o período ditatorial deflagrado em 1964. No campo da saúde, o movimento de reforma sanitária visava a conquistar um sistema de saúde que ultrapassasse a perspectiva do binômio saúde/doença, com atenção de caráter contributivo, e que incorporasse a atenção integral à saúde da população, garantindo a prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma regionalizada, hierarquizada, descentralizada e totalmente pública (BRASIL, 2009b).

Tal momento histórico propiciou, a partir da atuação dos movimentos sociais, a promulgação da constituição de 1988, que incluiu no seu Artigo nº 196 o direito à saúde pública como direito de todas/os e dever do Estado, e posteriormente, a promulgação da Lei 8.080/1990 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), conquistas fundamentais para a cidadania das/os brasileiras/os (BRASIL, 1988).

Dez anos após a constituição do PAISM, o Ministério da Saúde, em diálogo com o movimento feminista e o movimento de mulheres, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incorpora o conjunto de diretrizes planejadas no PAISM, mas agora com caráter ampliado de política pública e com a incorporação da diversidade étnica, sexual, geracional e territorial das mulheres brasileiras, contemplando mulheres negras, indígenas, lésbicas, do campo e da cidade, além das portadoras de necessidades especiais (BRASIL, 2004b).

Em 2005, o governo lança a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que dialoga com a PNAISM, contemplando propostas e diretrizes para garantia de tais direitos, como direitos humanos da população brasileira, centralizando a questão do planejamento familiar (BRASIL, 2005a).

A PNAISM se estrutura nos princípios e diretrizes do SUS e estabelece que a saúde das mulheres deva ser compreendida de forma integralizada, com garantia de atenção nos três níveis de complexidade deste sistema de saúde, sob os princípios da qualidade e humanização (BRASIL, 2004b).

Os princípios de humanização estão em destaque na PNAISM, incorporando a qualidade da atenção em saúde, como norteadores das ações que envolvem a atenção integral à saúde das mulheres, já que “as histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações, e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico” (BRASIL, 2004b, p.59).

Essa condição histórica que perpassa a atenção à saúde das mulheres, a qual se refere de forma genérica a PNAISM, se acentua quando se trata do abortamento. O caráter de criminalização, discriminação e julgamento de valores que o envolve resulta em ausência de atenção à saúde adequada para os processos de abortamento e, conseqüentemente, em danos à saúde das mulheres. Além disso, o aborto realizado em condições inseguras se apresenta como um importante problema de saúde pública e uma das principais causas de morte materna no Brasil (BRASIL, 2005a; SOARES, GALLI, VIANA, 2010).

Neste sentido, o segundo capítulo do nosso estudo apresentará perspectivas teóricas e conceituais sobre o abortamento, contextualizando a complexidade de relações presentes neste tema, sob a ótica da abordagem feminista e o tratamento dado ao abortamento no Brasil, além de situarmos o caso do ISEA, caracterizando-o no âmbito do SUS e apresentando aspectos relativos ao abortamento neste serviço, a partir

da análise de dados de 524 prontuários pesquisados, no período de 01/01/2014 a 30/06/2014.

A humanização é um dos princípios da PNAISM que consiste em um ideário previsto para perpassar, não só a atenção a saúde das mulheres, mas de todos/as os/as usuários/as do SUS. Além disso, a humanização está diretamente relacionada à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres brasileiras como direitos humanos, pactuados pelo Brasil na Conferência de Cairo em 1994.

A norma técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde, é um dos instrumentos de efetivação do princípio de humanização expresso na PNAISM, objetivando um atendimento condizente com os direitos humanos das mulheres nas situações de abortamento. A atenção humanizada e de qualidade, prevista nessa norma técnica, está fundamentada em referenciais ético-legais e bioéticos que incluem ações voltadas para o planejamento reprodutivo; para o acolhimento, orientação e informação às mulheres; para a integração dos serviços de atenção à saúde da mulher e parceria destes com a comunidade (BRASIL, 2005a).

Assim, o nosso terceiro capítulo abordará conceitualmente a humanização e sua aplicação no âmbito do SUS, enfatizando sua abordagem na PNAISM. Além disso, adentraremos na perspectiva da humanização vinculada ao abortamento, situando a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento do Ministério da Saúde, e analisando a efetividade dos preceitos dessa norma na atenção ao abortamento realizada pelo ISEA, confrontando as falas das usuárias e profissionais entrevistadas/os.

É importante salientar que os resultados deste estudo podem se configurar como um instrumento político para o movimento feminista no processo de reivindicação de efetivação e ampliação dos direitos conquistados, instrumentalizando o controle social da política pública de saúde direcionada às mulheres. Além disso, tal estudo também poderá colaborar com indicadores ligados às intercorrências que perpassam a atenção às mulheres, em situação de abortamento, para avaliação de um serviço de referência nesse tipo de atendimento na gestão municipal de saúde de Campina Grande, como o ISEA, conforme estabelece a Lei que regulamenta o SUS.

## **2 *TEORIA FEMINISTA E GÊNERO: uma interlocução com os direitos reprodutivos***

O presente capítulo visa a apresentar uma reflexão teórica acerca da interlocução entre a teoria feminista, a categoria gênero e a conformação dos direitos reprodutivos. Para tanto, pretende estabelecer uma articulação crítica entre a teoria feminista, a categoria gênero e como essa categoria aparece no campo dos direitos reprodutivos. Dessa forma, busca situar em que medida o desenvolvimento dos direitos reprodutivos relacionam-se com o desenvolvimento do conceito de gênero, problematizando as categorias analíticas que fundamentam tais direitos.

### **2.1 Teoria feminista e gênero**

Para situarmos historicamente a trajetória das teorias feministas e do conceito de gênero utilizaremos a cronologia histórica que comumente chamamos de ondas do feminismo. Vale salientar que as bandeiras políticas e os conceitos situados em tais ondas não se remetem a uma repartição histórica estanque nas décadas que se situam. As bandeiras e perspectivas que se apresentavam, ainda no início do século XX, podem se inter-relacionar contemporaneamente com diversas lutas dos movimentos feministas, a partir das realidades vivenciadas por homens e mulheres.

Primeiramente, é necessário explicitar que o feminismo se constitui em um movimento social com atuação política e intervenção na produção do pensamento social, que visa a romper com a sujeição das mulheres às formas de opressão e discriminação produzidas culturalmente (NARVAZ e KOLLER, 2006).

A primeira onda do feminismo é situada entre o final do século XIX e início do século XX. Esse primeiro momento significou uma notável mobilização do continente Europeu e na América do Norte, nos quais as lutas do movimento feminista eram direcionadas para a ideia de igualdade no que se refere à constituição dos direitos legais remetidos à noção de cidadania, como por exemplo, o direito a votar e ser votada (PISCITELLI, 2009).

Lourdes Bandeira (2000) situa a primeira onda do feminismo entre as décadas de 50 a meados de 1960, e aponta que a atuação política das mulheres dessa época no Brasil também estava direcionada para a luta “pelo direito à educação, na conquista do

voto e outras mais incisivas defendiam a independência econômica, ou seja, o direito e o livre acesso ao trabalho” (p.19).

No Brasil, só em 1934, a Constituição brasileira admitiu o princípio da igualdade entre os sexos no que se refere ao direito ao voto feminino e algumas garantias no âmbito dos direitos trabalhistas para as mulheres (BANDEIRA, 2000).

No campo da produção teórica, Adriana Piscitelli (2009) ressalta que durante a primeira onda, duas autoras destacaram-se no questionamento do “status” de naturalidade atribuído à subordinação das mulheres, dando contribuições para a sua desconstrução e questionando os mecanismos que fundamentam sua manutenção.

A antropóloga norte americana Margareth Mead é a primeira delas. Sua pesquisa, publicada em 1930, contestou a ideia universal de classificação e diferenciação do pensamento predominante nas ciências sociais baseado na diferença sexual. Além disso, Margareth Mead problematizou as noções de feminilidade e masculinidade como fixas e invariáveis culturalmente, mostrando como elas variavam de uma cultura para a outra, baseando-se na perspectiva dos papéis sociais para visibilizar a existência da construção cultural da diferença sexual (apud PISCITELLI, 2009).

A segunda importante autora dessa época, a francesa Simone de Beauvoir, é precursora da segunda onda do feminismo, publicando, em 1949, sua significativa obra “O segundo sexo”, que aponta perspectivas importantes para desenvolvimento posterior do conceito de gênero.

Baseada em uma ideia de dominação masculina, Simone de Beauvoir irá explicitar que, para eliminar tal dominação era necessário mais do que a constituição de leis, fazia-se necessário enfrentar as normas sociais que alocavam as mulheres em condição inferior e impediam sua autonomia, construídas, a partir da educação, do casamento, da maternidade, do padrão de moralidade sexual e do acesso ao mercado de trabalho. De acordo com Adriana Piscitelli, Simone de Beauvoir fez importantes denúncias:

[...] a educação que preparava as meninas para agradar aos homens, para o casamento e a maternidade; o caráter opressivo do casamento para as mulheres, uma vez que, em vez de ser realizado por verdadeiro amor, era uma obrigação para se obter proteção e um lugar na sociedade; o fato de a maternidade não ser livre, no sentido que existia um controle adequado da fertilidade que permitissem às mulheres escolherem se desejavam ou não ser mães; a vigência de um duplo padrão de moralidade sexual aos homens; e, finalmente, a falta de trabalhos e profissões dignas e bem remuneradas que dessem



oportunidade às mulheres de ter real independência econômica (PISCITELLI, 2009, p.131).

É importante destacarmos que, tanto Margareth Mead, como Simone de Beauvoir desenvolveram teorias precursoras do conceito de gênero e que suas ideias vão se destacar mais na segunda onda do feminismo.

Segundo Lourdes Bandeira (2000), a segunda onda do feminismo se situa entre a segunda metade da década de 60 até 90. E no Brasil, a partir da década de 70, o feminismo se configura vinculado a uma produção acadêmica de tradição francesa e norte-americana, e à militância política dos movimentos sociais e Organizações Não Governamentais. A autora ressalta ainda que, nesse contexto, o feminismo “legitimou-se como movimento social mais amplo, pois trazia no seu bojo a possibilidade de ruptura com muitas fronteiras culturais e morais estabelecidas” (BANDEIRA, 2000, p. 28).

Adriana Piscitelli (2009) aponta que essa época é marcada pelo questionamento das desigualdades referentes aos direitos e, ao mesmo tempo, das raízes culturais dessas desigualdades. De acordo com a autora, nesse período, as feministas trabalharam em diversas frentes:

Criaram um sujeito político coletivo, as mulheres, e tentaram viabilizar estratégias para acabar com a sua subordinação. Ao mesmo tempo, procuraram ferramentas teóricas para explicar as causas originais dessa subordinação e trabalharam, recorrentemente, com uma série de categorias e conceitos fundamentais, sobretudo os de mulher, opressão e patriarcado (2009, p. 133).

No campo teórico, os estudos iniciais buscavam dar visibilidade às situações vivenciadas pelas mulheres, e, denunciar a invisibilidade feminina na ciência, nas artes, nos espaços de protagonismo político. Configuravam-se como estudos descritivos sobre a condição social das mulheres e mantinham o caráter político do feminismo, como afirma Guacira Louro: “Assumia-se, com ousadia, que as questões eram interessadas, que elas tinham origem numa trajetória histórica específica que construiu o lugar social das mulheres e que o estudo de tais questões tinham (e tem) pretensões de mudança” (1997, p. 19).

Para Lourdes Bandeira, essa foi a principal ruptura do feminismo dessa época, “que consistiu em retirar as mulheres da invisibilidade social, de torná-las visíveis e partícipes; de descortinar a sua história, negando reconhecer o mundo como patriarcal e androcêntrico [...]” (2000, p.29).

Neste contexto, surge um campo de conhecimento com carácter científico e político que traz a mulher como sujeito e objeto dos estudos, principalmente no campo das ciências sociais, que conformou a categoria mulher (BANDEIRA, 2000).

Adriana Piscitelli aponta que a categoria mulher expressa uma visão na qual “a opressão das mulheres está além de questões de classe e raça, atingindo todas as mulheres, inclusive as mulheres das classes altas e brancas” (PISCITELLI, 2009, p. 133). A autora ressalta, ainda, que nessa perspectiva as feministas afirmavam que o que as unia era maior do que o que as diferenciava, e, neste sentido, constituíam uma identidade que intercalava aspectos biológicos e sociais (PISCITELLI, 2009).

Linda Nicholson (2000) aponta que grande parte das produções feministas da segunda onda se basearam no que ela denomina de fundacionalismo biológico, ou seja, uma série de proposições que possuem uma base de determinismo biológico associado a um construcionismo social.

A autora indica ainda, que as produções sobre a categoria mulher situam-se no chamado feminismo da diferença, denominado assim por ressaltar as diferenças das mulheres em relação aos homens, resultando em um feminismo da uniformidade. Para a autora, “dizer que “as mulheres são diferentes dos homens desse ou daquele jeito” é dizer que as mulheres são desse ou daquele jeito” (NICHOLSON, 2000, p.28).

Além disso, a autora salienta, ainda, que mesmo afirmando que essa “forma de ser das mulheres” era socialmente construída, as feministas acabaram por refletir sua perspectiva enquanto mulheres brancas, de base europeia, o que provocou protestos das mulheres negras, lésbicas e da classe trabalhadora, as quais não se viram representadas nas histórias descritas (NICHOLSON, 2000).

Linda Nicholson (2000) afirma ainda que lacunas foram produzidas associadas ao uso da categoria mulher:

Em resumo, um feminismo da diferença, e o fundacionalismo biológico no qual ele se apóia, contêm, nas sociedades modernas de base europeia, elementos de verdade e de falsidade. Por serem sociedades que, em grande medida, percebem as genitálias feminina e masculina como binárias e também associam carácter a essas genitálias, as pessoas nascidas com genitália “masculina” estão propensas a serem diferentes, em muitos aspectos importantes, das pessoas nascidas com genitália “feminina”. [...] Assim, até mesmo quando a própria cultura associa o gênero a biologia, uma análise feminista que segue esses pressupostos fica incapaz de explicar aqueles que se desviam da norma (NICHOLSON, 2000, p. 31-32).

Ademais, de acordo com Linda Nicholson (2000) a categoria mulher desconsidera o corpo em suas especificidades, na medida em que este é tido como algo fixo e imutável. Desse modo, para essa categoria, todas as mulheres são fisicamente iguais, da mesma forma que todos os homens possuem as mesmas características.

Para a autora, essa noção de estabilidade corporal funciona para balizar o fundacionalismo biológico presente na categoria mulher. Nas palavras da autora,

Pressupor que a construção cultural do corpo funciona como uma variável que não muda através de diferentes trechos da história humana, e que se combina com outros elementos culturais relativamente estáticos para criar certos aspectos comuns na formação da personalidade através dessa história, denota uma versão muito significativa do fundacionalismo biológico (NICHOLSON, 2000, p. 28).

Apesar de apontar algumas lacunas no feminismo da diferença, principalmente no que concerne à base biológica que fundamenta algumas de suas perspectivas generalizantes sobre as mulheres, Linda Nicholson ressalta que essas proposições tiveram uma contribuição fundamental para o feminismo e o enfrentamento do sexismo:

Num nível coletivo, a necessidade de algumas se verem umas muito parecidas com as outras e diferentes dos homens tornou muitas coisas possíveis num certo momento da história. E o mais importante, tornou possíveis a revelação do sexismo, em toda sua profundidade e em sua disseminação, e a construção de comunidades de mulheres organizadas em torno da erradicação do sexismo. Essa atitude também continha alguns grandes pontos fracos, mas o mais notável é a tendência a erradicar as diferenças entre as mulheres (NICHOLSON, 2000, p.33).

Além da categoria mulher, o feminismo da segunda onda também se apoiou numa ideia de universalidade relacionada à opressão das mulheres, ancorada no patriarcado. Como ressalta Adriana Piscitelli:

Em termos de prática política, as feministas procuraram desvendar a multiplicidade de relações de poder presentes em todos os aspectos da vida social, nas esferas pública e privada. Em termos teóricos, elas trabalharam com uma ideia global e unitária de poder, o patriarcado, numa perspectiva na qual cada relacionamento homem/mulher deveria ser visto como uma relação política (2009, p.134).

Christine Delphy (2009) aponta que o patriarcado era designado a explicação de um poder universal masculino vinculado à autoridade incontestável do pai, que detinha o poder absoluto no contexto familiar – o pátrio poder.

De acordo com Adriana Piscitelli (2002), o que estava no cerne da questão era a ideia de dominação masculina universal:

As instituições patriarcais seriam aquelas desenvolvidas no contexto da dominação masculina. Como a dominação masculina estaria presente através do tempo e das culturas, poucas instituições poderiam escapar ao patriarcado. Tomando como ponto de partida a ideia de que os homens universalmente oprimem as mulheres, o pensamento feminista procurou explicar a forma adquirida pelo patriarcado em casos específicos (PISCITELLI, 2002, p. 6).

Adriana Piscitelli (2002) também aponta que no período que se estabelece a segunda onda constituiu-se um corpo de dados diversos sobre a condição social da mulher, propiciando-se um duplo movimento: o acúmulo e o aprimoramento das perspectivas acadêmicas orientadas pelo feminismo, e a contestação de vários conceitos e categorias em que o pensamento feminista se apoiava, a exemplo do uso do patriarcado como categoria de análise.

As críticas ao uso do patriarcado foram direcionadas à sua generalidade, como salienta Christine Delphy (2009, p.17): “[...] pode-se reprová-lo por universalizar uma forma de dominação masculina situada no tempo ou no espaço; ou então correr o risco de cair na falha inversa, de ser trans-histórico e transgeográfico”.

Adriana Piscitelli (2009) aponta ser, nesse cenário, que surge o conceito de gênero, a partir das inquietações de algumas pesquisadoras com os conceitos que o feminismo vinha utilizando, como mulher e patriarcado. Neste sentido, a categoria gênero surge como alternativa para a construção do pensamento sobre a realidade das mulheres de forma que “as situasse em relação com a totalidade da cultura e da sociedade” (PISCITELLI, 2009, p.136).

O conceito de gênero fora difundido, a partir da formulação do sistema sexo/gênero de Gayle Rubin. A autora explica que esse sistema consiste no “conjunto de arranjos pelos quais a sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e no qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (RUBIN, 1975, p.1). Gênero passa então a ser desenvolvido e utilizado como uma alternativa ao uso do patriarcado, e, ao longo do tempo, passa por inúmeras reformulações. No Brasil, a categoria gênero torna-se mais disseminada no final da década de 80.

As formulações de Gayle Rubin apontam um novo direcionamento para as teorias que visavam a explicar a diferenciação sexual até então produzida. Pode-se dizer

que houve uma ampliação na perspectiva de explicação, dando a gênero um “status” para a análise da diferenciação sexual mais completo do que o patriarcado. Segundo Adriana Piscitelli,

Ao formular essa proposta, Rubin insere-se numa linha de autoras que procuram afastar-se de recortes parciais tais como os desenvolvidos pelas feministas que se limitaram a analisar a realidade das mulheres, sem recorrer à totalidade dos sistemas culturais para explicar essas realidades [...] fica claro que esse foco nas mulheres é pensado como porta de entrada para compreender como operam as categorias através das quais são conformados os sistemas históricos de diferenciação sexual (2002, p. 10).

Gayle Rubin (1975) se apóia no conceito de circulação de mulheres apresentado por Levi-Strauss, como princípio de um sistema de parentesco que explicaria os modos nos quais as relações sociais organizam e produzem o gênero, construindo uma organização social que estabelece a subordinação das mulheres.

O direcionamento dado por Rubin para a formulação do conceito de gênero ressalta a necessidade de compreensão da totalidade para entender os complexos sistemas culturais, modificando o entendimento que a opressão estava balizada na diferenciação sexual, já que ela resultaria de relações sociais específicas.

A formulação do sistema sexo/gênero trouxe uma contribuição inegável para o pensamento feminista e os estudos de gênero. No entanto, é importante compreendermos que tal sistema se situa dentro de uma perspectiva construtivista e que o desenvolvimento do conceito realizado, principalmente, por teóricas feministas posteriores a Gayle Rubin vão ancorar a conformação do conceito na teoria pós-estruturalista.

Uma delas é Joan Scott (1990), que constitui seu pensamento sobre gênero na perspectiva pós-estruturalista, enfatizando a contribuição desta perspectiva para se compreender os significados dos processos que se estabelecem em uma cultura, pois ela apresenta uma maneira distinta de estudá-los enfatizando sua variabilidade, sua volatilidade a sua natureza política construída. Nas palavras de Joan Scott (1990, p.17),

Ao invés de atribuir um significado transparente e compartilhado aos conceitos culturais, os pós estruturalistas insistem em que os significados não são fixos no léxico de uma cultura, mas são dinâmicos, sempre potencialmente em fluxo. Seus estudos assim chamam a atenção para os processos conflitivos através dos quais o significado se estabelece, para as maneiras através das quais conceitos como gênero adquirem a aparência de fixidez, para as contestações às definições sociais normativas, e para as respostas à essas constatações – em outras palavras, para o jogo de forças presentes na construção e implementação do significado em qualquer sociedade: para a política.

Joan Scott (1990), ao iniciar sua elaboração do conceito de gênero, enfatiza a insuficiência do sistema de parentesco para estabelecer a construção do gênero, pois para ela, faz-se necessário incluir nessa construção aspectos concernentes ao mundo do trabalho, da educação e do sistema político. Segundo a autora, “o gênero é construído através do parentesco, mas não exclusivamente; ele é construído igualmente na economia e na organização política, que, pelo menos em nossa sociedade, operam atualmente de maneira amplamente independente do parentesco” (SCOTT, 1990, p.15).

Além desse aspecto, Joan Scott também tece uma importante crítica às perspectivas que buscam origens únicas para a opressão das mulheres, que fundamentam as explicações, situando as relações de poder expressas apenas por uma via, tais como o patriarcado e a categoria ‘mulher’. Segundo a autora, “Ao invés de pesquisar as origens únicas, devemos conceber os processos de tal modo ligados entre eles que não poderiam estar separados” (1990, p.14). Para isto, a autora ressalta ainda que:

Enfim, temos necessidade de substituir a noção de um poder social unificado, coerente e centralizado por qualquer coisa que esteja próxima do conceito foucaultiano de poder, entendido como constelações dispersas de relações desiguais, constituídas pelos discursos nos ‘campos de forças’ sociais (SCOTT, 1990, p. 14).

Com o objetivo de tornar gênero uma categoria pertinente para as análises históricas, Joan Scott desenvolve seu conceito de gênero baseado em duas perspectivas: uma metodológica, na qual gênero é parte das “relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos”, e outra teórica, que atribui à categoria gênero “um primeiro modo de dar significado às relações de poder” (1990, p.14).

Para delinear sua perspectiva metodológica, que serve como um arcabouço para se entender as relações de gênero, Joan Scott aponta que o gênero situa-se em quatro elementos: 1) os símbolos, produzidos na cultura como indicadores de representações significadas, a exemplo de Eva e Maria na tradição cristã ocidental, simbolizando a figura feminina; 2) os conceitos normativos, expressos nas doutrinas religiosas, educativas, políticas ou jurídicas que dão sentido a interpretações dos símbolos. Esses conceitos geralmente se apresentam de forma condicionada a estabelecer, através de uma posição binária fixa, o sentido do masculino e do feminino. Tais conceitos produziram, ao longo da história, posições dominantes, que se configuraram como as

únicas possíveis. Um exemplo disso é a reivindicação de algumas doutrinas religiosas de resgate do papel tradicional das mulheres; 3) a incorporação de uma noção política mais ampla que inclua instituições e organizações sociais, como o mercado de trabalho, a educação e o sistema político; e por fim, 4) a identidade subjetiva, onde deve-se considerar a análise histórica sob a qual as identidades de gênero são construídas e a sua relação com todo um conjunto de atividades, organizações e representações sociais historicamente situadas (SCOTT, 1990).

Na parte teórica do seu conceito, Joan Scott (1990) toma o gênero como a mola-mestra que conforma as relações sociais, utilizando a abordagem foucaultiana de poder para demarcar o caráter constitutivo do gênero. Segundo a autora,

[...] o gênero é um primeiro campo no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de dar eficácia a significação do poder no Ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas (1990, p.15).

Ainda nessa parte do seu conceito, Joan Scott (1990) aponta que implicitamente gênero toma um corpo de uma estrutura social natural, que serve para fundamentar as estruturas hierárquicas, nas sociedades cristãs e islâmicas, que estabelecem os aspectos de igualdade e desigualdade relacionada ao masculino e feminino.

Ao se referir sobre o seio das relações sociais políticas, Joan Scott aponta um aspecto essencial do seu conceito teórico: a denúncia da fundamentação das estruturas de poder na oposição binária masculino/feminino. Segundo a autora,

O gênero é uma das referências recorrentes pelas quais o poder político foi concebido, legitimado e criticado. Ele se refere à oposição masculino-feminino e fundamenta ao mesmo tempo seu sentido. Para proteger o poder político, a referência deve parecer certa e fixa, fora de toda construção humana, tomando parte da ordem natural ou divina. Desta maneira, a oposição binária e o processo social tornam-se ambos partes do sentido do poder ele mesmo; pôr em questão ou mudar um aspecto ameaça o sistema inteiro (SCOTT, 1990, p.18).

Já a filósofa, Judith Butler, também situada na perspectiva pós-estruturalista, aprofunda o conceito de gênero com base na problematização da categoria mulher e do caráter fixo/natural do sexo. Para a autora, o poder opera, desde a linguagem na construção do sexo e gênero. Para ela, gênero é “um estilo corporal, um ato (ou uma sequência de atos), uma estratégia que tem como finalidade a sobrevivência cultural, uma vez que quem não faz seu gênero corretamente é punido pela sociedade” (1990,

p.139-140, apud, SALIH, 2012, p.94). Além disso, o sexo seria tão construído quanto o gênero.

Sobre a construção do conceito de gênero baseada no caráter fixo e natural do sexo, Judith Butler (2003) problematiza a vinculação do gênero (como culturalmente construído) a sexo (como biologicamente dado), ressaltando que o sexo já é gênero desde sempre. Em análise sobre a frase de Simone de Beauvoir “a gente não nasce mulher, torna-se mulher”, a autora afirma:

Se, como afirma ela, “o corpo é uma situação”, não há como recorrer a um corpo que já não tenha sido sempre interpretado por meio de significados culturais; conseqüentemente, o sexo não poderia qualificar-se como uma facticidade anatômica pré-discursiva. Sem dúvida, será sempre apresentado, por definição, como tendo sido gênero desde o começo (BUTLER, 2003, p.27).

Judith Butler (1990), ao tecer sua crítica ao sistema fixo binário (homens/mulheres), afirma que o gênero não é dependente do sexo:

Supondo por um momento a estabilidade do sexo binário, não decorre daí que a construção de “homens” aplique-se exclusivamente a corpos masculinos, ou que o termo “mulheres” interprete somente corpos femininos. [...] Quando o *status* construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a conseqüência de que *homem* e *masculino* podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e *mulher* e *feminino*, tanto um corpo masculino como um feminino (p.25).

Nesta perspectiva, Judith Butler traz uma importante contribuição para o conceito de gênero:

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma (BUTLER, 2003, p.25).

A autora vai mais além ao afirmar que não se deve definir gênero como a interpretação cultural do sexo, não existindo a relação na qual, sexo está para a natureza, do modo em que gênero está para a cultura. Segundo ela: “O gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado (uma concepção jurídica); tem de designar também o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos” (BUTLER, 2003, p. 25).

Além disso, Judith Butler (2003) explicita que a normatização produz uma imbricação entre sexo, gênero e desejo “quando se entende que o sexo, em algum



sentido, exige um gênero – sendo o gênero uma designação psíquica e/ou cultural do eu – e um desejo – sendo o desejo heterossexual e, portanto, diferenciando-se mediante uma relação de oposição ao outro gênero que ele deseja” (BUTLER, 2003, p. 45). Assim, tal aspecto denota uma condição que exprime uma relação compulsória da heterossexualidade, considerada pela autora como uma heterossexualidade institucional que “exige e produz, a um só tempo, a univocidade de cada um dos termos marcados pelo gênero que constituem o limite das possibilidades de gênero no interior do sistema de gênero binário oposicional” (2003, p.45).

Assim, para Judith Butler (2003, p. 45) “a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino diferencia-se do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio de práticas do desejo heterossexual”.

Diante do exposto, nota-se que o conceito de gênero vem sendo aprimorado pelas teóricas contemporâneas, modificando-se em muito daquele pensado nas suas primeiras formulações. Como se percebe, tais modificações alteram várias perspectivas apontadas nessa breve aproximação com o pensamento feminista e os estudos de gênero, como aponta Adriana Piscitelli (2002) referindo-se às abordagens contemporâneas:

Contrapõem a ideia de fluidez à (relativa) fixidez do gênero ancorado em bases biológicas presente nas primeiras formulações de gênero; a noção de múltiplas configurações nas quais o poder opera de maneira difusa à ideia de dominação/subordinação universal das mulheres; a intersecção entre múltiplas diferenças e desigualdades ao privilégio da diferença sexual entendida como diferença entre homem e mulher (p.16).

Percebe-se que a teoria feminista adentra em uma nova conjuntura do seu pensamento que, somada ao acúmulo de informações sobre a diversidade de experiências femininas e à sofisticação das produções acadêmicas feministas, proporcionou rever os conceitos e categorias de explicação da desigualdade e de identidade política (PISCITELLI, 2009). É nesse contexto que se situa a terceira onda do feminismo.

A terceira onda se colocou como um meio para corrigir as lacunas deixadas pelo movimento feminista da segunda onda. É fortemente marcada por uma concepção pós-estruturalista, conforme apontamos anteriormente, questionando o padrão branco de classe média alta das feministas que privilegiavam perspectivas essencialistas.

Após essa breve interlocução com o transcorrer histórico do pensamento feminista, as categorias mulher e patriarcado, o surgimento do conceito de gênero e suas perspectivas mais contemporâneas, nos deteremos, a partir de agora a resgatar a luta política feminista pelos direitos reprodutivos, nacional e internacionalmente, e sua implementação no Brasil, através da política da saúde pública. Além disso, procuraremos problematizar as categorias analíticas que fundamentam os direitos reprodutivos, refletindo em que medida elas se articulam com o conceito de gênero.

## **2.2 Direitos reprodutivos e o conceito de gênero**

Abordar os direitos reprodutivos é revisitar uma trajetória de lutas dos movimentos feministas contra as formas de sujeição da vida das mulheres aos mais diversos ditames que nortearam o campo da sexualidade e da reprodução. Não obstante, as arenas enfrentadas pelas feministas tomaram uma dimensão de conquistas que configurou diversos instrumentos normativos, internacionais e nacionais, para expressão de um consenso necessário: a conformação dos direitos reprodutivos como direitos humanos.

No Brasil, os movimentos feministas foram responsáveis pelo combate às políticas autoritárias, coercitivas e impostas de controle da fecundidade das mulheres na década de 70, orientadas por organismos internacionais, sob a égide do controle da natalidade como necessárias para o desenvolvimento econômico de países “subdesenvolvidos”. Essa época foi marcada por ampla difusão de métodos contraceptivos, em especial dos métodos irreversíveis, como a laqueadura tubária, que atingiram, principalmente mulheres negras e pobres do Norte e Nordeste do Brasil (VENTURA, 2009).

É importante considerarmos o contexto histórico que antecedeu a década de 70, no que tange à reprodução, para compreendermos de forma mais próxima os enfrentamentos dos movimentos feministas.

As décadas de 50 e 60, período da guerra fria, envolvendo os EUA e a União Soviética, são marcadas pela disseminação do receio referente a uma explosão demográfica mundial. O autor José Alves (s/d, p. 22) aponta que “no contexto da Guerra Fria, as disputas ideológicas se concentraram em duas alternativas antagônicas: o controle da natalidade versus as políticas desenvolvimentistas”.

Nesse contexto, formuladores/as de políticas públicas, inspirados/as nas ideias de Malthus<sup>3</sup>, ignoraram os interesses individuais em nome da coletividade e passaram a defender a disseminação de técnicas contraceptivas amplas e sem controle pelos países (CORRÊA, ALVES E JANNUZZI, 2006).

Diante disso, entram na agenda política do movimento feminista, nacional e internacionalmente, questões como o direito à escolha e à liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos. Sob o lema, “nosso corpo nos pertence”, a luta do Movimento Feminista buscou (e tem buscado) romper com a sujeição das mulheres aos ditames da reprodução e das políticas mundiais de controle da natalidade (ÁVILA, 1993).

No campo da atuação política pelos direitos reprodutivos, Betânia Ávila elucida a agenda de reivindicações do movimento feminista da década de 70 no Brasil: “os temas iniciais do debate local foram aborto e contracepção, trazendo consigo a ideia de autonomia das mulheres para decidirem sobre suas opções reprodutivas e sexuais” (1993, p.384). A autora ainda destaca que a arena privilegiada para a luta por direitos no campo da reprodução foi a área da saúde, composta por vários elementos para a reflexão e reivindicações em relação à saúde da mulher:

o interesse e o questionamento acerca do saber e do poder médico; a emergência do discurso das mulheres sobre suas experiências corporais; uma crítica contundente à situação atual dos serviços de saúde; além do empenho em exigir do Estado uma maior eficácia no que se refere ao funcionamento do sistema de saúde (p. 384).

Como resultado da efervescência política feminista, desde a década de 70 no Brasil, em 1983 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incorpora pioneiramente as ações referentes aos direitos reprodutivos na política de atenção à saúde da mulher no Brasil, rompendo com o caráter coercitivo e controlista das ações, assim como com a restrita concepção maternoinfantil que as perpassavam.

Vale salientar que a criação do PAISM aponta para um avanço brasileiro, impulsionado pelo movimento feminista, no campo das discussões sobre saúde sexual e reprodutiva em relação aos demais países, já que as definições e recomendações internacionais pactuadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) só aconteceram na década seguinte.

---

<sup>3</sup> O reverendo Malthus atribuía a responsabilidade dos reflexos desiguais e excludentes do desenvolvimento capitalista às populações e justificava as dificuldades para ampliação do desenvolvimento econômico com a chamada explosão demográfica (ALVES, s/d).

As questões defendidas pelo movimento de mulheres ganharam espaço na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), promovida pela ONU no Cairo, em 1994.

O Brasil realizou ciclo de debates para consulta nacional à pré-conferência de Cairo, que ocorreu no mesmo ano da CIPD, organizado pelo Ministério das Relações Exteriores (MRE). Nesse espaço, os movimentos feministas foram imprescindíveis para a defesa dos princípios básicos da saúde integral das mulheres e dos direitos reprodutivos (PATRIOTA, 2006).

É importante destacarmos que os movimentos feministas brasileiros estavam protagonizando as discussões relacionadas aos direitos reprodutivos, como direitos humanos das mulheres, e ainda, que o nível do debate no Brasil estava resultando em políticas para as mulheres que contemplavam os princípios relacionados aos direitos reprodutivos.

Neste sentido, em Cairo, diversos países discutiram sobre população, desenvolvimento econômico sustentável e direitos reprodutivos, baseados nos seguintes objetivos e metas:

“crescimento econômico sustentado no contexto de um desenvolvimento sustentável; educação, especialmente para moças; equidade e igualdade dos sexos; redução da mortalidade materna, de bebês e crianças e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, de inclusive de planejamento familiar e saúde sexual (CIPD, 1994, apud, BRASIL, 2006, p.41).

A CIPD é considerada o marco nas definições internacionais sobre os direitos reprodutivos. As definições dessa conferência expressaram um acúmulo, a partir de uma série de discussões iniciadas em 1974, na Conferência Mundial de População, ocorrida em Bucareste, e ainda, na Conferência Internacional sobre População que ocorreu no México, em 1984. São 20 anos de debate sobre população, desenvolvimento econômico, problemas demográficos, que passaram por diversas perspectivas no campo reprodutivo, para que, em Cairo, se passasse a inter-relacionar população, desenvolvimento sustentável, progressos na educação, situação econômica e emancipação da mulher, como aspectos consideráveis para incorporar os direitos reprodutivos como direitos humanos (CIPD, 1994).

Mais do que as anteriores sobre população, a Conferência de 1994 recebeu explicitamente um mandato mais amplo sobre questões de desenvolvimento, o que reflete a crescente tomada de consciência de que população, pobreza, sistemas de produção e de consumo e o meio

ambiente estão tão intimamente inter-relacionados que nenhum desses aspectos pode ser analisado isoladamente (CIPD, 1994, P.39).

Como aponta os seus objetivos e metas, em Cairo, os direitos reprodutivos foram associados fundamentalmente a área da saúde e educação. Na saúde, definida como saúde reprodutiva, a CIPD estabeleceu o seguinte:

Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer.

Neste sentido, a CIPD incorporou as demandas dos movimentos feministas, nas quais a saúde integral para as mulheres e a garantia da liberdade e direitos no campo da reprodução eram consideradas fundamentos dos direitos reprodutivos. No entanto, vale salientarmos que a CIPD não utiliza o termo gênero como perspectiva para romper com as construções históricas que desvalorizaram as mulheres. O documento final da CIPD só menciona a palavra gênero como prefixo de masculino e feminino.

No que tange à sua filiação teórica e epistemológica, fica perceptível que as discussões que envolveram os direitos reprodutivos na CIPD foram ancoradas nos binarismos balizados nos aspectos biológicos como fixos. Assim, é possível afirmarmos que a perspectiva que embasou as construções do documento final da CIPD está mais próxima do que se defende na conceituação da categoria mulher, como fica perceptível no princípio 4 do citado documento (1994, apud, BRASIL, 2006, p. 42-43),

O progresso na igualdade e equidade dos sexos, a emancipação da mulher, a eliminação de toda espécie de violência contra ela e a garantia de poder ela própria controlar sua fecundidade são pedras fundamentais de programas relacionados com população e desenvolvimento. Os direitos humanos da mulher e da menina são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. A plena e igual participação da mulher na vida civil, cultural, econômica, política e social, nos âmbitos nacional, regional e internacional, e a erradicação de todas as formas de discriminação com base no sexo são objetivos prioritários da comunidade internacional.

Ademais, percebe-se uma forte tendência ao reforço da heteronormatividade associada à igualdade de gênero estabelecida na CIPD, como podemos observar no princípio 9 da Plataforma de Ação do Cairo:

A família é a unidade básica da sociedade e, como tal, deve ser fortalecida. A família tem o direito de receber proteção e apoio totais. Em diferentes sistemas culturais, políticos e sociais, há várias formas de família. O casamento deve ser nelas incluídos com o livre consentimento dos futuros cônjuges, e *marido e esposa* devem ser parceiros iguais (grifos nossos) (1994, apud, BRASIL, 2006, p. 43).

Um ano após a CIPD, aconteceu em Pequim a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, também realizada pela ONU, que definiu a saúde reprodutiva das mulheres como sendo:

Um estado de bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e suas funções e processos, e não a mera ausência de enfermidade ou doença. A saúde reprodutiva, implica, assim, a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem risco, a capacidade de procriar e a liberdade para decidir fazê-lo ou não fazê-lo, quando e com que frequência (CIPD, 1994, apud, BRASIL, 2006, p.178).

De acordo com Maria Vlotti (2006), a plataforma de ação pactuada em Pequim trouxe contribuições mais aprofundadas ao debate sobre os direitos das mulheres, pois “consagrou três inovações dotadas de grande potencial transformador na luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher: o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade” (p.149).

Sobre o enfoque de gênero adotado nessa Conferência, encontramos-lo expresso dentre os objetivos da seguinte forma:

3. A Plataforma de Ação enfatiza que as mulheres compartilham problemas comuns, que só podem ser resolvidos pelo seu trabalho conjunto e em associação com os homens, para alcançar em todo o mundo o objetivo comum da igualdade de gênero. A Plataforma respeita e valoriza a total diversidade das situações e condições em que se encontram as mulheres, e reconhece que algumas enfrentam barreiras especiais que dificultam sua participação plena e em pé de igualdade na sociedade.

Nota-se o quão se faz presente a perspectiva da categoria mulher ancorada no fundacionalismo biológico que identifica traços comuns a todas as mulheres. Além disso, a perspectiva de gênero adotada não é de ruptura com as construções culturais

que hierarquizam e definem diferenças entre homens e mulheres, mas a de sustentação das construções fixadas no aspecto biológico dos corpos, enfatizando-se a necessidade de acordo entre mulheres e homens para enfretamento dos problemas construídos. Neste sentido, gênero é tratado em Pequim como sinônimo de homem e mulher, e sua vinculação epistemológica está mais próxima do fundacionalismo biológico, apontado anteriormente.

Quase uma década depois do resultado das conferências internacionais, o Brasil transforma a sua intenção inicial relacionada à saúde da mulher, expressa no PAISM, em política pública mais ampla. Assim, em 2004, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que estabelece,

num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate a violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004b, p.5).

A PNAISM menciona a intenção de adotar o enfoque de gênero na aplicabilidade dos seus princípios e diretrizes, e percebe-se que este se situa na perspectiva de gênero apontada por Gayle Rubin (1975), na qual sexo está para a natureza, como gênero está para a cultura: “Gênero se refere ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher” (PNAISM, 2004, p.12).

O documento final do Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que objetivou a “Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014”, reafirmou o posto na defesa dos direitos reprodutivos em Cairo, e novamente enfatizou a perspectiva binária reificada nas abordagens de gênero.

Reafirmando también que la voluntad política y la determinación de los países de América Latina y el Caribe de garantizar en cada decisión el ejercicio pleno de los derechos humanos se realiza sobre la premisa de dotar a las personas para que sean ellas mismas las protagonistas del cambio, por lo que se debe facultar a las personas mayores, eliminando los obstáculos que atentan contra la igualdad entre hombres y mujeres, de modo tal que cada persona tenga la capacidad de ejercer el pleno poder de tomar sus propias decisiones [...] (2013, p.10).

A contemporaneidade dessa conferência mostra que a centralidade das ações dos direitos reprodutivos continua situada na perspectiva dual embutida em boa parte das concepções de gênero. Tal perspectiva é aprofundada nos documentos oficiais no Brasil, específicos para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, como observamos na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos,

O documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” apresenta as diretrizes do Governo para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos (as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar (BRASIL, 2005b).

Neste sentido, podemos afirmar que a perspectiva dos direitos reprodutivos apontada internacionalmente tem sua matriz conceitual e epistemológica ancorada na categoria mulher a qual possui sua base no fundacionalismo biológico que reproduz noções essencializantes e dicotômicas. Já a perspectiva apontada pela PNAISM se aproxima das primeiras formulações do conceito de gênero, nas quais o sistema sexo/gênero, natureza/cultura, se fez predominante, não se afastando também do fundacionalismo biológico.

Ao avançarmos para as contribuições teóricas da terceira onda do feminismo, que propõem uma desconstrução do conceito de gênero, percebemos uma distância significativa entre essa perspectiva e as concepções de gênero presente nos direitos reprodutivos.

O primeiro aspecto que passa a ser questionado por essas produções da terceira onda é o caráter fixo/biológico do sexo e a perspectiva binária que permeia o conceito de gênero. Como vimos, a perspectiva binária está presente em todos os documentos norteadores dos direitos reprodutivos, tanto nacional como internacionalmente.

Joan Scott (1990), em relação à perspectiva binária, aponta que os conceitos normativos, baseados na oposição binária de gênero (a fim de afirmar os sentidos do masculino e do feminino), lançaram a rejeição ou repressão de outras possibilidades alternativas, produzindo sempre posições dominantes como consensuadas socialmente. Para a autora, “o desafio da nova pesquisa histórica é fazer explodir essa noção de fixidez, é descobrir a natureza do debate ou da repressão que produzem a aparência de uma permanência eterna na representação binária do gênero” (SCOTT, 1990, p.15).



Nesta perspectiva, Judith Butler (2003) enfatiza que ao possibilitarmos o caráter independente do gênero ao sexo, é possível concebermos que mulheres e feminino podem significar, tanto um corpo masculino, como um feminino.

Neste sentido, no que tange às contribuições pós-estruturalistas para a construção do conceito de gênero, percebe-se a não proximidade dos direitos reprodutivos a esta perspectiva. Tal afirmação pode ser exemplificada no que chamamos de lacunas de tais direitos frente às contribuições pós-estruturalistas da terceira onda do feminismo.

Uma dessas lacunas se refere à transição dos corpos. Como vimos, nos direitos reprodutivos não se concebe pensar em corpos femininos que significam homens ou mulheres, pois a noção de corpos é tomada na essência fixa e imutável. Tal situação no contexto contemporâneo apresenta uma desconexão desses direitos para pessoas trans, por exemplo, que rompem com o caráter essencialista do sexo, e tornam o gênero totalmente independente deste.

Para ilustrar esta proposição, nos remeteremos ao caso de Thomas Beatie<sup>4</sup>. Thomas é um transhomem que possui uma relação estável com uma mulher. Ao sentirem a vontade de ter um/a filho/a, decidiram que Thomas geraria sua primeira filha, Susan Beatie. Thomas estarreceu o mundo ao ser o primeiro homem a engravidar.

Neste caso, Thomas não é biologicamente homem, mas assume a identidade de gênero masculina e se submeteu a todas as mudanças hormonais necessárias a sua transexualização, optando por não retirar seu aparelho reprodutivo feminino. Assim, como transhomem, Thomas pode optar por uma gestação. Fica aqui a questão: da forma como está colocada a perspectiva de gênero no arcabouço conceitual dos direitos reprodutivos, como incluir a vivência de gênero de Thomas no rol das políticas públicas?

Outra lacuna que pode ser apontada no campo dos direitos reprodutivos é o seu fundamento em normatizações que fortalecem a reprodução como aspecto inerente à condição feminina. Os aspectos que envolvem a reprodução são majoritariamente atribuídos às mulheres. Para estas, além da responsabilização referente à contracepção, estão destinadas a todas as obrigações e determinações oriundas de uma gravidez, desejada ou não desejada. Tal situação cultural e histórica de ônus exclusivo para as

---

<sup>4</sup> Thomas Beatie é um americano legalmente homem desde 2002. Ver mais em: <http://oglobo.globo.com/blogs/pagenotfound/posts/2012/03/08/primeiro-homem-gravido-curte-familia-mas-sofre-isolamento-435184.asp>. Acesso em: 13/12/2014.

mulheres, somada a condição de criminalização e risco à saúde das mulheres decorrente do aborto, demonstra uma conjuntura de extrema desigualdade de gênero. Como aponta Elisabete Pinto (2002, p.33):

Por ora, podemos afirmar que os estudos até agora realizados sobre o aborto, restringiram-se à população feminina, sem dúvida, em função da gravidez e do aborto ocorrem no corpo feminino. Todavia, a ocorrência e o impacto do aborto na vida das mulheres são resultado de uma cultura construída por mulheres e homens, inseridos num determinado contexto histórico-social.

Diante das reflexões expostas, podemos questionar: será que a desconstrução dos binarismos e o rompimento com as normatizações baseadas no caráter biológico dos corpos podem contribuir para romperem com a organização hierárquica e desigual de gênero? E seguindo esse raciocínio, se passássemos a pensar a reprodução sem dividi-la entre corpos binários, será que algumas das demandas específicas da sujeição dos corpos das mulheres não seriam sanadas pela construção de uma cultura de responsabilização geral dos indivíduos envolvidos na reprodução?

Miriam Ventura (2009) salienta que o mais importante aspecto da definição dos direitos reprodutivos é que eles se constituem enquanto direitos humanos. Para a autora, “os direitos humanos correspondem aqueles direitos que devem ser garantidos a todos os seres humanos, independente de sexo, raça, origem ou qualquer outra condição.” (VENTURA, 2009, p.35). E neste sentido, indagamos: será que os direitos reprodutivos cumprem o seu papel enquanto direitos humanos? Se pensarmos a singularidade das pessoas trans e sua invisibilidade para o campo dos direitos reprodutivos é possível afirmar o seu caráter de direito humano?

Nesta perspectiva, é possível inferirmos que uma aproximação maior dos direitos reprodutivos com as formulações contemporâneas do conceito de gênero poderia possibilitar a superação de algumas lacunas percebidas e, neste sentido, a real ampliação da perspectiva de tais direitos como direitos humanos de todas as pessoas.

Mesmo detectando tais lacunas, é importante salientarmos que nossa reflexão ressalta a importância dos direitos reprodutivos na conjuntura social contemporânea, salientando que seus impactos são tão imprescindíveis que devem ser ampliados e aprimorados

Neste sentido, é importante destacarmos que mesmo o Brasil possuindo um rico instrumental legal com princípios que dialogam no sentido de assegurar a efetivação dos direitos reprodutivos, segundo Idalina Santiago (2011, p.91), “ainda resta um longo

caminho a trilhar para a real efetivação desses direitos em todo o país”. De acordo com Ventura:

Existem fronteiras políticas para serem vencidas para implementação e efetivação de determinados direitos, em particular, aqueles que dependem de políticas públicas para sua realização, como os relacionados ao direito à saúde, à educação, ao trabalho, segurança pública e outros. Pode-se concluir que para a efetivação de direito, é necessário, além das garantias legais, as garantias sociais e políticas, e todas elas devem ser construídas e propiciadas por meio de estratégias integradas e múltiplas (VENTURA, 2009, p.60).

Por fim, cabe demarcar que a discussão apresentada é pretensa apenas para lançar o debate apontado, ressaltando que sua intenção caminha no sentido da ampliação e fortalecimento dos direitos reprodutivos, no sentido de romper com estruturas tidas como naturais e fixas que fundamentam normatizações no âmbito de tais direitos e resultam em sua limitação, enquanto direitos humanos.

Com as aproximações deste capítulo podemos perceber como as teorias feministas e a construção do conceito de gênero foram importantes para denunciar e explicar como aconteceram (e acontecem) as construções culturais que justificaram coerções e discriminações ao longo da história baseadas no gênero. Além disso, foi possível estabelecer uma aproximação entre os direitos reprodutivos e o conceito de gênero, e diante disso entender a contribuição do conceito de gênero, em suas formulações contemporâneas, para garantia dos direitos reprodutivos como direitos humanos de todos/as.

### 3 **MÚLTIPLAS MULHERES QUE ABORTAM:** *perspectivas sobre o abortamento e o caso do ISEA*

A temática do aborto é perpassada por várias tensões em vários países do mundo, que envolvem aspectos éticos, morais, religiosos, relações étnica/raciais e de gênero. Muitos setores da sociedade intervêm nas normatizações referentes ao aborto, considerando fatores relacionados a dogmas, doutrinas, crenças, entre outros, que dizem respeito a grandes instituições que ao longo da história adentraram nas dinâmicas sociais, a fim de moldá-las sob seus preceitos.

Essas instituições, a exemplo da Igreja Católica, da ciência, do direito, entre outras, produziram, através dos seus discursos, ao longo dos séculos XVIII, XIX, XX até os dias atuais, a construção de gênero que relaciona ao feminino a ideia do amor materno, do instinto maternal, da sensibilidade, da dedicação, obediência e submissão aos homens, entre outras (CAVALCANTE e BUGLIONE, 2008).

Neste sentido, a temática do aborto expressa tensões entre os direitos reprodutivos das mulheres e esses discursos produzidos e disseminados por setores conservadores das sociedades.

Do lado dos direitos reprodutivos estão os movimentos feministas e de mulheres, que buscam apresentar a discussão sobre o aborto como uma problemática referente à saúde pública, reivindicando o aspecto de autoridade das mulheres sobre seus corpos e a necessária legalização dessa prática, com as devidas implementações de serviços seguros para a concretude da saúde reprodutiva. Essa defesa não segue a via do aborto como ação contraceptiva, mas o enfrentamento aos alarmantes números de mortes decorrentes do abortamento inseguro. Para as feministas, a criminalização do aborto expressa uma intersecção de violações dos direitos das mulheres, no que tange à raça/etnia, classe social e gênero (CFEMEA, 2011).

As feministas reverberaram suas demandas no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), que reconheceu, a partir do Ano Internacional da Mulher em 1975, que as desigualdades de gênero possuíam implicações nos setores econômicos e políticos para as nações (PINTO, 2002).

No âmbito da ONU, a defesa dos direitos reprodutivos sob as argumentações dos movimentos feministas enfrentaram vários entraves para serem consensuadas pelos países membros da ONU, durante as Conferências que versaram sobre tais direitos.

Exemplo disso foi o Relatório final da CIPD que expressou nitidamente que o mais emblemático desses entraves foi a questão do aborto, na medida em que vários países fizeram ressalvas relacionadas ao parágrafo que trata sobre o aborto na perspectiva dos direitos reprodutivos, fundamentando-se nos preceitos religiosos dogmáticos, não aparecendo no relatório final indicações mais nítidas sobre a legalização do aborto, por exemplo.

No Brasil, o aborto só é permitido em casos de risco de vida da gestante, anencefalia fetal e gravidez resultante de estupro. Para as demais situações, o ato de provocar o abortamento é criminalizado. Sabe-se que tal configuração não se relaciona com a diminuição do número de casos de abortamento, na medida em que esta prática se apresenta como uma alarmante causa de morte de mulheres. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2012<sup>5</sup>, o aborto apareceu como a 3ª causa de morte materna no país.

Diante desse universo de tensões e inseguranças para a vida das mulheres, no qual se situa o aborto, trataremos neste capítulo sobre esta temática, baseando-nos na argumentação deste enquanto um grave problema de saúde pública no Brasil, além de adentrarmos na realidade do aborto no nosso campo de investigação, que é o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA), maternidade de referência na atenção ao abortamento em Campina Grande e região circunvizinha. Para isso, o dividimos em três sub-tópicos: o primeiro irá apresentar algumas reflexões sobre o abortamento, conceituando-o e expondo algumas das perspectivas dos feminismos referentes a essa temática, bem como trará uma aproximação ao tratamento dado ao aborto nas conferências internacionais realizadas no âmbito da ONU, além das perspectivas apontadas pela PNAISM e pelos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres. O segundo trará a configuração do nosso campo de investigação, delineando sua conformação nos níveis de complexidade do SUS, bem como aspectos concernentes à caracterização do serviço e das/os profissionais que nele atuam. E por fim, o terceiro, no qual apresentaremos a incidência de abortamentos realizados nesse serviço, no período de 01/01/2014 e 30/06/2014, além de apontarmos reflexões sobre os prontuários analisados, relacionando-os com nossa análise sobre humanização na atenção ao abortamento no ISEA.

---

<sup>5</sup> Este é o ano mais recente que se encontrava disponível no sistema no momento da pesquisa. Ver mais em <<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>>.

### 3.1 Reflexões sobre o abortamento: conceitos e perspectivas feministas

As questões referentes à sexualidade e à reprodução só surgem na atuação feminista brasileira no final da década de 70, diante dos embates perpassados pela conjuntura do regime militar. O aborto, como tema político, só emerge no debate dos feminismos no Brasil em 1980, quando o corpo é tratado sob a perspectiva política e é reivindicada a autonomia das mulheres sobre ele, bem como sobre sua sexualidade. Neste sentido, o lema posto é “Nosso corpo nos pertence” (ÁVILA, 1993).

A conjuntura da ditadura militar, imposta ao país entre meados das décadas de 60 e 80, é marcada por profunda repressão política por parte do regime e seu enfrentamento pelos movimentos sociais que lutavam por liberdade, cidadania e delimitação do poder do Estado nesse período. Dentre esses estavam os movimentos feministas, compondo a arena das lutas sociais para reconstituição da democracia brasileira.

Nesse cenário, as contestações e reivindicações das feministas relacionadas ao aborto fizeram o enfrentamento aos setores mais diversos da sociedade, inclusive aqueles atores de oposição ao regime, situados nos setores de esquerda. Para Leila Linhares Barsted,

A luta pelo direito ao aborto no Brasil tem no seu cerne a radicalidade da contestação contra a interferência do Estado no corpo feminino, contra a disciplina moral e religiosa sobre este mesmo corpo por parte dos setores religiosos e contra o moralismo da sociedade em geral e dos setores de esquerda, em particular, que viam nessa questão do aborto um viés divisionista e pouco relevante socialmente (BARSTED, 1992, p.105).

As feministas participaram ativamente do debate dos movimentos sociais para a constituinte de 1988. A interferência do movimento de mulheres durante a constituinte ficou conhecido como o “lobby do batom”, e buscou refletir as demandas das mulheres no texto constitucional (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

A movimentação política das mulheres no contexto das elaborações da referida constituição, apesar de não terem modificado o “status” de criminalidade direcionado ao aborto, obteve uma conquista fundamental para a efetivação dos direitos reprodutivos no país, pois, através da atuação dos movimentos feministas, o texto constitucional não incorporou a expressão “garantir a vida desde a concepção” (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

Além da reivindicação sobre a autonomia corporal, o debate relacionado ao aborto pelas feministas também se centrou no argumento de proteção à saúde das mulheres, uma vez que “evidenciava-se a necessidade de fazer com que, através da legalização, as sequelas do aborto clandestino fossem eliminadas e a proteção à saúde da mulher fosse um valor maior do que a proteção a uma vida em potencial” (BARSTED, 1992, p. 105).

Como vimos anteriormente, no início da década de 80, as demandas dos movimentos feministas relacionadas à saúde das mulheres configuram-se no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, como uma ação pioneira na América Latina referente à implantação dos direitos reprodutivos (PINTO, 2002).

Outro resultado importante dessa movimentação política foi a inserção no texto da Constituição de 1988 do planejamento familiar, em seu artigo nº 226. A incorporação deste artigo representou um importante direcionamento para as ações referentes ao planejamento reprodutivo no país.

No contexto dessa efervescência política, os movimentos feministas brasileiros se inseriram, de forma estratégica, em debates internacionais sobre direitos humanos, uma vez que a nova constituição brasileira previa a ratificação de documentos internacionais dos quais o Brasil fosse signatário. Tal estratégia era pautada, objetivando pressionar o Estado brasileiro a ratificar tratados e convenções que garantissem a ampliação dos direitos das mulheres (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

Neste sentido, como já mencionamos, na década de 90, as proposições dos movimentos feministas tomam espaço no debate no âmbito das Nações Unidas, para direcionamento das políticas voltadas aos direitos reprodutivos dentre os países signatários da ONU. A Conferência do Cairo, ocorrida em 1994, e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, que ocorreu em Pequim, em 1995, são as mais importantes delas. Nestas, os direitos reprodutivos são tratados como direitos humanos e o abortamento é expresso como parte dos direitos reprodutivos das mulheres, devendo, portanto, ser assegurados pelos países.

A CIPD recomendou aos países membros que adotassem medidas necessárias à garantia da saúde reprodutiva das mulheres, incluindo ações relacionadas ao aborto como parte delas:

7.6 Todos os países devem o mais cedo possível e não depois de 2015, envidar esforços para tornar acessível, por meio de um sistema

primário de assistência à saúde, a saúde reprodutiva a todos os indivíduos em idades adequadas. A assistência à saúde reprodutiva, no contexto de uma assistência primária à saúde, deve incluir inter *alia*: aconselhamento, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento familiar; educação e serviços de assistência pré-natal, de parto seguro e de assistência pós-natal; prevenção e o devido tratamento da esterilidade; aborto como especificado no parágrafo 8.25, inclusive a prevenção do aborto e o tratamento de suas seqüelas [...] (1994, apud, BRASIL, 2006, p. 63).

O parágrafo 8.25 do relatório final dessa conferência trata especificamente sobre o aborto, e nele foram realizadas várias ressalvas por países que tencionaram a redação sobre o aborto baseados nos seus dogmas religiosos. Tal situação resultou em uma redação que aponta importantes indicações para disseminação do abortamento inseguro, como um grave problema de saúde pública, apesar de não indicar orientações específicas sobre a necessidade de alteração do “status” de criminalidade que perpassa o abortamento na maioria dos países do mundo<sup>6</sup>.

8.25 Em nenhuma hipótese o aborto deve ser promovido como método de planejamento familiar. Todos os governos e organizações intergovernamentais e não-governamentais são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro na saúde como uma preocupação de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, ampliando e melhorando os serviços de planejamento familiar. À prevenção de gravidezes indesejadas deve ser dada sempre a mais alta prioridade e todo esforço deve ser feito para eliminar a necessidade de aborto. Mulheres com gravidez indesejada devem ter pronto acesso a informações confiáveis e a uma orientação compreensível. Todas as medidas ou mudanças com relação ao aborto no sistema de saúde só podem ser definidas, no âmbito nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional. Em circunstâncias em que o aborto não contraria a lei, esse aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes de aborto. Os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser de imediata disponibilidade, o que ajudará também a evitar repetidos abortos (CIPD, 1994, apud, BRASIL, 2006 p. 77).

Em Pequim, foi reafirmado que “o aborto inseguro põe em risco a vida de um grande número de mulheres e representa um grave problema de saúde pública, porquanto são as mulheres mais pobres e jovens as que correm os maiores riscos” (DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995, apud, BRASIL, 2006, p. 179).

---

<sup>6</sup> Até 2009 apenas 47 países dos 192 signatários da ONU, implantaram leis liberalizantes para o aborto. Ver mais em: <<[http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/10/101007\\_abortolibera\\_pai.shtml](http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2010/10/101007_abortolibera_pai.shtml)>>.



Além disso, a IV conferência Mundial sobre a Mulher enfatizou a necessidade de os governos “considerar a possibilidade de rever as leis que prevêm medidas punitivas contra as mulheres que se tenham submetido a abortos ilegais” (DECLARAÇÃO E PLATAFORMA DE AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER, 1995, apud, BRASIL, 2006, p. 182).

Como podemos perceber, nas conferências, foram reconhecidas as intercorrências relacionadas ao aborto com um grave problema de saúde pública, no entanto, fica explícito que o aborto seguro depende das legislações dos países. É importante considerarmos que a magnitude da problemática relacionada ao aborto está diretamente relacionada com o caráter de clandestinidade, classe social e raça/etnia que o perpassam, propiciando sua insegurança. Para entendermos melhor essa relação é necessário definirmos os termos utilizados sobre o abortamento e nos debruçarmos sobre alguns dados que justificam a relação entre ilegalidade, classe social e raça/etnia, e o caráter de risco que perpassam o abortamento.

O termo aborto se refere ao produto que é eliminado na interrupção da gravidez, por isso, ao tratarmos sobre o ato de abortar, ou as intercorrências que se relacionam com a interrupção da gravidez, utiliza-se o termo abortamento, mas na maior parte da bibliografia sobre o tema é comum a utilização dos termos aborto e abortamento como sinônimos (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004).

A interrupção da uma gravidez pode ser provocada, quando a mulher utiliza algum meio externo para pôr fim à gestação, ou espontânea, quando por alguma ocorrência do próprio organismo da mulher há a expulsão do feto. A interrupção da gravidez é considerada aborto, quando ela se dá até a 20<sup>a</sup>-22<sup>a</sup> semana e com produto da gestação pesando menos que 500g (OMS, 2003; BRASIL, 2005a). De acordo com o autor, Ricardo Santiago (2011), apenas 30% das gestações terminam em abortos espontâneos. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) aponta que de 210 milhões de gravidezes que ocorrem anualmente no mundo, cerca de 46 milhões (22%) terminam em abortamento induzido.

Sobre a insegurança e segurança relacionada à prática do abortamento, a OMS define abortamento inseguro como sendo aquele “procedimento para terminar a gravidez indesejada realizado por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos” (OMS, 1992, apud OMS, 2003, p.12).

Já o abortamento seguro seria, obviamente, o contrário disso, aquele que “quando realizado por provedores de saúde treinados e com equipamento apropriado, técnica correta e padrões sanitários, o abortamento é um dos procedimentos médicos mais seguros” (OMS, 2003, p.14).

Evidentemente, o abortamento que é caracterizado como grave problema de saúde pública é o inseguro, já que “cerca de 13% das mortes relacionadas com a gravidez são atribuídas a complicações de abortamento inseguro” (OMS, 1998, apud, OMS, 2003, p.14). Para se ter uma ideia da magnitude do abortamento inseguro, a porcentagem apresentada pela OMS (2003) significa sessenta e sete mil (67.000) mortes anuais de mulheres no mundo.

Mas, globalmente, a distribuição entre abortos seguros e inseguros não é homogênea, há um aspecto que se relaciona com o nível de desenvolvimento dos países e a legalização da prática. De acordo com Aníbal Faúndes e José Berzelatto (2004, p.69),

Estimativas recentes das taxas de aborto de risco por região mostram que a incidência mais alta por grupos de 1.000 mulheres entre 15 e 49 anos de idade é observada na América Latina (26/1.000), seguida da África (22/1.000) e Ásia (11/1.000), esta última influenciada pela inclusão da China. Considerando-se as regiões dentro de cada continente, a taxa mais alta é encontrada na América do Sul (30/1.000), seguida de 29/1.000 na África Oriental 24/1.000 na África Ocidental e 20/1.000 na região centro-sul da Ásia. A taxa de aborto de risco nas regiões mais desenvolvidas é de somente 2/1.000.

Os autores apontam ainda que “os países desenvolvidos tem mais de 20% da população mundial, mas somente 5% dos abortos são de risco” (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004, p.68). Nota-se uma disparidade considerável entre a quantidade de abortos de risco nos países onde a prática é legalizada para os que criminalizam o aborto. Esses dados explicitam a relação entre legalidade e segurança na prática do abortamento, e ilegalidade e riscos à saúde das mulheres em decorrência do abortamento inseguro.

O caráter de ilegalidade ou a realização do aborto nas situações permitidas por Lei, mas onde os serviços de saúde não são adequados para a realização do mesmo, também causam, além do fator de mortalidade, grave risco à saúde reprodutiva das mulheres. A OMS (2003) aponta que o abortamento inseguro está associado a um alto

índice de morbidade<sup>7</sup>: “estudos indicam que, no mínimo, uma em cada cinco mulheres que tem abortamento inseguro sofre uma infecção do trato reprodutivo. Algumas destas são infecções sérias que levam à infertilidade” (1998, apud, OMS, 2003, p.14).

Mas o risco de impactos à saúde das mulheres não é o único aspecto relacionado com a ilegalidade do aborto. Os países em desenvolvimento são os mais numerosos dentre os países que criminalizam o aborto, e nestes, as mais atingidas são as mulheres jovens, pobres e negras (VILLELA e BARBOSA, 2011). Ou seja, a criminalização tem seus impactos mais acentuados, quando perpassada pelos fatores de classe e raça/etnia.

Nos países onde a prática é ilegal, as mulheres que possuem condições financeiras custeiam a sua realização em clínicas seguras, onde tem acesso a todo o aparato médico necessário para a realização do abortamento, tanto de recursos tecnológicos como de recursos humanos. Nesse caso, o caráter de ilegalidade não se relaciona diretamente com o risco à saúde das mulheres, existindo apenas o risco da penalização/criminalização. Já para as mulheres sem condições financeiras, as possibilidades de custeio da realização do abortamento de forma segura são bastante remotas, o que denota que as mulheres pobres e negras são mais suscetíveis à morbidade e risco de morte (OMS, 2003; PINTO, 2002).

Denota-se então que tal ilegalidade também é perpassada pelas categorias de raça/etnia, pois grande parte da população pobre, especificamente na realidade brasileira, é composta por negras/os. A autora Elisabete Pinto (2002) aponta que, apesar de haver um nítido recorte racial e étnico na realidade do aborto no Brasil, as pesquisas direcionadas a essa realidade não consideram este aspecto:

Agora perguntamos: existe uma peculiaridade na prática do aborto entre mulheres negras e brancas? Atualmente, é impossível responder a esta questão através de fontes secundárias produzidas no Brasil, e devemos acrescentar que, provavelmente, a maioria dos estudiosos na área da saúde e de outras áreas do conhecimento humano nem se fazem a mesma pergunta, acreditando não haver necessidade de estudos que pesquisem a existência de possíveis distinções. Tal atitude é, sem dúvida, reflexo da ideologia da “democracia racial”, difundida no Brasil (PINTO, 2002, p.33).

O Brasil é um dos países da América Latina que criminalizam a prática do abortamento. De acordo com o Código Penal brasileiro, o aborto é crime, exceto nas

---

<sup>7</sup> De acordo com Pereira (2004, p.10), por morbidade entende-se “a variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

situações de risco de vida da gestante, gravidez decorrente de estupro e gravidez de feto anencéfalo, sendo esta última uma conquista recente, aprovada em 2012, pelo Supremo Tribunal Federal (STF)<sup>8</sup>. Nas demais situações em que o aborto for praticado, poderá haver punição, não apenas para a mulher, caso ela provoque, mas também para quem realizar procedimentos abortivos. As penas variam de um a dez anos de prisão (BRASIL, 1940).

É importante destacarmos que o caráter de ilegalidade impede que se tenham dados concretos sobre a quantidade de abortos realizados no Brasil. Por se tratar de um crime, a clandestinidade impede que os governos sistematizem oficialmente dados diretos sobre o aborto. As estimativas que existem no país, hoje, são realizadas, a partir de fontes indiretas, como a quantidade de internações realizadas pelo SUS para realização do procedimento de curetagem pós-abortamento, ou, através de pesquisas populacionais. Essas fontes, apesar de demonstrarem que a prática do aborto é recorrente entre as brasileiras, não se aproximam da quantidade concreta de mulheres que realizam ou realizaram o aborto, pois muitas mulheres se sentem intimidadas a relatar a vivência do abortamento frente às leis punitivas do país (MENEZES e AQUINO, 2009, apud, VILLELA e BARBOSA, 2011).

Ricardo Santiago (2008) também aponta que no Brasil há muitas estimativas sobre a quantidade de abortos realizados, mas a fonte de dados que permite uma maior aproximação com a realidade é a relacionada ao número de atendimento no SUS para realização do procedimento de curetagem pós-aborto, apesar de excluir as mulheres que realizam o aborto e não procuram os serviços públicos de saúde ou que vivenciam o abortamento em clínicas clandestinas.

Neste sentido, dados do DATASUS evidenciam que a realização da curetagem pós-abortamento se configura como o segundo procedimento obstétrico mais realizado pelo SUS, e ainda, que as complicações pós-aborto são a quinta causa de internação no âmbito desse sistema (VILLELA e BARBOSA, 2011).

Pesquisa realizada pela OMS no Brasil de 2006 a 2008, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher do Governo Federal, e coordenada e supervisionada por instituições feministas, como o CURUMIM e o SOS CORPO, apontou que a condição de clandestinidade leva as mulheres à omissão da prática do aborto, bem como a sub-

---

<sup>8</sup> Decisão do Superior Tribunal Federal. Ver: [www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54](http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/verPeticaoInicial.asp?base=ADPF&s1=54&processo=54). Acesso em: 10/07/2014.

notificação dos casos de abortamento pelos serviços de saúde. De acordo com o relatório final da pesquisa,

Em geral, os abortos provocados são reportados pelas mulheres como abortos espontâneos. Nem todas as mulheres que experimentam complicações pós-aborto voluntário procuram atendimento hospitalar, seja por dificuldades no acesso aos serviços, por medo de serem discriminadas ou maltratadas pelos profissionais de saúde ou por temerem conseqüências criminais. No entanto, constata-se um alto índice de internações hospitalares na rede pública de mulheres com complicações relacionadas ao aborto. Constata-se uma média de 240 mil internações de mulheres com complicações de abortamento inseguro por ano na rede pública de saúde (OMS e BRASIL, s/d, s/p).

O grande índice de mulheres que buscam os serviços de saúde para a resolução de complicações pós-abortamento se dá devido a muitas mulheres se utilizarem de métodos completamente inapropriados para provocar o abortamento, que causam danos no presente e no futuro para a sua saúde reprodutiva:

A introdução de objetos no útero, a ingestão de substâncias cáusticas e outras tentativas domésticas de abortamento levam muitas vezes à expulsão incompleta do embrião ou da placenta, que causam infecção e podem provocar infertilidade e levar à morte (RADIS, 2012, p.13).

Pesquisa da Fundação Perseu Abramo (2010) constatou que a maioria das mulheres que assumiu ter abortado utilizou algum medicamento abortivo (39%), como o Citotec (misoprostol). As autoras Wilza Villela e Regina Barbosa (2011) explicitam que o misoprostol surgiu no Brasil na década de 80, como medicamento para úlcera estomacal, mas logo que se descobriram suas propriedades eficazes para indução ao aborto, este medicamento ganhou popularidade. Em 1991, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) proibiu sua circulação comercial no Brasil, alegando o seu uso para fins abortivos. Como se percebe na citada pesquisa, tal proibição não impede o uso do misoprostol de forma ampla e clandestina pelas mulheres.

Fica evidente que a ilegalidade do aborto no Brasil não impede a sua realização. As mulheres continuam recorrendo à prática do aborto em situações de gravidez indesejada. Mas como vimos anteriormente, o caráter de ilegalidade coloca em risco a vida e a saúde das mulheres. Os movimentos feministas no Brasil têm denunciado essa realidade,

O contexto de ilegalidade do aborto não afeta o número de abortos induzidos, porém impacta significativamente a segurança do procedimento. Soma-se ainda a pobreza, o acesso aos serviços de saúde e a qualidade da atenção obstétrica de emergência para que se

determine o risco de morte das mulheres. A criminalização do aborto e o estigma social que este implica são os fatores que mais determinam o risco de morte e de enfermidade (CFEMEA e CURUMIM, 2011, s/p).

Faz-se importante salientarmos que as mulheres recorrem ao aborto por inúmeras situações, mas nenhuma delas é relacionada ao aborto como prática contraceptiva. A vivência do abortamento é impulsionada por situações adversas na vida das mulheres para a continuidade de uma gestação. Narrativas contadas pelos autores Faúndes e Barzelatto (2004), indicaram esta perspectiva:

Essas histórias mostram claramente que, apesar das muitas diferenças de circunstâncias, o ponto comum é que todas as mulheres terminam por não encontrar outra alternativa que não seja interromper a gravidez. Na há dúvida de que ninguém escolhe fazer um aborto por gostar da experiência. Todas as mulheres que conhecemos e que fizeram aborto preferiam tê-lo evitado. Embora a maioria tivesse satisfeita com a decisão de abortar, e não tivesse arrependimento de tê-lo feito [...]. Vários outros autores, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, documentaram a mesma experiência (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004, p.39).

Em pesquisa realizada, a autora Elisabete Pinto (2002) apontou que a construção cultural das relações de gênero estabelece a responsabilidade da contracepção como exclusiva das mulheres, o que somado ao baixo conhecimento sobre métodos contraceptivos e dificuldade no acesso dos mesmos, favorece situações de gravidezes indesejadas.

A autora ainda aponta que, ao se depararem com a confirmação da gravidez, muitas mulheres não encontram aceitação por parte do parceiro, o que infere na ausência de apoio emocional e financeiro deste, e as leva a recorrer ao abortamento (PINTO, 2002).

Mas é importante considerarmos que além dos fatores que dizem respeito à vivência das mulheres e suas condições subjetivas, as falhas contraceptivas também interferem no processo de decisão pelo abortamento. Muitas mulheres são surpreendidas pelas falhas dos métodos, pois, como aponta a OMS (2003, p.12), “nenhum método contraceptivo é 100% eficaz”.

Diante de todas essas possibilidades de uma gravidez indesejada, somadas às construções históricas de gênero que estabeleceram responsabilidades unilaterais às mulheres no processo da reprodução, as feministas reivindicaram (e reivindicam) a legalização do aborto como forma de enfrentamento à desigualdade de gênero, de

classe, raça/etnia, ou seja, como pressuposto para obtenção da justiça social no cerne dos direitos reprodutivos (CFEMEA e CURUMIM, 2011).

Wilza Villela e Regina Barbosa (2011) ressaltam que a diferença relacionada ao direito no uso sexual e reprodutivo do corpo é a ênfase cultural fundamental das desigualdades de gênero, sendo necessária a liberdade ao uso dos corpos para as mulheres, da mesma forma atribuída aos homens, para que se possa atingir a igualdade de direitos.

Neste sentido, ao longo da década de 90, as reivindicações dos movimentos feministas foram principalmente relacionadas ao aborto como um direito das mulheres, ligadas a diversas problemáticas que o envolvem, dentre as quais destacamos as seguintes:

- direito ao aborto, defendido como um direito inerente à autonomia da vontade do indivíduo, quanto às questões que dizem respeito ao seu corpo;
- direito ao aborto, como proteção à saúde, argumentando-se que, através da legalização, as sequelas do aborto clandestino seriam eliminadas;
- direito ao aborto como um direito à saúde das mulheres em geral, e as de baixa renda em particular, por serem estas as maiores vítimas das sequelas do aborto clandestino;
- direito ao aborto, apoiado no avanço da ciência na detecção de anomalias fetais; questão do aborto articulada à implantação do programa de assistência integral à saúde da mulher;
- necessidade de desvincular o aborto de doutrinas religiosas, assumindo o Estado uma posição laica a esse respeito (SIMONETTI e CAVASIN, 1991, apud, PINTO, 2002, p. 56-57).

Diante da ausência de legalização ampla do aborto no Brasil, as mulheres feministas incorporaram no escopo das reivindicações a implantação de serviços de saúde adequados para a realização do aborto previsto em lei, bem como o enfrentamento aos setores conservadores da sociedade brasileira, que constantemente tentam cercear os direitos das mulheres sobre o seu corpo. Na atual conjuntura, fazem-se necessárias duas frentes de luta no que tange à questão do abortamento no Brasil, tanto a que se refere à legalização do aborto, como a que concerne à implementação de serviços adequados para realização dos tipos de abortamento já previstos em Lei, como aponta a autora Elisabete Pinto (2002):

Na realidade brasileira, as duas posições reivindicativas dentro dos movimentos feministas são necessárias, isto é, tanto a bandeira da descriminalização/legalização, como a bandeira gradualista, são importantes para análise do tema do aborto, para implementação de serviços, para superação de propostas conservadoras e de políticas

públicas racistas e machistas, que representam uma negação da autonomia da mulher (PINTO, 2002, p.57).

Neste sentido, no âmbito da formulação de políticas públicas voltadas para as mulheres, a movimentação feminista foi responsável por impulsionar formulações importantes no âmbito normativo e institucional. E a realidade do abortamento foi um dos principais pontos debatidos.

No que tange à implantação de serviços para realização do aborto previsto em Lei, apenas no final da década de 90, mais precisamente em 1999, o governo brasileiro implementa a normativa necessária para sua efetivação, com a publicação da Norma Técnica de Prevenção ao Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Esta norma consiste em mais um instrumento de efetivação da PNAISM no que tange à expansão de redes estaduais e municipais de atenção integral às mulheres voltadas ao atendimento em saúde das diversas formas de violência sexual. Para tanto, tal normativa se relaciona com a indicação da CIPD que orienta aos países a estruturar e treinar os serviços de saúde para assegurar que os abortos em circunstâncias legais sejam seguros e acessíveis (BRASIL, 2012b).

Mas, a implementação dos serviços para atendimento aos casos de aborto previstos em Lei não seguiram um ritmo eficaz de implementação. Em 2009, existiam no país apenas 60 hospitais cadastrados junto ao Ministério da Saúde, predominantemente nas regiões, sul e sudeste (VILLELA e BARBOSA, 2011).

A reivindicação da ampliação e melhoramento da qualidade dos atendimentos prestados para atenção ao abortamento legal tem sido uma demanda recorrente do movimento feminista junto ao Estado brasileiro.

No início da década de 2000, houve dois marcos importantes no que tange à implementação de políticas para as mulheres nos quais as feministas foram protagonistas. O primeiro deles foi a transformação do PAISM em política pública em 2004, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). O outro foi o início do ciclo de Conferências sobre políticas públicas para as mulheres<sup>9</sup>. Articularemos, a partir de agora, esses marcos com a temática do abortamento.

---

<sup>9</sup> As conferências são espaços democráticos de participação popular para o controle social e a construção de políticas públicas. Conformam o rol de instrumentos garantidos na Constituição de 1988 para o exercício do controle social e contam com participação paritária entre sociedade civil e gestoras/es públicas/os.



A PNAISM foi lançada associada ao Plano Plurianual do triênio 2004/2007, contendo metas e estratégias relacionadas às medidas orçamentárias do governo nestes anos. No entanto, a perspectiva histórica da luta das mulheres por atenção integral à saúde expressa nessa política não está vinculada a temporalidades orçamentárias, mas ao caráter de política pública que congrega os direitos reprodutivos conquistados pelas mulheres brasileiras, especificamente, os referentes ao campo da saúde sexual e reprodutiva.

Dividida em dois documentos, um referente aos princípios e diretrizes e outro relativo ao plano de ação, a PNAISM estabelece perspectivas norteadoras para as ações referentes à saúde das mulheres no Brasil. No que tange ao abortamento, esses documentos expressam perspectivas muito próximas às reivindicações feministas e à efetivação dos direitos reprodutivos no país, orientando ações para a efetivação de tais direitos no âmbito das políticas públicas brasileiras.

Dentre os princípios e diretrizes da PNAISM, percebemos uma perspectiva ampliada da saúde da mulher, não apenas relacionada à sua condição reprodutiva, mas considerando todos os ciclos de sua vida, seu contexto sócio-cultural, sua condição de gênero, etc. Dentre tais princípios destacamos os seguintes, entre outros:

- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade) (BRASIL, 2004b, p. 63-64).

O entendimento sobre a realidade do abortamento como um grave problema de saúde pública é expresso na PNAISM, na medida em que afirma que seus princípios e diretrizes “busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual” (BRASIL, 2004b, p. 5).

Além disso, a PNAISM ressalta que “o aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde” (BRASIL, 2004b, p.31).

A atenção ao abortamento também está expressa com um dos objetivos específicos dessa política, principalmente no concernente às situações em que esta prática acontece, trazendo risco à saúde e à vida das mulheres: “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes [...]” (BRASIL, 2004b, p. 69). Para atenção a esse objetivo específico, a PNAISM aponta algumas ações que devem ser implementadas, são elas:

- construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal;
- qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios;
- organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contra-referência;
- fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal;
- elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo;
- qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento;
- apoiar a expansão da rede laboratorial;
- garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
- melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna (BRASIL, 2004b, p. 69-70).

Nota-se que a noção que perpassa a atenção ao abortamento na PNAISM não é restrita apenas às que vivenciam as situações de abortamento legal, mas é mais ampla, abrangendo, principalmente, as mulheres em situação de risco.

É perceptível que a PNAISM consiste numa política pública fundamental para a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil. E neste sentido, os movimentos feministas têm realizado a defesa intransigente da sua implementação. Tal posição é expressa nas proposições das militantes feministas e demais representantes da sociedade civil nas três conferências nacionais de políticas públicas para as mulheres, realizadas até o presente, que resultaram nos Planos Nacionais de Políticas Públicas para as Mulheres (PNPM), atrelados aos Planos Plurianuais (PPA) das gestões governamentais.

Com relação às conferências de políticas para as mulheres, a primeira delas ocorreu em 2004, e de acordo com o movimento feminista,

O processo que culminou com a Conferência Nacional contou com a realização de mais de 2000 plenárias estaduais e municipais. Durante todas as atividades, os movimentos de mulheres e feminista estiveram presentes tentando construir, em conjunto, os sentidos das diretrizes para um Plano Nacional (CFEMEA, 2004, s/p).

No que tange aos direitos reprodutivos, a 1ª conferência de políticas para as mulheres deliberou os seguintes objetivos, expressos no I PNPM:

- I. Promover a melhoria da saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, em todo território brasileiro.
- II. Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres.
- III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- IV. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004c, 65).

Dentre as prioridades relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres está a de “Promover a atenção obstétrica, qualificadas e humanizadas, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras” (BRASIL, 2004c, p.66). Além disso, o I PNPM estabeleceu a meta de 5% para redução do número de complicações decorrentes do abortamento inseguro no âmbito do SUS (BRASIL, 2004c).

Na 2ª conferência nacional de políticas para as mulheres, que elaborou o II PNPM com proposições para os anos de 2008 a 2011, a efetivação das proposições do I PNPM foram avaliadas, onde se apontaram os avanços e insuficiências das ações

governamentais propostas para os anos de 2004 a 2008, dentre os quais destacamos os referentes à saúde reprodutiva e ao abortamento:

A avaliação do I PNPM apontou como principais avanços em direção à institucionalização da Política Nacional para as Mulheres e sua implementação: [...] criação da Comissão Tripartite para a Revisão da Legislação Punitiva contra o Aborto; [...] Esta mesma avaliação indicou como principais insuficiências que necessitam ser superadas: [...] a criminalização do aborto; [...] (BRASIL, 2008a, p.23).

É importante destacarmos que o projeto da comissão tripartite para revisão da legislação punitiva sobre o aborto não foi encaminhado para o congresso pela Secretaria de Política para as Mulheres, por motivo das pressões dos fundamentalistas religiosos. Tal proposta só foi apresentada, via movimentos feministas, em 2005, através de articulação com a deputada Jandira Feghali do Partido Comunista do Brasil (PC do B). Diante de novas ofensivas conservadoras, tal projeto encontra-se parado na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

No II PNPM, a atenção humanizada ao abortamento apareceu novamente dentre as prioridades das políticas voltadas para a saúde reprodutiva das mulheres: “3.4. Promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, especialmente entre as mulheres negras e indígenas, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna;”.

A 3ª conferência de políticas para as mulheres não realizou avaliação do período anterior e formulou proposições para os anos de 2013 a 2015. A não avaliação foi acordada pelas delegadas da conferência e não teve motivo expresso. As diretrizes previstas são para o plano plurianual de 2012-2015. Neste sentido, o III PNPM possui apenas capítulos com objetivos gerais e específicos, metas e linhas de atuação de cada política. Com relação ao abortamento, o referido documento expressa apenas a seguinte meta: “B. Disponibilizar e ampliar os serviços de atenção integral à interrupção da gravidez nos casos previstos em lei” (BRASIL, 2013, p. 32).

O reducionismo referente ao aborto expresso nesse documento é estarrecedor. Nele, a palavra aborto aparece apenas uma vez, e a palavra abortamento nem sequer é mencionada<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Fui delegada da sociedade civil representando o Estado da Paraíba na 3ª Conferência de Políticas para as Mulheres, que ocorreu em Brasília, em dezembro de 2011, e lá presenciamos um intenso debate levantado pelas feministas presentes sobre a defesa da incorporação, no documento final desta conferência, da necessidade do Estado brasileiro modificar a legislação punitiva referente ao aborto, legalizando a prática no país. Em votação esta proposta foi aprovada pela maioria das delegadas presentes, no entanto, ao analisarmos o PNPM resultado desta conferência, percebemos que a proposta

É importante considerarmos que esse foi o primeiro PNPM construído num governo que possui uma mulher à frente da presidência da república; devemos recordar que um dos principais argumentos contrários a sua eleição foi a falsa ameaça que ela representava a legalização do aborto no Brasil.

A cessão do primeiro mandato da presidenta às pressões conservadoras fundamentalistas que visam ao retrocesso dos direitos sexuais e reprodutivos ficou nítida no direcionamento dado por seu governo no referente à saúde da mulher, modificando a vinculação política ideológica que o Brasil pactuou nas diversas conferências da ONU e contradizendo a perspectiva para a saúde integral das mulheres proposta no último PNPM e na PNAISM, como um todo.

A perspectiva adotada em seu governo retrocede os direitos reprodutivos, dando surgimento a uma política mais focalizada no ciclo gravídico- puerperal, chamada de Rede Cegonha, instituída pelo governo brasileiro no âmbito do SUS, através da Portaria Nº 1.459, em 24 de junho 2011. Essa Rede é definida no artigo 1º desta portaria:

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que **visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério**, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c, S/P) (grifos nosso).

A Rede Cegonha é articulada de forma territorial por meio da pactuação dos municípios, Estados e governo federal, através de adesão a um ou mais dos seus quatro componentes, expressos no seu “Art. 6º: I - Pré-Natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação” (BRASIL, 2011c, S/P).

O “novo” modelo de atenção à saúde da mulher estabelecido por meio da Rede Cegonha é oposto à perspectiva da PNAISM, já que focaliza as ações na atenção maternoinfantil, conforme expressam os seus objetivos:

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011c).

O reducionismo referente aos direitos reprodutivos pautado na Rede Cegonha estabelece a institucionalização do retrocesso referente a tais direitos, como aponta Fátima de Oliveira: “A polêmica é no tocante aos pilares filosóficos (atenção integral à saúde da mulher) e políticos materializados na PNAISM, que remontam o PAISM (1985), primeiro registro, no Brasil, do conceito de integralidade na atenção em saúde, na era pré-SUS!” (OLIVEIRA, S/D, S/P).

Além disso, a Rede Cegonha é impulsionada pelo Governo, sob a justificativa de necessidade de redução da mortalidade materna até 2015, para atingir os objetivos do milênio<sup>11</sup>. Foram investidos R\$ 9, 397 bilhões do orçamento do Ministério da Saúde para implantar a Rede (CFEMEA, 2011). Por mais que haja a necessidade real de diminuição da mortalidade materna no Brasil<sup>12</sup>, o sentido focalizado que a Rede Cegonha assume desconsidera outros fatores que influem no alto índice de morte materna no país, um deles é o aborto inseguro.

Diversas feministas criticam o silêncio das diretrizes e ações dessa Rede quanto ao aborto no Brasil. Algumas apontam a rendição do governo atual aos ditames dos fundamentalistas religiosos, silenciando pautas da luta das mulheres, principalmente referente aos direitos sexuais e reprodutivos, em troca de alianças eleitorais. Fátima Oliveira salienta a incoerência do silêncio da Rede Cegonha em relação ao aborto: “A morte materna decorrente de um aborto inseguro também é conceitualmente considerada morte materna. A pergunta é: como será enfrentada tal morte? Ou ela é satanizada a tal ponto que nem merece atenção?” (OLIVEIRA, 2014, s/p).

Ao centralizar e valorizar a atenção à saúde das mulheres na gestação, parto e puerpério, a Rede Cegonha pode acentuar o estigma social direcionado às mulheres em processo de abortamento. Vale destacar que os julgamentos e as sentenças condenatórias às mulheres que abortam já ocorrem nos serviços, como salienta Rabay e Soares em pesquisa realizada em maternidades de João Pessoa-PB:

Além da prioridade médica e da ordem de chegada, o tempo de espera no atendimento ou para a realização do procedimento preconizado pode ser definido por outros fatores. Às vezes, é o compadrio que determina a ordem; em outros momentos, a prioridade é resultado de

---

<sup>11</sup> Estabelecidos pela ONU em 2000, a partir da análise dessa Organização acerca dos problemas mundiais, os objetivos do milênio são: 1) Acabar com a fome e a miséria; 2) Educação básica de qualidade para todos; 3) Igualdade entre sexos e valorização da mulher; 4) Reduzir a mortalidade Infantil; 5) Melhorar a saúde das gestantes; 6) combater a AIDS, a malária e outras doenças; 7) Qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8) todo mundo trabalhando pelo desenvolvimento. Ver: [www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/](http://www.objetivosdomilenio.org.br/objetivos/).

<sup>12</sup> O número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos foi de 64,8, no ano de 2011. Ver: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/C03.htm>.

juízos, cuja sentença é a espera e o menosprezo em relação à queixa (2008, p.46).

Fica evidente que o desafio do movimento feminista em relação às pressões contrárias à efetivação dos direitos reprodutivos das mulheres como direitos humanos é acentuado a cada dia.

Como se pode perceber, a década de 2000 foi de intensa articulação dos movimentos feministas em torno do debate sobre a implantação de políticas para as mulheres e também da crescente e influente participação das feministas nos espaços de decisão (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

Mas os feminismos vão além dos espaços institucionais de avaliação e constituição de políticas públicas. As mulheres feministas se movimentam entre as próprias mulheres, somando força para pulverização do debate referente à defesa de suas bandeiras. E no que se refere à defesa da laicidade do Estado e da legalização do aborto não foi diferente.

Em 2002, 5 mil mulheres participaram da Conferência de Mulheres Brasileiras, reunidas por diversas organizações feministas. Esse momento específico dos movimentos feministas resultou num documento chamado, Plataforma Política Feminista, onde se ressaltou a defesa do aborto legal e da autonomia das mulheres. De acordo com Cláudia Mayorga e Manoela Magalhães (2008, p. 161),

Nesse documento, é possível identificar a construção do argumento feminista para garantir a autonomia das mulheres no exercício de sua saúde reprodutiva, apontando como a criminalização da prática do aborto está profundamente associada a fundamentalismos religiosos que tem tentado interferir no Estado.

Outro importante desafio enfrentado durante a década de 2000, e que perdura aos dias atuais, foi a atuação feminista junto a parlamentares brasileiros a fim de enfrentarem as reações fundamentalistas conservadoras em relação à defesa da legalização do aborto. Bem como, a atuação junto a outros movimentos sociais e à sociedade em geral para mudança de consciência sobre a autonomia das mulheres que colaboram para reflexões sobre o tema (MAYORGA e MAGALHÃES, 2008).

Para os movimentos feministas, o cenário referente ao abortamento no Brasil, atualmente é de desafios, como apontam Beatriz Galli e Kauara Rodrigues (2011, apud, CFEMEA, 2011, p.5):

Atualmente vivenciamos um recrudescimento do conservadorismo e o aumento das tentativas de criminalizar a prática do aborto, as mulheres e @s profissionais que o realizam. Essa cruzada pela

criminalização se repercute no legislativo e judiciário, com prisões e constrangimento de mulheres que fizeram abortos ocorrendo em vários estados do país.

Neste contexto, levantamento noticiado pelo site Exame<sup>13</sup>, aponta que em 2014 cerca de 30 mulheres foram presas acusadas de provocar aborto em 22 capitais brasileiras, a maioria delas teve a denúncia feita pelos/as profissionais nos serviços de saúde que procuraram para atendimento pós-aborto. Mas, como se sabe, o contexto de criminalização não tem atingido somente as mulheres, no Estado da Paraíba uma senhora de 74 anos, Marlene da Silva Alves, foi presa em setembro de 2014 acusada de provocar aborto em outra mulher que veio a óbito em decorrência de abortamento inseguro. Não houve provas contra Dona Marlene, assim como em muitos casos não há provas se a mulher provocou aborto, no entanto ela foi presa e ficou fichada criminalmente.

Por fim, é importante salientarmos que os movimentos feministas e demais setores da sociedade presentes na 3ª Conferência de Políticas para as Mulheres ressaltaram a defesa intransigente da PNAISM para promoção dos direitos reprodutivos, bem como o fortalecimento da implementação dessa política pública para melhoria do nível da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, conforme expressam os objetivos específicos do capítulo 3 do citado PNPM:

- I. Fortalecer e implementar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM, considerando as mulheres em sua diversidade.
- II. Promover os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das mulheres em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações.
- III. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade das mulheres no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todas as fases do seu ciclo de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminações.
- IV. Promover a ampliação, qualificação e humanização das ações de atenção integral à saúde das mulheres na rede pública e privada.
- V. Contribuir para a redução da gravidez na adolescência (BRASIL, 2013, p.31).

Neste sentido, A PNAISM é delineada no SUS, através de normas técnicas, portarias e outras regulamentações do Ministério da Saúde. E como se trata de uma política que perpassa um modelo de atenção à saúde já estabelecido e regulamentado, como é o SUS, a PNAISM considera a diversidade da gestão em saúde nos milhares de

---

<sup>13</sup> O levantamento foi realizado pelo jornalista Edgar Maciel, do Estadão Conteúdo, publicado em 22/12/2014.



municípios brasileiros, bem como a autonomia da gestão municipal para as ações de saúde, tendo como proposta a implementação e construção conjunta com os diversos gestores públicos que compõem a concretização dessa política (BRASIL, 2004b). Neste sentido, as ações que compõem a PNAISM se diferenciam de município para município e de Estado para Estado.

Diante disso, perpassada por tamanha heterogeneidade, a sua institucionalização integralmente, de forma intersetorial, no âmbito do SUS, em 100% do território brasileiro, se apresenta como um desafio à sua real efetivação. Tanto no que se refere à articulação com as/os diversas/os atrizes/atores sociais, como no que tange a consolidar avanços referentes às diversas ações necessárias a atender as demandas voltadas para saúde reprodutiva das mulheres (BRASIL, 2008b).

Somam-se a esse contexto desafiador, as conjunturas adversas que perpassam o SUS, referentes à integralidade, à universalidade, precarizações, entre outras, que implicam diretamente na efetivação da PNAISM e na atenção à saúde das mulheres nos serviços, principalmente, para a atenção ao abortamento.

### 3.2 **ISEA:** Configuração do Serviço de atenção ao abortamento

Para adentrarmos na realidade do nosso campo de investigação, primeiramente situaremos brevemente o SUS e seus níveis de complexidade, para posteriormente caracterizarmos o ISEA, apresentando a rotina de atenção ao abortamento desse serviço, bem como a caracterização da equipe multiprofissional que atua diretamente nos casos de abortamento.

O direito a um sistema público e universal para o acesso à saúde foi estabelecido na Constituição Federal de 1988, que explicitou: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Tal direito foi resultado de ampla luta dos movimentos sociais, especialmente o movimento de reforma sanitária que nos anos 80 elencou o direito a um sistema de saúde totalmente público e de qualidade, como uma das prioridades para a constituição dos direitos sociais que tais movimentos almejavam. A partir desse importante passo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990 que estabelece, no seu artigo 7º, os princípios desse sistema, dentre os quais destacamos os seguintes:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; [...] (BRASIL, 1990, s/p).

Sabe-se que o nível de assistência à saúde está dividido, de acordo com a organização do sistema, em atenção básica, média e alta complexidade. A atenção básica, que se constitui a porta de entrada do sistema a nível territorial, é definida na Política Nacional de Atenção Básica como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012a, p.19).

Geniberto Campos e Vitor Pinto (2013) apontam que a atenção básica, implementada, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), é responsável por 85% de resolutividade das situações clínicas que se apresentam. Os citados autores consideram esse setor como o de menor custo para o SUS, pela adesão de tecnologias de baixa densidade e por deter maior nível de resolutividade, devendo, portanto, ser valorizado, ampliado e melhor aprimorado pelos/as gestores/as da saúde.

O segundo nível de atenção do SUS, a média complexidade, constitui a atenção especializada em determinados casos clínicos, contando com especialidades médicas e uso de recursos tecnológicos para apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2009a). Em alguns municípios, esse nível de complexidade é disponibilizado em policlínicas, ou centros de saúde, que dão continuidade aos procedimentos iniciados na atenção básica para diagnósticos mais precisos.

A alta complexidade constitui-se no nível de atenção que detém maior uso de tecnologias avançadas e de alto custo para tratamentos e diagnósticos de casos que demandam maior qualificação pelo alto risco que apresentam à vida do/a paciente. Esse nível de atenção do SUS deve interagir com os demais níveis do sistema para garantir o princípio da integralidade que rege o SUS.

A gestão da alta complexidade é compartilhada entre os três entes federativos, cabendo ao nível federal, através do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei 8.080/90, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade; as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis por identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional, além de acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS; e às Secretarias Municipais de Saúde cabe planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde, além de participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com sua direção estadual (BRASIL, 1990).

Nesse cenário de gestão do SUS, a hierarquização e a regionalização são fundamentais para se atingir a integralidade na atenção do sistema. Apesar das diversas Normas Operacionais publicadas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de auxiliar, estimular e regulamentar o processo de descentralização, o detalhamento das responsabilidades no que tange à assistência na média e alta complexidade não foi realizado adequadamente. Reconhecendo este problema, o Ministério da Saúde lançou em 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde N° 01 que propõe uma estratégia regionalizada para o processo de descentralização, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), definindo áreas geográficas nas quais se dariam o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores, objetivando efetivar uma rede hierarquizada e regionalizada que garanta o acesso integralmente a todos/as os/as usuários do SUS (BRASIL, 2011a).

A PNAISM é expressa na média e em alta complexidade por meio dos seguintes serviços: Sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento da gestante de alto risco; Planejamento familiar; fluxo de credenciamento; Humanização no pré-natal e nascimento (BRASIL, 2011a).

Vale salientarmos que a atenção ao abortamento está vinculada à humanização no pré-natal e nascimento, como aponta o objetivo específico 3 do plano de ação dessa política: “promover a atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo

a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes” (2004, p.19).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), o Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA) se constitui num serviço de atenção de média complexidade do SUS, que realiza procedimentos referentes à urgência e à emergência hospitalar e ambulatorial. Além disso, o ISEA presta os seguintes serviços de apoio: ambulância, banco de leite, central de esterilização de materiais, farmácia, lactário, lavanderia, necrotério, nutrição e dietética, serviço de prontuário de paciente, serviço de manutenção de equipamentos e serviço social (BRASIL, 2014).

O ISEA consiste num hospital especializado do subtipo maternidade que está situado em Campina Grande, município que compõe a 2ª macrorregional de saúde, localizado na 16ª região de saúde do Estado da Paraíba, composta por quatorze municípios, são eles: Soledade, Pocinhos, Fagundes, Serra Redonda, Massaranduba, Puxinanã, Boa Vista, Olivedos, Juazeirinho, Santo André, Tenório, Assunção, Taperoá e Campina Grande (BRASIL, 2014; SES, 2014).

Conforme a portaria do MS nº 1.020 de 31 de maio de 2002, quando o município possui gestão plena do sistema municipal de saúde é de sua responsabilidade a gestão financeira da média e alta complexidade. Desse modo, a gestão financeira do ISEA é realizada pela Prefeitura Municipal de Campina Grande, mas os recursos são co-participados entre Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (DATASUS, 2014).

De acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o ISEA funciona 24 horas por dia, incluindo os finais de semana e feriados, prestando serviços de saúde especializados. A Tabela 1 demonstra os serviços prestados pelo ISEA, associado com o tipo de serviço e classificação estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Tabela 1  
Serviços prestados pelo ISEA

SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO
Serviço de atenção ao pré-natal, parto e nascimento.	Acompanhamento de pré-natal de alto risco; Casa da gestante, bebê e puérpera; Centro de parto normal; Parto em gestação de alto risco; Parto em gestação de risco habitual.
Serviços de fisioterapia.	Assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumofuncional; Assistência fisioterapêutica em alterações obstétricas neonatais; Assistência fisioterapêutica em alterações oncológicas;

	Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia; Assistência fisioterapêutica nas disfunções músculo esqueléticas; Diagnóstico cinético funcional.
Atenção às pessoas em situação de violência sexual	Atenção ambulatorial a pessoas em situação de violência sexual; Atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em Lei; Referência para atenção integral às pessoas em situação de violência sexual.
Serviço de reabilitação	Atenção fonoaudiológica; Reabilitação auditiva.
Serviço posto de coleta de materiais biológicos	Coleta realizada fora da estrutura laboratorial.
Serviço de atenção à saúde reprodutiva	Contracepção clínica; Laqueadura; Vasectomia.
Serviço de atenção à saúde bucal	Dentística.
Serviço de atenção à saúde auditiva	Diagnóstico em audiologia/octologia.
Serviço de suporte nutricional	Enteral parental.
Serviço de urgência e emergência	Estabilização de paciente crítico/grave; Pronto atendimento clínico; Pronto atendimento obstétrico.
Serviço de diagnóstico por métodos gráficos dinâmicos	Exame eletrocardiográfico; Teste holter por telemedicina.
Serviço de diagnóstico por anatomia patológica e/ou citopato	Exames citopatológicos; Exames anatomopatológicos.
Serviço de diagnóstico por laboratório clínico	Exames coprológicos; Exames bioquímicos; Exames de uroanálise; Exames de outros líquidos biológicos; Exames hematológicos e hemóstasia; Exames hormonais; Exames imuno-hematológicos; Exames microbiológicos; Exames para triagem neonatal; Exames sorológicos e imunológicos.
Serviço de diagnóstico por imagem	Radiologia; Ultrasonografia.
Serviço de farmácia	Farmácia hospitalar.
Serviço de hemoterapia	Medicina transfusional; Procedimentos destinados à obtenção do sangue para fins assistenciais.
Núcleo de vigilância em saúde	Núcleo de vigilância hospitalar.

Fonte: DATASUS, 2014.

No que tange à estrutura física, o ISEA possui estruturas específicas para cada setor de atendimento. Na emergência, existe uma sala para atendimento feminino que facilita o sigilo das queixas das pacientes, um consultório médico, uma sala de estabilização para pacientes críticos, e uma sala para repouso ou observação feminina. No setor ambulatorial existem 12 consultórios de clínica básica, 9 consultórios de clínica especializada, um para clínica geral, um consultório para odontologia, 7

consultórios para outros setores (serviço social, psicologia, entre outros), quatro salas de enfermagem, uma sala de imunização e outra sala de repouso/observação feminina. No referente ao setor hospitalar, o ISEA conta com três salas de cirurgia equipadas, uma sala de recuperação com quatro leitos equipados, duas salas para parto normal, 5 salas de pré-parto, 48 salas de leito de alojamento conjunto contando com 60 leitos no total e 10 leitos recém-nascido patológico (BRASIL, 2014).

Para fundamentarmos algumas informações e análises desse estudo é importante entendermos também, de forma detalhada, como se dá a rotina de atendimento no ISEA, pois as condições dos caminhos percorridos dentro do serviço pelas mulheres em situação de abortamento estão diretamente relacionadas com as condições para efetividade da humanização no serviço.

Neste sentido, as mulheres em situação de abortamento, ao chegarem ao ISEA são recebidas por duas atendentes na recepção, localizada no rol de entrada do serviço onde é feita uma ficha da usuária com identificação pessoal e as queixas apresentadas. Após elaboração dessa ficha, as mulheres ficam aguardando o atendimento no setor de triagem e classificação de risco, que fica ao lado do rol de entrada, em um corredor que contém em torno de 15 cadeiras, nas quais as mesmas ficam sentadas, esperando a triagem que é realizada por duas profissionais (médica e enfermeira) para as quais poderão detalhar os sintomas que apresentam, e serem encaminhadas para o atendimento<sup>14</sup>.

Vale salientarmos, que, em alguns momentos, presenciamos várias mulheres esperando em pé, devido ao número insuficiente de cadeiras. Tal situação, em uma condição de abortamento traz um desconforto maior para as usuárias do ISEA.

Após a triagem, as mulheres são encaminhadas para a sala de parto, que é localizada no primeiro andar do prédio do ISEA, composta por duas pequenas salas, um corredor e uma sala um pouco maior. No total nesse espaço são comportados, em torno de 10 leitos, divididos entre camas e macas, que não possuem divisórias, o que dificulta a privacidade no atendimento. Além disso, a sala de parto contém uma estrutura de ambulatório, onde fica a equipe de saúde que é composta por obstetra, enfermeira/o, auxiliar de enfermagem e várias/os estagiárias/os, um rol de entrada que comporta cerca de cinco cadeiras e uma sala de exames.

---

<sup>14</sup> No momento de pesquisa não identificamos a classificação de risco adotada pelo MS, com a divisão por cores para sinalização do grau de risco dos/as pacientes e identificação dos espaços a que se destinam.

É importante destacarmos que de acordo com a equipe profissional do setor da sala de parto, existe uma prioridade de ocupação dos leitos para as mulheres parturientes. Ou seja, as mulheres em situação de abortamento só ocupam as camas no caso de não haver parturientes para ocupá-las.

Ao chegarem na sala de parto, as usuárias passam por uma avaliação clínica específica e têm o atendimento direcionado, de acordo com a condição de saúde que apresentam, podendo ficar em observação, serem submetidas aos procedimentos para indução medicamentosa do aborto, receberem a indicação para exames necessários, terem acesso à medicação para alívio da dor, entre outros procedimentos clínicos, necessários. Nesse momento, as mulheres em situação de abortamento também ficam em jejum para realização da curetagem, que é o próximo passo do atendimento.

Tratamos aqui como realização da curetagem porque, como vimos, o procedimento do AMIU é bastante raro nesse serviço. Assim, para realização da curetagem, as mulheres são levadas para o centro cirúrgico, que fica localizado no segundo andar do prédio do ISEA. É importante mencionarmos que no momento da pesquisa não fomos autorizadas a adentrar o centro cirúrgico, mas em algumas descrições realizadas pelas/os profissionais percebemos que essa sala possui um espaço amplo equipado para o procedimento de esvaziamento uterino e também para a realização de cirurgia cesariana. De acordo com as/os profissionais que entrevistamos, o procedimento de curetagem é realizado, geralmente, pela manhã, apenas em casos de emergência é que pode ser feito em outro horário. Diante disso, as mulheres em abortamento são encaminhadas conjuntamente para realizarem o esvaziamento uterino no centro cirúrgico. Assim, são preparadas para o procedimento uma ao lado da outra, para que a/o profissional médica/o, após realizar a curetagem em uma usuária, passe imediatamente para a outra, que está preparada ao lado, e assim por diante.

O fato de ser priorizado um horário para a realização da curetagem faz com que algumas mulheres esperem muito tempo pelo atendimento. No período da pesquisa identificamos mulheres que chegavam pela manhã ou ao meio dia e esperavam até a manhã do dia seguinte pela curetagem, expressando muitas queixas pela condição da espera, muitas vezes sentadas em cadeiras e sem alimentação. Desta forma, é possível afirmarmos que o ISEA tem priorizado o tempo mais conveniente para a equipe médica, não considerando as necessidades das usuárias.

Feita a curetagem, as mulheres são encaminhadas para uma sala chamada “Hortência”<sup>15</sup>, que fica localizada ao lado da rampa de acesso ao segundo andar. Essa sala conta com 10 leitos, um banheiro, um televisor e ar condicionado. Vale destacarmos que os leitos nessa sala também não possuem divisórias entre uma cama e outra.

Na Hortência, as mulheres ficam em observação sob os cuidados de uma auxiliar de enfermagem, são medicadas, quando necessário (conforme descrição da médica), e aguardam a alta.

O ISEA também possui um setor de planejamento familiar que se localiza por trás do prédio que fornece o atendimento clínico às mulheres. Consultamos a equipe desse setor para compreendermos o seu funcionamento e fomos informadas que a demanda do planejamento familiar é a referenciada pelas unidades básicas de saúde, existindo pouquíssimos encaminhamentos da equipe do próprio ISEA. No planejamento familiar existe uma equipe multidisciplinar para atendimento às mulheres composta por: médica/o, assistente social, psicóloga/o e enfermeira/o. Além disso, a estrutura física do setor contém cerca de oito salas para atendimento e um corredor com várias cadeiras para que as/os usuárias/os possam aguardar pelo mesmo. Por se vincular a média complexidade esse serviço de planejamento familiar é referência para colocação de DIU, realização de vasectomia e laqueadura.

No que tange ao serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, ou realização do abortamento previsto em Lei, o ISEA é referência da 16ª regional de saúde e tem rotinas específicas para estes casos. No ISEA existe uma coordenação exclusiva para encaminhamento das mulheres em situação de violência sexual que envolve tanto as profilaxias necessárias, como os procedimentos para a realização do abortamento previsto em lei. De acordo com informações fornecidas pela equipe profissional, a coordenação desse setor é quem providencia o percurso das mulheres em situação de violência sexual dentro do serviço, mas o procedimento de esvaziamento uterino e a atenção clínica são realizados da mesma forma que acontece para as demais mulheres em situação de abortamento, inclusive com a mesma equipe que atende às demais situações de abortamento.

Como se pode perceber, as mulheres em situação de abortamento passam por diferentes setores para execução do atendimento e nesse percurso têm contato com

---

<sup>15</sup> As salas dos setores de parto, pós-parto e abortamento do ISEA, são identificadas por nomes de flores. No período de coleta de dados não obtivemos informações exatas do motivo de incorporação dessa proposta de identificação das salas. O tipo de flor que nomeia a sala de pós-abortamento é Hortência.



profissionais diversos, conforme figura 1 que apresenta o resumo de tal percurso pelas usuárias:



Neste sentido, também como fundamento para a análise da humanização no serviço, torna-se necessário apresentarmos um breve perfil das/os profissionais que atuam diretamente na atenção ao abortamento no serviço de forma a podermos analisar os prováveis pontos de vista e expertises desses técnicos em relação ao aborto.

As profissionais entrevistadas foram: Psicóloga, Assistente Social, Médica, Enfermeiro e Auxiliar de enfermagem. Tais profissionais atuam diretamente com a atenção ao abortamento nesse serviço em setores diferenciados. A auxiliar de enfermagem atua no setor de triagem e na atenção pós-abortamento na sala Hortência; o enfermeiro atua na atenção clínica às mulheres em situação de abortamento, na sala de parto; a médica atua também na atenção clínica prestada na sala de parto; a assistente social atua, quando solicitada em qualquer setor do serviço, mas sua sala fica ao lado da triagem; e por fim, a Psicóloga, que possui uma atuação semelhante a da assistente social, tendo seu consultório situado em frente a sala Hortência e atuando quando solicitada, pela equipe médica ou de enfermagem.

No que tange ao critério cor/raça, duas profissionais se auto identificaram como morenas, outras duas, como brancas e uma, como parda, prevalecendo as identificações associadas às variações afrodescendentes.

As idades das/os profissionais entrevistadas variaram entre 45 anos e 63 anos, prevalecendo as que estão entre 50 e 59 anos, já que três profissionais estão nessa faixa etária. Nota-se tratar de profissionais com uma faixa etária mais elevada, o que pode denotar que a equipe de atenção ao abortamento entrevistada é bastante experiente na prática de atenção à saúde. No entanto, é importante analisarmos que uma faixa etária elevada associada a muitos anos de conclusão do curso de graduação, pode apontar

certo distanciamento da prática profissional das discussões mais recentes referentes ao abortamento e à atenção humanizada, caso tais profissionais não sejam submetidas/os a um processo contínuo de capacitação profissional, o que não é o caso da equipe entrevistada como veremos posteriormente.

No que concerne à orientação religiosa todas/os as/os profissionais informaram ser adeptas ao cristianismo, sendo que duas se definiram como católicas, uma/um como espírita, uma/um como evangélica e uma/um não indicou uma religião específica denominando-se apenas cristã.

No que tange à formação profissional, o Ministério da Saúde, através da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, prevê como um dos pressupostos fundamentais para uma atenção humanizada e qualificada às mulheres, na medida em que a ausência de reflexões na formação profissional sobre a trama de complexidade que perpassa a questão do abortamento pode corroborar para a existência de práticas profissionais arraigadas de pré-julgamentos e rotulações, que incidem diretamente na qualidade da atenção e na humanização do atendimento (BRASIL, 2011b).

É importante salientarmos que as/os profissionais entrevistadas/os concluíram a graduação entre as décadas de 70 e 2000, sendo uma em 1979, uma em 1996, uma em 1998, uma em 2004 e uma em 2008.

Neste sentido, constatamos que das/os cinco profissionais entrevistadas/os, quatro tiveram aproximações com a temática do abortamento durante a graduação, de forma superficial e rápida, e uma informou que não teve aproximação alguma, como apontam as falas a seguir:

Durante a graduação? Muito pouco, muito pouco, porque na graduação é como se aquela disciplina... pagou, pronto! Mas depois que você faz a especialização, e você fica diretamente no setor, você vai ter a visão da assistência... Porque, muitas vezes, você vê lá, paga a disciplina, paga a cadeira, mas vê o quanto é pouco pra você adquirir conhecimento dado né? (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Na minha graduação... Na época foi pouco, certo? Porque eu trabalhava e estudava. [...] o relacionamento que eu tenho com abortamento, é... é... da prática mesmo, do dia-a-dia, que desde que eu cheguei aqui a gente tem muito relacionamento com a parte das paciente de abortamento (*Psicóloga, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

O que a gente teve na graduação, no setor da... da... Obstetrícia foi justamente o que é que levava a mulher ao abortamento? Quais eram os riscos e os tipos de abortamento? Essa é a formação que nós temos. Ninguém nunca se aprofundou com relação a direitos ou não, da

paciente ter de conduzir o próprio corpo não (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Além da formação profissional acadêmica, buscamos identificar, no conteúdo das falas das/os profissionais, menção de sua participação em processos de capacitação ou treinamento relacionado à atenção ao abortamento. As orientações da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento sinalizam a necessidade de processos de capacitação contínua para a equipe de saúde relacionada à atenção ao abortamento, como forma de mudança da postura das/os profissionais, e maior sensibilização das/os mesmas/os para a atenção humanizada ao abortamento (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, todas/os as/os profissionais indicaram ter realizado treinamento em temas voltados para a saúde da mulher, mas nenhuma/nenhum cursou alguma capacitação sobre a temática do abortamento, apenas uma fez capacitação específica para uso do AMIU e não sobre o abortamento de forma geral. As falas a seguir apontam nesta direção:

Só os cursos que tem. É... Vacina, é... Sala de vacina, certificado de sala de parto, colposcopia (*Auxiliar de enfermagem do ISEA, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Só dos tipos de câncer, colposcopia e atendimento a mulher [...] a gente fez treinamento com AMIU aqui (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Aleitamento materno é... Capacitação pra fazer um trabalho humanizado com pacientes que entram aqui, as mulheres que são atendidas aqui na instituição, muitos cursos de humanização, muita capacitação (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Como indicamos anteriormente, a normativa oficial do Brasil para humanização ao abortamento aponta a formação profissional, como um instrumento profícuo para o fomento de boas práticas relacionada à atenção ao abortamento. Diante disso, e considerando a incipiente aproximação que as/os profissionais tiveram com a temática, investigamos a percepção das mesmas sobre o abortamento. Algumas das falas recolhidas demonstram certo envolvimento de valores pessoais e pré-julgamento direcionados às mulheres que abortam, como demonstra a fala abaixo.

O aborto pra mim é como uma perda, que a partir do momento que foi concebido, pra ela, ela perdeu, na mente dela, ela perdeu, mas ela fica como foi involuntário. Ela pode sentir, mas só naquele momento ali, depois aquilo pode acontecer de novo, ou ele pode ser um aborto induzido ou não induzido, não é? (*Enfermeiro do ISEA, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Ao generalizar o aborto como uma perda, independente da forma que ele ocorre ou da condição subjetiva da mulher que aborta, o enfermeiro já indica um pré-julgamento na sua percepção sobre o aborto, na medida em que nem todas as mulheres que abortam associam o aborto como uma perda, muitas, inclusive, relatam sensação de alívio, após o aborto. Além disso, ao afirmar que o aborto pode ser uma prática recorrente para as mulheres, o profissional indica uma ausência de planejamento familiar ou efetividade da realização do mesmo, no entanto, trata a recorrência como uma condição exclusiva das mulheres, sem refletir a conjuntura que envolve esse fator, expressando também pré-julgamento.

O envolvimento de valores pessoais, ligados a preceitos morais ou religiosos, foi perceptível na fala da médica:

Particularmente eu não faria, vai contra tudo que eu acredito. E assim, é o que a gente tem que fazer eu acho, particularmente, é você orientar as pacientes a não engravidar. Agora, a partir do momento em que elas estão grávidas, e você provocar o abortamento, na minha concepção, eu acho assim... complicado. Eu não favoreço, e, assim, eu parto do princípio que eu não é... **que eu não sou obrigada a executar**. O código de ética me diz que eu não posso fazer, que eu não devo fazer nada que seja contra minhas convicções pessoais, se não for risco de vida, condição de estupro, nada disso, eu não sou obrigada a provocar (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

A percepção da médica sobre o aborto demonstra o total envolvimento de sua condição moral ou religiosa individual na sua prática profissional, o que pode indicar um fator conflitante com os princípios da humanização no atendimento. Ao afirmar que não favorece e não é obrigada a executar, a profissional deixa explícito que na atenção ao abortamento que ela fornece o aspecto principal não é a condição das mulheres, mas as suas próprias convicções pessoais que não devem ser violadas.

No que tange à ética profissional, mencionada pela médica, é importante salientarmos que o recurso da objeção da consciência é previsto no código de ética médica (art. 28º), no entanto, o mesmo código aponta que na ausência de outra/o médica/o para realização do procedimento, em caso de urgência e da ausência de outro meio de salvar a/o paciente, nenhum médico pode se negar a fazê-lo (art. 7º). Em relação ao abortamento previsto em Lei, não há como se recorrer à abjeção de consciência (art. 43º), pelo fato de a/o profissional médica/o não poder descumprir legislação específica para transplante de órgãos, esterilização, fecundação artificial e abortamento (BRASIL, 2011b).

O desafio posto para uma atenção humanizada às mulheres que abortam é não impregnar a prática profissional de princípios que limitam ou até impossibilitam uma prática humanizada, como alerta a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento:

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

Com isso, nota-se a importância de uma formação profissional adequada e vinculada aos princípios de humanização para balizar uma prática que proporcione um atendimento ético e humanizado às mulheres em situação de abortamento, considerando os múltiplos fatores que envolvem essa condição, bem como a singular relação profissional/usuária para a efetivação da humanização.

Além disso, evidencia maior necessidade do ISEA possibilitar maior número de capacitações relacionadas ao abortamento, como estratégia de diminuir os impactos deficitários da formação profissional nessa temática na atenção ao abortamento prestada no serviço.

Nesse aspecto, também é possível enfatizarmos a necessária articulação do MS com a área técnica de elaboração de currículos acadêmicos do Ministério da Educação para incorporação das questões de gênero, saúde da mulher e abortamento como obrigatórias nos currículos acadêmicos, principalmente nos cursos relacionadas à prática profissional na saúde.

Após essa breve caracterização do ISEA fica possível percebermos que a maternidade é de grande porte e que oferece uma gama de serviços referentes à saúde reprodutiva das mulheres, com serviços que abrangem, desde o planejamento familiar, passando pelo parto e abortamento, até o pós-parto e pós-aborto.

Ademais, evidencia-se também que o ISEA é o serviço de referência na atenção ao abortamento da 16ª regional de saúde da Paraíba, o que denota a importância da qualificação permanente da equipe profissional desse serviço nas questões técnicas e políticas que envolvem a temática do abortamento. Tal fator pode ser crucial para viabilizar uma atenção humanizada no serviço, bem como propiciar a adequação dos

posicionamentos éticos e valorativos das/os profissionais, com vistas a garantir um atendimento destituído de valores conservadores, que como vimos, ainda está ausente da realidade das/os profissionais entrevistadas/os neste estudo.

### 3.3 Situando o abortamento no ISEA

Para situarmos a questão do abortamento no ISEA, faz-se necessário adentrarmos em aspectos que mensuram o impacto da atenção ao abortamento no serviço e na regional de saúde do qual é referência, com vistas a entendermos, de forma geral, a dimensão dessa temática dentro do serviço, bem como a configuração do atendimento prestado às mulheres em situação de abortamento atendidas no recorte temporal de 01/01/2014 a 30/06/2014. Dentre os aspectos que apresentaremos neste tópico estão: a incidência dos casos de abortamento, um breve perfil das mulheres que abortam nesse serviço, o acesso a exames, o alívio da dor, o tipo de procedimento realizado para esvaziamento uterino no ISEA, entre outros.

Para esta parte do estudo, realizamos uma pesquisa documental dos prontuários relacionados ao atendimento das mulheres em situação de abortamento que foram atendidas no ISEA, no período citado. No total, analisamos 524 prontuários, e nos baseamos nas informações contidas nestes documentos para constituir variáveis que refletissem sobre o abortamento nesse serviço.

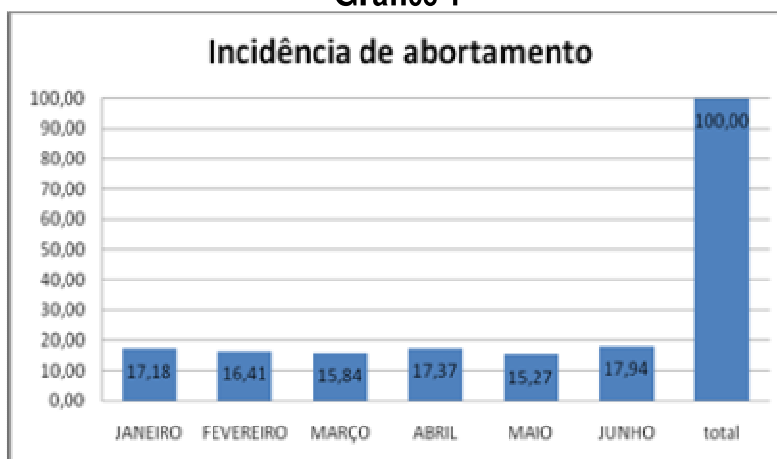
É importante destacarmos que as variáveis analisadas foram construídas, a partir dos interesses de análise e da viabilidade de captação dos dados nos prontuários, posto que havia muitas lacunas de preenchimento dos mesmos. Neste sentido, selecionamos as seguintes variáveis para investigação: município de origem da usuária; incidência mensal de abortamentos no serviço; idade e cor/raça das usuárias; tempo de permanência no serviço; quantidade de exames realizados; tipo de procedimento clínico adotado no abortamento; uso ou não de anestesia no procedimento.

No período pesquisado, ou seja, entre janeiro e junho de 2014, foram atendidas 524 mulheres em decorrência de abortamento incompleto ou retido<sup>16</sup>, perfazendo uma média de 87,33 (16,67%) mulheres atendidas por mês em situação de abortamento no serviço, o que significa uma média de 3 abortos por dia atendidos no ISEA. O gráfico 1 demonstra a quantidade mensal de abortamentos no serviço.

---

<sup>16</sup> Os prontuários analisados não apontavam a causa do abortamento, se provocados ou espontâneos.

Gráfico 1



Fonte direta: pesquisa documental realizada no período de 01/01/2014 a 30/06/2014.

Como mencionamos anteriormente, o ISEA é o serviço de referência na atenção ao abortamento na 16ª regional de saúde, e de acordo com o Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba (2010), Campina Grande é a única cidade que contempla o serviço de realização de curetagem pós-aborto dentro dessa regional. Tal fator pode justificar a alta incidência de casos de abortamento no serviço no período pesquisado.

Porém, além da condição de exclusividade na regional de saúde da qual o ISEA faz parte, verificamos que o serviço torna-se referência para municípios que não fazem parte da 16ª região. As mulheres em processo de abortamento atendidas no serviço, no período pesquisado, são oriundas de 71 municípios paraibanos, sendo a maioria de Campina Grande (44,85%), seguida de Alagoa Grande (3,24%), Queimadas (2,67%), Areia (2,48%), Ingá (2,48%), Lagoa de Roça (2,29), Lagoa Seca (2,29), Remígio (1,34%) e etc.

Das 524 mulheres atendidas no ISEA, no período analisado, 286 (54,58%) eram de municípios integrantes da 16ª regional de saúde, citados anteriormente. Assim, 238 (45,42%) mulheres foram atendidas no ISEA, mas oriundas de municípios que não integram a região de saúde de Campina Grande. O Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba (2010) aponta que esse fator pode contribuir para superlotação do serviço e comprometer a qualidade da assistência prestada no mesmo.

Podemos inferir que um dos fatores que colabora para a alta incidência é a ausência de novos serviços de referência na região de saúde, bem como a necessidade de melhor estruturação da regionalização das redes de complexidade do SUS que incorporam a atenção ao abortamento.

Outro fator que pode se relacionar com a alta incidência de abortamentos é a ausência de serviços capacitados referentes a planejamentos reprodutivos para as mulheres usuárias da região de saúde composta pelo ISEA. Como foi possível verificar na aproximação conceitual deste capítulo, a necessidade de recursos adequados para diminuição da incidência de abortamento foi apontada nas diversas conferências internacionais e nacionais, referendando a importância de sistemas de planejamento familiar adequados, bem como a ressalva da não recorrência ao abortamento, como forma contraceptiva.

É importante destacarmos que, apesar da alta incidência de casos de abortamento atendidos no ISEA, no momento da pesquisa não identificamos a ocorrência de abortamento legal dentre os prontuários analisados, e segundo informações do setor de prontuários, no período analisado pela pesquisa, não havia ocorrido nenhum abortamento referente a anencéfalos, risco de vida das gestantes ou casos de estupro. De acordo com o setor, em 2013, o ISEA realizou três abortos previstos em Lei, através da Coordenação do setor de violência sexual.

A ausência de ocorrência de abortamentos prevista em lei causou nossa estranheza, considerando a alta incidência de casos de abortamento no serviço, bem como sua condição de referência na região de saúde e fora dela, como vimos anteriormente.

Diante disso, procuramos investigar a incidência de casos de estupros no período analisado, através do monitoramento de crimes contra a mulher na Paraíba, realizado pelo Centro da Mulher 8 de Março<sup>17</sup>, e verificamos que entre janeiro e junho de 2014, houve 62 casos de estupro no Estado.

Apesar do alto número de mulheres que foram vítimas de estupro no Estado, devemos considerar que não existe uma relação direta entre número de casos de violência sexual e os abortamentos decorrentes destes. Sabe-se que após a identificação de um caso de violência sexual, com o advento da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006), há a atuação da rede de atenção à mulher em situação de violência que encaminha as mulheres de imediato para o serviço de referência para que seja realizada a profilaxia contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e prevenção da gravidez, através da contracepção de emergência.

---

<sup>17</sup> O Centro da Mulher 8 de Março é uma instituição feminista que faz o monitoramento dos casos veiculados na imprensa local e disponibiliza esses dados de forma atualizada e gratuita para qualquer solicitante.



Além disso, investigamos nos prontuários se as mulheres eram provenientes de zona rural ou zona urbana, perfazendo a variável baseadas nos bairros de residência das mulheres. Neste sentido, verificamos que 75,00% das mulheres residiam em zonas urbanas e 25,00% de zonas rurais.

As usuárias em situação de abortamento atendidas no ISEA são de faixas etárias diversas, estando a maior parte delas na fase juvenil, com idades entre 15 a 29 anos (52,30%), seguidas das que estão na fase adulta, destacando-se neste recorte geracional a maior incidência na faixa etária de 30 a 39 anos (32,82%). As mulheres que possuem acima de 39 anos perfizeram 14,88% da amostra.

Vale salientarmos que a população de mulheres jovens está entre as mais vulneráveis ao grande índice de abortos, pela complexidade de diversos fatores, denotando maior risco à sua saúde e vida, como apontam algumas autoras:

A maior vulnerabilidade das mulheres jovens relaciona-se ao fato de que muitas adolescentes e jovens não têm recursos materiais nem informação adequada. Sofrem os efeitos de tabus, mitos e crenças morais e religiosas que cercam a sexualidade, causando vergonha e dificultando a procura por serviços de planejamento reprodutivo e prevenção a DSTs e AIDS. Além disso, costumam ter menos poder nas relações com os homens, sobretudo quando são muito mais jovens, tendendo a sofrer abandono e exclusão social frente a uma gravidez inesperada, ao abortamento e às possíveis complicações decorrentes destes (MENEZES & AQUINO, 2001, apud, SOARES, GALLI e VIANA, 2010, p.10).

No que tange ao quesito raça/cor das mulheres, a maioria dos prontuários não tinham o seu preenchimento (65,46%), no entanto, inserimos essa variável por entendermos que até o seu não preenchimento é significativo, pois como afirma Elisabete Pinto (2002),

É fundamental entender que o “quesito cor” ou a identificação étnico/racial é um item necessário e indispensável nos serviços de saúde. Não apenas pela facilidade ao diagnosticar e prevenir doenças, atualmente consideradas étnico/raciais, mas sobretudo porque possibilita saber do que adocece e do que morre a população negra, incluindo percentagem e as formas como são realizados abortos nessa população (PINTO, 2002, p.36).

Além disso, muitos prontuários apresentavam apenas a inicial “N” quando negra, “P” para parda e “M” para morena. As definições das iniciais foram decifradas, a partir de informações com um profissional médico da instituição. É interessante destacarmos que, mesmo não existindo o recorte étnico/racial “morena”, mantivemos a fidedignidade ao que estava escrito nos prontuários. Dentre as mulheres atendidas no

período, que tiveram esse quesito preenchido nos prontuários (34,54%), a maioria foi parda (20,61), seguidas das brancas (9,16%), morenas (4,01%) e negras (0,76%), prevalecendo assim as identificações raciais associadas à população afrodescendente.

É importante salientarmos que, não fica claro no prontuário, qual o critério para preenchimento do quesito cor/raça, se por autodefinição das mulheres ou por deliberação dos profissionais de saúde. Ao questionarmos esta inquietação a alguns profissionais de saúde responsáveis pelos prontuários, as/os mesmas/os afirmaram não ter certeza de como era feito tal preenchimento.

Faz-se fundamental destacarmos a necessidade das/os profissionais do ISEA responsável pelo preenchimento dos prontuários incorporarem a importância do preenchimento do critério cor/raça, para que se tenham dados mais completos da incidência de abortamentos relacionando-os com a cor/raça das mulheres, tendo em vista que a condição racial pode ser associada a diversos fatores sociais que podem se relacionar diretamente com a questão do abortamento.

Perfizemos também os dados da permanência das mulheres no serviço, analisando sua data de entrada e de saída constante nos prontuários. Neste item, verificamos que a maioria das mulheres ficou no serviço um dia (87,98%), e apenas 5,53% estiveram no serviço por dois. As que permaneceram por menos de 24 horas, ou seja, entraram e saíram no mesmo dia do atendimento somaram 1,72%; as que estiveram por três dias, 0,76%. Em 4,01% dos prontuários, a data de alta não foi preenchida, portanto não tivemos como identificar o tempo de permanência destas mulheres.

Outro fator pesquisado foi a quantidade de exames que as mulheres realizaram, já que dentre os aspectos clínicos da norma técnica de humanização ao abortamento está previsto para todas as mulheres os seguintes exames: “classificação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV” (BRASIL, 2011b, p. 29). Neste sentido, como os prontuários continham anexados os resultados dos exames realizados nas mulheres, fizemos a contagem de quantos exames cada usuária realizou, e constatamos que 42,75% realizaram três exames (exame de imagem, sorologia e classificação sanguínea), seguidas das que realizaram dois exames (sorologia e classificação sanguínea) que somaram 32,63%. A terceira maior porcentagem foi relativa às mulheres que realizaram apenas um exame (12,40%). Por fim, cabe indicar que 9,16% não realizaram exames e que 3,5% fizeram de 4 a 5 exames.

Neste sentido, é possível inferirmos que a maioria das mulheres atendidas no ISEA (75,38%) tiveram acesso aos tipos de exames preconizados pelo Ministério da Saúde, especialmente a sorologia e a classificação sanguínea, o que se apresenta como um fator positivo da atenção ao abortamento no serviço. No entanto, é importante destacarmos que um número significativo de mulheres ainda não tem acesso aos exames recomendados, tendo realizado apenas um ou nenhum exame (21,56%), o que se apresenta como um fator que necessita de ajuste, dentro do serviço de saúde, uma vez que todas as mulheres devem ter acesso aos exames recomendados.

Incluímos dentre as variáveis extraídas dos prontuários a que se referia ao tipo de procedimento clínico realizado nas mulheres para realização do aborto, pois de acordo com a OMS (2013), existem técnicas menos dolorosas e mais seguras para as mulheres. A mais recomendada delas é a Aspiração a Vácuo Intrauterina, que pode ser Aspiração a Vácuo Elétrica (AVE) ou Aspiração Manual Intrauterina (AMIU). Vale salientarmos que o ISEA possui o instrumento para realização do esvaziamento uterino via AMIU e que, de acordo com informações obtidas com a equipe de saúde, a equipe médica obstétrica recebeu treinamento para sua utilização.

No entanto, dentre a amostra pesquisada, a larga maioria das mulheres foram submetidas ao procedimento de curetagem uterina (97,33%) e apenas 2,10% utilizou-se o AMIU. Dentre os prontuários, encontramos ainda 0,57% que foram submetidas aos dois tipos de procedimento.

A grande quantidade de curetagens realizadas é um dado preocupante na atenção às mulheres em processo de abortamento, pois esse procedimento pode trazer complicações para a saúde das mulheres. Neste sentido, é importante delimitarmos alguns aspectos referentes aos dois tipos de procedimento, a Curetagem e o AMIU.

A Dilatação e Curetagem (D & C) intrauterina era o método mais comum, e até o único utilizado, até a segunda metade do século passado, e ainda utilizado em alguns casos atualmente. Ela é realizada com a introdução de objetos metálicos de diâmetros crescentes para forçar a dilatação da cérvix uterina, até que haja a dilatação ao ponto de permitir a introdução de uma cureta cortante. A cureta é um instrumento metálico longo, semelhante a uma colher côncava, com bordas cortantes. A curetagem consiste então, na raspagem das paredes uterinas para remoção dos tecidos fixados na extremidade do útero (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004).

Esse procedimento é considerado ariscado para a saúde das mulheres, pois a borda cortante da cureta pode perfurar a cavidade do útero ou atingir o intestino,

causando graves hemorragias e podendo levar à morte, como apontou o Dossiê do abortamento inseguro na Paraíba (2010, p.24), em um dos casos investigados:

Após os exames, Antônia foi informada pelo médico de que faria uma “coletagem” na manhã seguinte, mas “ele não explicou muito não, o que era curetagem, só que era um tipo de cirurgia”. O procedimento não aconteceu como esperado. Seu útero estava perfurado, por isso a alça do intestino foi pinçada pela cureta e, por esta razão, Antônia perdeu muito sangue durante a curetagem.

Aníbal Faúndes e José Barzelatto (2010) apontam que na utilização do AMIU o esvaziamento do útero é mais rápido, está sujeito a menos sangramento e está associado a menos dor durante o procedimento, quando comparada à curetagem. O procedimento consiste na introdução de um pequeno tubo plástico na cavidade uterina para realização da aspiração de todo o resíduo uterino, consistindo num procedimento simples e com menor risco de complicações. Ainda de acordo com os autores, “atualmente, existe um consenso geral de que a D & C deveria ser substituída por aspiração a vácuo em todos os lugares” (FAÚNDES e BARZELATTO, 2004, p.57).

De acordo com a OMS (2003) nos casos de abortamento de até 12 semanas completas o uso da curetagem só deve ocorrer quando os serviços não disponibilizarem métodos de aspiração a vácuo. A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento faz a mesma indicação da OMS: “a curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível” (apud, BRASIL, 2011b, p.30).

A OMS (2003) aponta ainda que nos abortamentos tardios, ou seja, aqueles que ocorrem após 12 semanas completas, o melhor método cirúrgico é a dilatação acompanhada de evacuação. Neste caso, também indicando como melhor método a aspiração a vácuo no lugar da curetagem.

Diante disso, é importante frisarmos que o ISEA está em total desacordo com as orientações para realização dos procedimentos relacionados ao esvaziamento uterino, indo ao contrário do que orientam as normas técnicas dos órgãos regulamentadores, como a OMS e o Ministério da Saúde, no vislumbre de uma atenção humanizada ao abortamento. É importante salientarmos ainda que tal prática pode se configurar em grave risco à saúde das mulheres que são atendidas nesse serviço, contribuindo para complicações à saúde reprodutiva decorrentes do procedimento.

A questão da existência de dor durante o abortamento é apontada, por parte da literatura, associada ao estigma social que acompanha o abortamento no Brasil, decorrente de práticas de saúde punitivas às mulheres. Neste sentido, buscamos nos

prontuários indícios de utilização de anestésias nos procedimentos clínicos realizados e verificamos que em 99,62% destes houve a utilização de anestésias, e em apenas duas mulheres não utilizaram anestésicos (0,38%), o que se apresenta como uma boa prática frente às orientações para atenção humanizada ao abortamento, necessitando apenas atingir a totalidade das mulheres atendidas.

Vale salientar que é um direito das mulheres não sentirem dor durante a realização dos procedimentos referentes ao abortamento, e como aponta a norma técnica de atenção ao abortamento do MS, “deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres” (BRASIL, 2011b, p.39).

Os dados até aqui analisados indicam que o ISEA envolve uma série de fatores complexos na atenção ao abortamento que vão desde a superlotação do serviço até a necessidade de maior adequação dessa atenção às determinações do MS para efetividade da humanização. Pudemos perceber que aspectos que vão, desde o envolvimento de valores pessoais, até a utilização quase generalizada da curetagem estão em desacordo com as orientações para a efetivação da atenção humanizada e segura ao abortamento.

#### **4 HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO ABORTAMENTO**

A humanização, tida como um ideário para o debate sobre os modelos de gestão e atenção da saúde se apresenta como uma proposta alternativa às práticas que ferem os direitos dos usuários de saúde a um atendimento digno e de qualidade nos serviços.

Desde os anos 2000, a humanização é inserida na agenda das políticas públicas, sendo parte do tema da XI Conferência Nacional de Saúde e se configurando como iniciativa no SUS, desde 2001, através do Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

Em 2004, o Ministério da Saúde lança a humanização como iniciativa transversal a todos os serviços de saúde do sistema, não se configurando numa ação institucional apenas, mas com a intenção de fazer parte de um compromisso coletivo de gestores e profissionais da saúde para sua real efetivação, dando surgimento assim, a Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2004a).

É importante destacarmos diante da polissemia presente no termo, que o sentido de humanizar a que se refere a humanização, não significa tornar mais humano no sentido caritativo, mas remete ao humanismo, numa roupagem diferente da dos seus primórdios.

O pensamento humanístico surgiu, a partir das ideias de Sócrates nos anos 300 a.C, como uma corrente filosófica que defendia a valorização e responsabilização dos seres humanos pela vida social e pela cumplicidade e compaixão entre as pessoas, percepções que antes eram atribuídas ao papel dos deuses. Ao longo das eras renascentistas e iluministas, o humanismo incorporou a ênfase no bem viver, a sensibilidade para as belezas das formas humanas, a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e a valorização da racionalidade, como aspecto central do pensamento e da ação humana (MINAYO, 2006).

Com o processo histórico decorrente do desenvolvimento capitalista, novas perspectivas são trazidas para o sentido do conceito de humanismo, considerando as rápidas mudanças no âmbito da produção do conhecimento e do processo tecnológico que produzem novas questões para a cultura moderna e modificam o direcionamento da percepção do pensamento humanista, demonstrando que a centralidade no ser humano e a exaltação da razão são insuficientes e problemáticas no âmbito contemporâneo (MINAYO, 2006).

Numa autocrítica da modernidade, os pensadores de hoje mostram que a radicalização dos conceitos iluministas levou ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica e ao menosprezo da subjetividade e das emoções. Portanto, diferentemente das etapas históricas anteriores, o humanismo que se deseja para o século XXI é o que restitui o ser humano ao seu lugar solidário com a natureza e que retome como relevâncias da vida a harmonia entre a razão e os sentimentos (MINAYO, 2006, p.26).

De acordo com Cecília Minayo (2006), na contemporaneidade da área da saúde, a humanização se refere ao retorno do humanismo: “Na área da saúde, na atualidade, o termo ‘humanismo’ entrou para a pauta das prioridades como política, como proposta, como debate, como tema de pesquisa e por meio do vocábulo ‘humanização’” (p.26).

Mas a humanização demanda além de transformação das ações técnico-operacionais das práticas em saúde, uma ação de modificação estrutural dos sistemas de saúde, de suas bases organizativas e dos sentidos atribuídos aos cuidados, através das práticas em saúde (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

No campo da saúde reprodutiva, a humanização é reivindicada pelos movimentos feministas no Brasil, desde a década de 60, no debate intenso protagonizado por estes nas discussões sobre a saúde da mulher e respeito aos seus direitos reprodutivos (BENEVIDES e PASSOS, 2005; DESLANDES, 2004).

Além dos debates referentes à humanização da atenção obstétrica e neonatal, os movimentos feministas reivindicaram, desde as discussões pré CIPD, um tratamento mais digno para as mulheres usuárias dos serviços de saúde de forma integral, em todas as etapas das suas vidas. Neste sentido, a atenção humanizada ao abortamento entra como ponto crucial desse debate, considerando as graves denúncias de violência institucional que as mulheres nessa condição são submetidas (ADESSE, 2006).

Em mais de uma década de debates e reivindicação das mulheres feministas por melhorias na atenção ao abortamento nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde lançou em 2005, por meio da área técnica de saúde da mulher, uma norma técnica destinada à atenção humanizada ao abortamento, no âmbito do SUS. Tal iniciativa atende aos objetivos específicos da PNAISM, ao nortear a atenção qualificada e humanizada para as mulheres em situação de abortamento, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, a articulação dos preceitos para atenção humanizada ao abortamento e a sua efetivação nos serviços de saúde, ainda se configuram em um

desafio coletivo a ser enfrentado no âmbito do SUS, como indica a realidade dessa problemática no país, sobre a qual nos debruçamos no capítulo anterior.

Assim, no presente capítulo abordaremos conceitualmente as perspectivas sobre a humanização e sua articulação com a PNAISM, para entendermos as configurações previstas para a saúde reprodutiva nesse campo. Além disso, apresentaremos a análise da atenção ao abortamento no nosso campo de investigação empírica, o ISEA, a partir das análises de conteúdo das entrevistas realizadas com usuárias e profissionais desse serviço, confrontando-as com os preceitos integrantes da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento.

#### 4.1 Perspectivas da Humanização e PNAISM

A sociologia médica americana da década de 70 se constitui em uma referência histórica fundamental para tangenciarmos o debate sobre a humanização, já que suas contribuições são pioneiras na elaboração dos conceitos de desumanização e humanização, e fundam um modelo teórico para direcionamento do campo investigativo no campo do cuidado em saúde (DESLANDES, 2006).

Mas se todas/os somos humanas/os, o que significa termos que humanizar nossas práticas? Para resposta a esta questão é necessário que entendamos os indicadores de humanização e desumanização na atenção à saúde.

Suely Deslandes (2006) aponta que o professor de medicina preventiva, Jack Geiger (1975), influenciado pela perspectiva materialista crítica, irá criar um modelo causal explicativo sobre o processo de desumanização da prática médica, que, segundo ela, articula três aspectos:

“a) a ordem social, considerada por ele como desigual, racista e exploratória, cujas lógicas e critérios segregacionistas influenciaram o sistema médico; b) a racionalidade científica e tecnológica ocidental cujas tendências à fragmentação, ao hermetismo e à especialização seriam obstáculos a uma visão holista do ser humano, além de impedir o acesso à compreensão e a conseqüente participação na tomada de decisões médicas; c) a subcultura médica e a organização da profissão médica que invocam os estudos de Freidson (1970) sobre suas formas de auto-regulação e proteção contra a crítica e a supervisão extrema, as barreiras de comunicação existentes na relação médico-paciente e a formação médica (DESLANDES, 2006, p.36).



Neste sentido, a desumanização se apresentaria fundamentalmente no cuidado médico, envolvendo aspectos sociais que incidem na segmentação desse setor, aspectos tecnológicos que resultam no modo de organização da atenção à saúde com base na ciência médica, e ainda, aspectos concernentes à formação profissional da medicina.

Para Suely Deslandes (2006), a principal autora da corrente sociológica médica é Jan Howard (1975), sendo uma das primeiras a delinear conceitualmente a humanização do cuidado, e para isto, ela traçou um esquema formado por 11 práticas indicadoras da desumanização do cuidado e 8 referentes à sua humanização.

As práticas desumanizadoras apontadas por Jan Howard (1975, apud, DESLANDES, 2006), ao analisar o discurso médico expresso por vários autores das décadas de 60 e 70, se referem a: 1) a coisificação das pessoas: o reconhecimento da/o doente como objeto de intervenção clínica e não como sujeita/o; 2) a desumanização proporcionada pela tecnologia: substituição parcial ou total do relacionamento entre doente e cuidadora/or por mecanismos tecnológicos; 3) a pesquisa clínica associada a um processo de experimentação e investigação antiéticas; 4) a associação das pessoas ao problema clínico que apresentam, vendo-as com um problema a ser tratado; 5) a atribuição de “status” valorativo às pessoas, umas que valem mais, outras que valem menos, com base em fatores raciais, étnicos, sociais ou de gênero; 6) a dedicação de cuidados com qualidade inferior, mesmo possuindo recursos de conhecimento e tecnologia para torná-lo superior, baseando-se em fatores de indiferença, discriminação ou negligência; 7) a suposição que as pessoas não possuem escolha, o que rebate na autonomia e graus de liberdade; 8) a reivindicação da neutralidade e objetividade biomédica para fundamentar posicionamentos neutros e distanciados das/os pacientes; 9) a ambientação inerte dos locais de saúde, sem decorações ou outras formas de ambiência; 10) a discussão no âmbito profissional sobre o direito à vida, envolvendo aspectos sobre o debate de negar tal direito; 11) a discussão profissional relativa a manter a vida sob certas circunstâncias.

De acordo com Deslandes (2006), Jan Howard (1975) ao elaborar o conceito de humanização parte da premissa que os seres humanos são produtores de necessidades, fisiológicas e psicológicas, que envolvem um universo interacional do cuidado para solucioná-las, e que este cuidado pode ser humanizado.

Assim, parte do seu conceito de humanização é composto por 8 necessidades, que “estariam filiadas a dimensões ideológicas, da estrutura das interações paciente-cuidador e psicológicas” (DESLANDES, 2006, p.42). As 8 condições são: 1)

reconhecer o valor da vida das pessoas, sem configurações de hierarquia; 2) entender a importância de cada pessoa, considerando que cada um possui uma singularidade única; 3) considerar a integralidade das pessoas, questionando a fragmentação do cuidado entre distintos profissionais; 4) superar as restrições quanto à liberdade para atuação profissional, sejam referentes à limitação de recursos, compromissos e padrões administrativos ou por pressão de outros profissionais; 5) estabelecer níveis de relações de igualdade, sendo a superioridade ou a inferioridade contrárias a um cuidado humanizado; 6) propiciar o compartilhamento de decisões e responsabilidades; 7) estabelecer relações de empatia e afeto; e 8) considerar a importância dos aspectos subjetivos (DESLANDES, 2006).

Neste contexto, humanizar as práticas em saúde seria incorporar uma série de pressupostos para distanciar as relações entre profissionais e usuáries/os das práticas que não consideram a importância e a necessidade da/o usuária/o nos serviços de saúde. Tal pressuposto corresponde a um dos principais alvos de críticas e insatisfação das/os usuáries/os da saúde nos serviços públicos: a má qualidade do atendimento.

Suely Deslandes (2006), baseada em vários autores brasileiros, aponta ainda que no Brasil,

A humanização é vista como uma proposta de articulação inseparável do bom uso de tecnologias na forma de equipamentos, procedimentos e saberes com uma proposta de escuta, diálogo, administração e potencialização de afetos, num processo de comprometimento com a felicidade humana (estes últimos recursos também vistos como uma forma de tecnologia de tipo relacional) (DESLANDES, 2006, p.41).

José Ayres (2005) considera a humanização ainda composta por um sentido genérico, perpassada por diferentes dimensões, possuidora de uma perspectiva essencialmente filosófica. Para o autor, a humanização é: “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum” (AYRES, 2005, p. 550).

Para Suely Deslandes (2004) o termo humanização:

é base de um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição mais clara, geralmente designando a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional. Tal conceito pretende-se norteador de uma nova práxis na produção do cuidado em saúde (DESLANDES, 2004, p.7).

Sobre a categoria do cuidado, recorrentemente apontada nos discursos da humanização da saúde, é importante denotarmos que o mesmo pode ser tratado “como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente ‘uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se as reclama’” (AYRES, 2006, p.74).

Para definição do conceito de cuidado, José Ayres (2006, p.56-57) salienta que o cuidado pode ser entendido como,

uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos.

A ótica do cuidado perpassa a atuação de cada profissional nas mediações necessárias referente às escolhas tecnológicas, mas não somente a elas, considerando também um saber não-técnico, vindo dos usuários da saúde, e neste caso, está o sentido crucial do cuidado nas práticas de saúde: “o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde” (AYRES, 2006, p.69).

Retomando as discussões conceituais sobre a humanização, corroboramos com a definição de Regina Benevides e Eduardo Passos (2005), que se apoiam no sentido da humanização, tomando como base a diversidade humana, e o papel dos/as atores/atrizes que atuam na saúde como agentes de transformação e sendo também transformados/as, a partir da existência concreta e coletiva. Neste sentido, de acordo com a autora e o autor:

Redefinindo o conceito, tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em praticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.391).

Nesta perspectiva, o movimento de humanização na saúde demanda um projeto políticossocial amplo, incorporado nas bases do SUS, resgatando os princípios que o motivaram, que vai além dos aspectos da qualificação, da transformação da atenção clínica, mas envolve, no seu âmago, aspectos estruturantes que incidem, desde as formas de atenção trazidas com a constituição do SUS, até os processos de trabalho nos serviços, tudo isso sob a égide de antagonismos do sistema capitalista (PUCCINI e CECÍLIO, 2004).

No âmbito da política de saúde no Brasil, a humanização, como já apontamos anteriormente, é incorporada dentre as políticas públicas em 2000, ainda enquanto Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Tal programa visava ao estímulo das perspectivas da humanização dentre as ações hospitalares, considerando as realidades locais, com base na transformação das relações interpessoais e nas subjetividades (RIOS, 2009).

Regina Benevides e Eduardo Passos (2005) apontam que a humanização chega aos anos 2000, se apresentando como um conceito-sintoma presente nas práticas de saúde, sob três patamares:

a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.390).

Em 2003, a iniciativa de incorporar a humanização na saúde pública foi ampliada e passou de um programa específico do âmbito hospitalar para uma política que passa a incorporar a humanização, como eixo norteador das práticas de atenção e gestão de forma integral no âmbito do SUS (BRASIL, 2004a).

A Política Nacional de Humanização (PNH), sob o slogan HUMANIZASUS, pretende ser uma política transversal no âmbito de SUS, se configurar como uma proposta orgânica desse sistema, traduzindo seus princípios e diretrizes nas diversas ações em saúde e ultrapassando fronteiras rígidas de saber/poder, que ocupam a produção em saúde (BRASIL, 2004a). Sendo assim, enquanto política pública a PNH deve:

Traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de

avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos (BRASIL, 2004a, p.7).

A PNH está fundamentada em cinco princípios, são eles:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos (BRASIL, 2004a, p. 10).

Tais princípios são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam “na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado” (BRASIL, 2004a, p.59).

A autora, Izabel Rios (2009) aponta que o Ministério da Saúde tem se empenhado em estabelecer ações para estimular e acompanhar a implementação da proposta de humanização no âmbito do SUS.

A estratégia de criação e fortalecimento dos Grupos de Trabalho de Humanização nas instituições (grupos formados por pessoas ligadas ao tema e aos gestores dos serviços de saúde, com o papel de implementar a PNH na sua unidade) merece considerações à parte e ajustes [...], mesmo assim mostrou-se exitosa em vários locais, acumulando bons exemplos de trabalho na área (RIOS, 2009, p.16).

Em análise do discurso oficial sobre a humanização, Suely Deslandes (2004) aponta alguns elementos centrais previstos nas normativas para efetivação da humanização no SUS: “humanização como oposição à violência; oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria das condições de trabalho profissional, e ampliação do processo comunicacional, eixo central dos textos” (p.7).

Para Regina Benevides e Eduardo Passos (2005), no debate sobre a humanização existe um fator complexo e desafiador que é o aspecto metodológico da sua

aplicabilidade na prática. Afinal, não adianta ter um aporte conceitual que não se efetiva nas práticas e se conforme em estruturas de políticas públicas, e neste sentido, os autores apontam que a estrutura dos serviços de saúde precisam ser transformados para incorporar a humanização:

Transformar os modos de construir as políticas públicas de saúde impõe o enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, marcado pela lógica do especialismo e do que se supõe como especificidade da humanização em determinadas áreas (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.392).

Para os autores, torna-se necessário configurar a humanização no âmbito do SUS como um “conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervêm e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento, a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum” (BENEVIDES e PASSOS, 2005, p.393).

Nesse aspecto se faz necessário considerar os paradoxos de valores que envolvem o processo de trabalho nos serviços de saúde das sociedades capitalistas, “pois os valores de ordem social do sistema estão cotidianamente disputando com os valores contra-hegemônicos do bem comum, do interesse geral” (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1350).

É necessário ainda, que as/os atrizes/atores envolvidos no processo de humanização percebam que o humano é entrelaçado em uma teia de relações sociais, perpassada por fatores diversos que envolvem suas condições de vida. Fortalecer a perspectiva das relações sociais pode ser uma via exitosa para o movimento de humanização no SUS, como apontam os autores:

Não é no indivíduo que podemos encontrar a essência humana, mas sim nas relações sociais, das quais ele mesmo é um produto. Assim, a essência humana passa a ser compreendida como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos, pois o indivíduo à margem dessas relações é uma abstração, e a essência humana, concebida como atributo individual, é tão abstrata quanto ele (PUCCINI e CECÍLIO, 2004, p.1347).

Neste sentido, Rosana Campos (2003) salienta que, para se pensar a atenção clínica humanizada, é necessário o retorno à integralidade do processo histórico às ações técnicas e políticas. Não é objetivo deste trabalho adentrarmos profundamente no debate sobre o processo de trabalho no campo da saúde, no entanto, torna-se profícua sua consideração para entendermos as diversas perspectivas do ideário da humanização

na saúde, como também as diversas categorias que devem ser consideradas como interconectadas para que a humanização atinja seu ideal. De acordo com a autora,

Os processos subjetivos nunca poderão ser dissociados dos processos políticos e técnicos. Nessa dissociação reside grande parte da alienação no trabalho. Temos que voltar a juntar aquilo que no processo histórico foi separado por prescrições técnicas, pela divisão social do trabalho e pela recusa à subjetividade (CAMPOS, 2003, p.129).

Assim, fica evidente que muitos fatores perpassam as perspectivas conceituais da humanização, no entanto, para o objetivo proposto neste trabalho, faz-se necessário adentrarmos nos elementos que norteiam as medidas regulamentadoras do Ministério da Saúde para a aplicabilidade do ideário da humanização na atenção à saúde reprodutiva no âmbito do SUS.

Como mencionamos anteriormente, a humanização foi pautada como proposta de enfrentamento às violências institucionais a que eram submetidas as mulheres nos serviços públicos de saúde pelos movimentos feministas, desde a década de 60.

O mote das reivindicações feministas por humanização foi a atenção obstétrica, pois, a partir da segunda metade do século XX, houve um forte e rápido investimento em adicionar ao processo de parto, o uso de tecnologias com a finalidade de interferir em tal processo com a justificativa dos avanços científicos para melhorar a atenção à mãe e à criança. Tal intento resultou em um forte processo de medicalização do parto, na ausência do protagonismo da mulher nos momentos que a envolvem, na desconsideração do saber popular, produzido secularmente pelas parteiras, e em uma séria de violação dos direitos das mulheres (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

Nesse ínterim, as mulheres questionaram (e questionam) o uso rotineiro de tecnologias e intervenções no processo de parto, que não trazem benefícios concretos para as mulheres e lhes furtam o controle sobre o seu corpo nesse ciclo reprodutivo. Neste sentido, o foco da luta das mulheres pela humanização do parto é alocado no resgate do seu protagonismo no processo de gravidez e nascimento (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

As demandas dos movimentos feministas em busca da humanização do parto e todas as discussões transversais protagonizadas por elas nas elaborações dos direitos reprodutivos, implicaram na incorporação da humanização nos preceitos sobre a saúde integral das mulheres no Brasil. Assim, a humanização deixa de ser uma proposta

específica apenas para a vivência do parto e passa a conformar toda a gama de ações das práticas em saúde, de forma ampla e integralizada para todas as mulheres, como um dos mecanismos para o vislumbre do atendimento aos direitos reprodutivos de forma integral.

Neste sentido, a PNAISM incorpora a humanização e a qualidade da atenção destinada às mulheres, como “promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar” (BRASIL, 2004b, p.59).

Assim, a humanização se configura em um dos princípios da PNAISM para os serviços de saúde, envolvendo a participação dos profissionais de saúde como fator fundamental para mudança do atual modelo de atenção (BRASIL, 2004b).

A PNAISM indica a multiplicidade de fatores que envolvem uma atenção humanizada e qualificada. Para esta política,

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero (BRASIL, 2004b, p.59).

Para a PNAISM a humanização da atenção em saúde

é um processo contínuo e demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (BRASIL, 2004b, p.59).

Nessa perspectiva, a qualidade e humanização são processos indissociáveis na atenção em saúde das mulheres e no que concerne à atenção ao abortamento devem obter uma atenção maior dos/as profissionais da saúde, implicando em posturas de acolhimento, nos procedimentos clínicos e nos encaminhamentos necessários baseadas nos Direitos Humanos das mulheres.

Ademais, a humanização, nesse documento, é associada à qualidade da atenção, ambas pautadas em um sentido ampliado para além dos aspectos que envolvem apenas a disponibilidade de recursos tecnológicos, resoluções de problemas, tratamento benéfico e amigável (BRASIL, 2004b).



A qualidade da atenção à saúde das mulheres é expressa no caráter integral do atendimento à saúde que deve considerar aspectos sociais, culturais, biológicos, sexuais, etc., articulando-os com os saberes compartilhados entre as pessoas envolvidas (profissionais e usuárias) e reconhecendo a trajetória de vida e os direitos das usuárias no processo de atenção à sua saúde: “Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que considerem as experiências das usuárias com sua saúde” (BRASIL, 2004b, p.59).

Neste sentido, a PNAISM aponta uma série de elementos que devem ser considerados na efetivação da atenção humanizada à saúde das mulheres, que, na abordagem deste estudo, foram divididos em dois grupos: gestão em saúde, considerando os elementos que envolvem a organicidade do SUS, e atenção clínica, para aqueles elementos que se referem a aspectos do atendimento direto às usuárias dos serviços e os processos de atendimento nos mesmos.

No que tange à gestão em saúde, a PNAISM aponta serem necessários para a implementação da humanização os seguintes elementos:

- acesso da população às ações e aos serviços de saúde nos três níveis de assistência;
- definição da estrutura e organização da rede assistencial, incluindo a formalização dos sistemas de referência e contra-referência que possibilitem a continuidade das ações, a melhoria do grau de resolutividade dos problemas e o acompanhamento da clientela pelos profissionais de saúde da rede integrada;
- estabelecimento de mecanismos de avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação da clientela;
- estabelecimento de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação continuada das ações e serviços de saúde, com participação da usuária;
- análise de indicadores que permitam aos gestores monitorar o andamento das ações, o impacto sobre os problemas tratados e a redefinição de estratégias ou ações que se fizerem necessárias (PNAISM, 2004, p. 60-61).

Nota-se que a PNAISM preconiza um direcionamento para efetivação da humanização que envolve os diferentes níveis de atenção, a organização da rede de atenção à saúde das mulheres, mecanismos para avaliação dos serviços e para atuação dos/as profissionais, a construção de indicadores, tudo isso conformando um conjunto onde se deve promover o protagonismo e a participação das mulheres nos processos que envolvem sua saúde.

Em relação à humanização na atenção clínica, a PNAISM estabelece o seguinte:

- captação precoce e busca ativa das usuárias;
- disponibilidade de recursos tecnológicos e uso apropriado, de acordo com os critérios de evidência científica e segurança da usuária;
- capacitação técnica dos profissionais de saúde e funcionários dos serviços envolvidos nas ações de saúde para uso da tecnologia adequada, acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade;
- disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando-se a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhe a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários;
- disponibilidade de informações e orientação da clientela, familiares e da comunidade sobre a promoção da saúde, assim como os meios de prevenção e tratamento dos agravos a ela associados; (BRASIL, 2004b, p. 60-61).

Desta forma, a atenção clínica abrange uma série de pressupostos que deverão ser adotados nos serviços de saúde, incorporando na atenção o uso apropriado de tecnologias, a busca ativa, o acolhimento, informações sobre as condições de saúde das usuárias, assegurando às mulheres participação nos processos de decisões sobre sua saúde.

A atenção clínica é um dos pilares importantes para a efetivação da humanização na atenção à saúde, pois “se a proposta de humanizar não estiver fortemente vinculada com a reforma das modalidades clínicas que se desenvolvem em hospitais, será provavelmente banalizada, encarada como uma maquiagem superficial” (CAMPOS, 2003, p.128).

Como vimos anteriormente, os fatores que envolvem a humanização são também macroestruturantes, e isso tem incidência nas questões na atenção prática relacionada à saúde, incidindo diretamente nas propostas previstas para a humanização da atenção à saúde das mulheres. Tais fatores se intersectam com as práticas profissionais imergindo-as em um angustiante processo de precarização do trabalho, que não obstante, interagem na sua prática profissional.

Como esperar que estes [profissionais] estejam motivados para as mudanças preconizadas quando se defrontam com o achatamento salarial em curso, as cada vez mais precárias condições de trabalho, os processos de terceirização e precarização do trabalho em saúde, entre outras adversidades que caminham na contramão da qualidade, da integralidade e da humanização da assistência à saúde? (BARBOSA, 2006, p.329).

Apesar das importantes indicações para implementação do ideário da humanização na atenção à saúde das mulheres, a PNAISM enfrenta muitas barreiras na sua efetivação, sendo ainda uma proposta a ser conquistada, pois a realidade dessa atenção tem se distanciado em muito das diretrizes preconizadas nessa política.

#### 4.2 **Atenção humanizada ao abortamento no ISEA:** delineando as perspectivas da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou a norma técnica para atenção humanizada ao abortamento em reconhecimento à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres (BRASIL, 2005a).

A proposta desta norma técnica é a implantação de um novo modelo de assistência para o abortamento baseado nos seguintes elementos essenciais:

- a) Parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para garantir que os serviços reflitam e satisfaçam as expectativas e necessidades da comunidade;
- b) Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir;
- c) Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos;
- d) Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação;
- e) Integração com outros serviços de promoção à saúde da mulher e de inclusão social às mulheres (BRASIL, 2005a, p.10).

A atenção à saúde das mulheres, em situação de abortamento, deve ser perpassada pelo respeito à sua autonomia, liberdade, dignidade e autoridade para decidir sobre o seu corpo, sem a interferência de qualquer tratamento preconceituoso ou discriminatório que possa negar ou desumanizar o atendimento prestado (BRASIL, 2005a).

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento toma como base algumas referências bioéticas para orientar o atendimento humanizado:

- a) Autonomia: direito da mulher de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida;
- b) Beneficência: obrigação ética de se maximizar o benefício e minimizar o dano (fazer o bem);
- c) Não-maleficência: a ação deve sempre causar o menor prejuízo à paciente, reduzindo os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações (não prejudicar);
- d) Justiça: o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher (BRASIL, 2005a, p.16).

A efetivação da humanização na atenção às mulheres em situação de abortamento também está prevista na Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, que estabelece que tais serviços devem “assegurar às mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sejam atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando assim o risco de adoecimento e morte” (BRASIL, 2005b, p.22).

Vale destacarmos que, de acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, existem métodos específicos para os procedimentos de realização do abortamento:

Durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intra-uterina (manual ou elétrica), o abortamento farmacológico e a curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco/benefício de cada procedimento (BRASIL, 2005a).

A referida norma técnica também estabelece procedimentos necessários para a efetivação da atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento nos momentos de acolhimento, atenção clínica e orientações/encaminhamentos pós-aborto, sobre os quais nos debruçaremos nos tópicos seguintes, articulando-os com as falas das usuárias e profissionais entrevistadas/os no ISEA, para analisarmos a efetividade da humanização na atenção ao abortamento nesse serviço específico.

Mas, antes de adentrarmos nessa parte do estudo, consideramos pertinente apresentar um breve perfil das mulheres entrevistadas que aparecerão nas análises próximas.

Reconhecendo que o abortamento envolve uma série de questões sociais e econômicas, caracterizamos o perfil socioeconômico das mulheres entrevistadas em atendimento no ISEA. Neste sentido, apresentaremos, a partir de agora tal

caracterização a fim de entendermos qual o perfil das mulheres em situação de abortamento nesse serviço.

Ao total entrevistamos 8 mulheres com idades, entre 22 e 35 anos, sendo cinco adultas, estando entre 31 e 35 anos, e três jovens, entre 22 e 29 anos.

Além disso, quatro se definiram como brancas e outras quatro como pardas; cinco afirmaram ser católicas; seis usuárias são casadas; todas possuem parceiros fixos e cinco são naturais de Campina Grande.

Esses aspectos apontam um perfil semelhante entre as usuárias entrevistadas e as demais mulheres que abortam, de um modo geral, no Brasil, que são, em sua maioria, casadas, católicas e com parceiros fixos. Tal perfil contradiz alguns pré-julgamentos disseminados socialmente que associam a prática do aborto ao relacionamento das mulheres com vários parceiros ou a ausência de princípios religiosos.

Sobre a escolaridade das mulheres, verificamos que a metade delas finalizaram os estudos entre o nível Fundamental I ou Fundamental II, o que denota uma baixa escolaridade de grande parte das mulheres entrevistadas.

No que tange à profissão das entrevistadas, constatamos que três são agricultoras e dentre as outras cinco encontramos as seguintes profissões: dona de casa, Técnica de saúde bucal, Pedagoga, Trabalhadora doméstica e estudante. Sobre o vínculo de trabalho, no momento da pesquisa três mulheres estavam desempregadas, duas trabalhavam com vínculo informal e três com trabalho formal.

Nota-se que, além de apresentarem uma baixa escolaridade, as usuárias também estão inseridas, em sua maioria, ocupações que estão associadas a baixos salários. Neste sentido, verificamos que a renda familiar da metade das entrevistadas é de até um salário mínimo, seguidas de três que possuem de um a dois salários mínimos, e apenas uma entrevistada declarou a renda familiar de três a quatro salários.

O nível de escolaridade associado à baixa renda das mulheres usuárias se relaciona diretamente com as condições de abortamento, que na condição atual de criminalização e discriminação no Brasil, pode significar maior risco. É importante destacarmos também que as mulheres desse perfil socioeconômico podem estar mais suscetíveis a situações de abortamento, principalmente pelo nível restrito de informações devido ao pouco acesso educacional, o que pode denotar que a integralidade da assistência à saúde reprodutiva, principalmente com ações de planejamento familiar, pode estar sendo realizada de forma ineficaz.

No que tange à composição familiar das entrevistadas, identificamos que a metade delas constitui família de duas pessoas, e a outra metade é dividida entre duas que possuem três pessoas na família e duas que possuem uma família composta por quatro pessoas.

No que se refere à aquisição de benefícios de transferência de renda, cinco mulheres declararam ser beneficiárias do bolsa-família, as demais indicaram não possuírem nenhum benefício. Em relação ao valor dos benefícios daquelas que os possuem, identificamos uma média de R\$ 200,00 (duzentos reais) por mulher. Vale destacar que o valor do bolsa-família é estabelecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), num cálculo que relaciona número de membros da família com o valor da renda familiar mensal.

Investigamos, ainda, as entrevistadas sobre a condição de moradia que possuíam, e verificamos que a maior parte delas, ou seja, seis moram em casa alugada ou cedida, e ainda, que todas possuem acesso à água, à energia elétrica e ao esgotamento sanitário em suas residências.

Do exposto, torna-se evidente que o perfil das mulheres em situação de abortamento entrevistadas no ISEA indica que estas são em sua maioria de baixa escolaridade e baixa renda, o que já era previsível para um serviço público de saúde. No entanto, tal perfil também aponta uma necessidade maior de investimento nas ações de humanização no serviço, tendo em vista que as condições de vida dessas usuárias reivindicam maior atenção e orientação sobre as condições de sua saúde reprodutiva, maior investimento em ações de educação em saúde, bem como um atendimento digno e respeitoso para que este não incorra em uma revitimização para essas mulheres, considerando que suas condições de vida já indicam situações de desigualdade e opressões.

#### 4.2.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é entendido como um recurso que enfatiza a importância e a necessidade de escuta e diálogo nas intenções de humanização dos atendimentos. Apesar do termo remeter a acolhida, recepção e congêneres, o acolhimento não se dá apenas nos momentos iniciais nos serviços de saúde, “é no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a

possibilidade de escuta do outro, que se dá o acolhimento, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta” (AYRES, 2006, p.71).

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento considera que o acolhimento é um dos principais itens para atingir o atendimento humanizado. Para essa norma, o acolhimento é entendido como “o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência” (BRASIL, 2005a, p.17).

Para delimitação das categorias integrantes do acolhimento humanizado, tomamos como base a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, destacando algumas categorias para sua efetivação: 1) Acolhimento amigável, considerando o tempo de espera e as condições de acesso a utensílios, como cama, lençóis e toalhas; 2) Escuta qualificada, enfatizando os momentos de escuta, o fornecimento de informações às usuárias, avaliação da postura das/os profissionais e a existência de privacidade no atendimento e confidencialidade das informações; 3) promoção da autodeterminação reprodutiva das mulheres, com a efetivação do favorecimento à participação das usuárias durante o atendimento; 4) informações prestadas no serviço; e por fim, 5) avaliação do serviço.

É importante destacarmos que dividimos as usuárias entrevistadas em dois tipos de demandas: demanda espontânea, para as seis usuárias que chegaram ao serviço sozinhas, sem nenhuma indicação pessoal ou profissional; e demanda indicada, para duas que mencionaram ter pessoas conhecidas no serviço que, de certa forma, facilitaram o atendimento. Tal diferenciação é importante porque o tipo de demanda pode interferir em diversos momentos da avaliação das entrevistadas sobre o atendimento no serviço.

O tempo de espera é um dos principais fatores que aparece nesse estudo que apresenta insatisfação das/os usuárias/os, pois é um momento que relaciona vários aspectos ligados à queixa da/o paciente, como dor, medo relacionado à condição de saúde, desconforto, entre outros.

No caso do ISEA, o tempo de espera pela efetividade do atendimento<sup>18</sup> se torna melindroso e até dramático, pela urgência dos casos e o alto risco de vida às mulheres usuárias. Situações de parto, pós-parto e abortamento, apresentam níveis diferentes de

---

<sup>18</sup> É importante salientarmos que por resolutividade do atendimento para os casos de abortamento entendemos a completude do esvaziamento uterino, ou seja, após a curetagem.

complexidade e urgência. Os casos de abortamento, por exemplo, não são tidos como situações prioritárias, e neste sentido, o tempo de espera pode ser mais prolongado.

A espera prolongada associada a complexidade subjetiva que envolve o abortamento para as mulheres (nervosismo, estresse, medo, etc) apareceu no conteúdo das falas de cinco entrevistadas. A seguir, exemplificamos algumas dessas abordagens:

Mulher eu achei, porque assim, a gente já vem tão nervosa, tão ansiosa né? Que a gente quer que seja de imediato, talvez seja normal, mas... Eu achei que foi muito tempo (*Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Fiquei esperando foi um bocado de tempo, sentindo dor... Que a médica estava em reunião (*Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Como apontam as usuárias entrevistadas, no momento da espera, o medo e a ansiedade relacionada ao abortamento são fatores que tornam esse momento mais complexo para as mulheres. Além disso, a dor é uma condição estressante e também amedrontadora para as usuárias, principalmente pelo fato de não saberem o que está acontecendo no seu corpo no momento do abortamento. As implicações decorrentes do abortamento são desconhecidas para a maioria das mulheres, assim, fatores como medo e dor tornam-se, em alguns casos, aterrorizantes, tendo impacto significativo e direto na forma que as usuárias vivenciam a espera.

Além disso, pela configuração da realização da curetagem no ISEA, na qual as mulheres, por vezes, esperam até a manhã do dia seguinte para serem atendidas, como já abordamos anteriormente, o tempo de espera para o esvaziamento uterino é bastante prolongado, como aponta a usuária a seguir:

Esperei né? Desde a hora que eu cheguei [SETE HORAS DA MANHÃ], veio atender hoje [MANHÃ DO DIA SEGUINTE]... mas tá bom... Resolveu tá bom (*Lucielma da Silva dos Santos, 35 anos, solteira, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Nota-se que apesar de ter esperado em torno de 24 horas pela resolutividade do atendimento, a usuária se conforma com a situação pelo fato de ter tido a resolução do problema que apresentava ao chegar ao serviço, entendendo o atendimento que recebeu, não como um direito, mas como uma benesse. Tal percepção pode estar associada



também ao medo que a vivência do abortamento traz às mulheres, que na maioria das vezes não sabem o tipo de atendimento a que serão submetidas, nem como ele acontece.

Apesar disto, a referência a uma espera curta foi perceptível em três falas, sendo duas delas de usuárias oriundas da demanda indicada:

Nós fomos direto... Por ser médica, ela que encaminhou até lá, a ala de alto risco, e foi ela que fez todo o procedimento. **Nós não passamos por fila, por nada, por conta dela.** Então, eu não posso dizer o que é ficar numa fila aqui, porque eu não tive [QUE FICAR] não. Ela já me levou direto pra enfermaria lá, de alto risco (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Hoje... Hoje foi rápido, porque **quando eu cheguei à médica já estava ai** [AGUARDANDO-A] (*Silvane Cristina, 34 anos, casada, estudante, sem religião definida, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Não, eu acho que não, que tinha muita gente que tava precisando mais do que a gente. Assim né? Que já sabia que a criança tava morta, só que tinha mais gente, mais precisada do que a gente né? Porque tinha a criança viva, não ia atender a gente primeiro, que já tava morta, pra deixar um morrer... Lógico que não né? (*Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

É notório que as usuárias que ingressam no serviço, através de demanda indicada não vivenciam as mesmas condições e o mesmo tempo de espera das demais usuárias do serviço, pois, ou estavam sendo esperadas por algum profissional de saúde, ou tinham alguém de confiança, facilitando o acesso ao atendimento. Além disso, uma das usuárias expressa que a sua percepção do tempo de espera é amenizada devido ao compadecimento com outras mulheres que apresentavam condições de saúde mais críticas, o que denota o nível de casos complexos que são atendidos no ISEA.

O aspecto de diferenciação na condição de acesso ao atendimento expressa, ainda, favoritismo e privilégios dentro do serviço, o que vai de encontro aos princípios que regem o SUS, a PNAISM, bem como a perspectiva de humanização. O tratamento desigual dado às usuárias não condiz com uma atenção humanizada e expressa uma relação de uso da coisa pública, servindo a interesses individuais e clientelistas.

Apesar do tempo de espera longo ter aparecido no conteúdo das falas da maioria das usuárias, para três profissionais, o tempo de espera no ISEA para resolutividade no atendimento é curto:

Normal. É o mesmo tempo de espera se você for pra outro hospital. Se você for pra um atendimento num hospital particular, você vai ter o mesmo tempo de atendimento (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não. Não demora muito... Quinze, vinte minutos, pra elas irem para o atendimento (*Assistente Social, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

As/os profissionais que consideram o tempo de espera curto demonstram desconsiderar em suas percepções os fatores que transcorrem as condições subjetivas das mulheres em situação de abortamento, como medo, insegurança, ansiedade etc. Além disso, uma das profissionais demonstra fundamentar sua avaliação, fazendo um comparativo com os serviços de saúde privado, expressando a ideia de valorização do setor privado como modelo ideal de atenção à saúde.

Além disso, quando comparamos o conteúdo das falas relativas ao tempo de espera, percebemos que as usuárias demonstram um tempo bem maior do que o citado pela assistente social (quinze ou vinte minutos). Na nossa trajetória dentro do serviço, observamos que o tempo de espera é bem maior do que alguns minutos, o que é agravado pela condição dessa espera (sentada em cadeiras), que incide em maior desconforto para as mulheres em abortamento.

Outro aspecto importante de ser destacado se refere à diferenciação na forma de percepção sobre o tempo de espera para usuárias e profissionais. Para estas, a espera só acaba quando se tem o problema resolvido, ou seja, após o esvaziamento uterino. Para as/os profissionais, o tempo de espera é delimitado no período que compreende a chegada da usuária ao serviço até seu encaminhamento para o setor dos procedimentos clínicos, ou seja, a sala de parto.

No entanto, duas/dois profissionais mencionaram que o tempo de espera é relativo à condição clínica das mulheres, assumindo um dos aspectos que envolvem a resolutividade do atendimento que é a resposta fisiológica da mulher aos medicamentos para expulsão do conteúdo do aborto:

Olha, o tempo de espera é um dos problemas, porque vai avaliar pra dizer as condições de cada paciente. Cada paciente tem um quadro clinico diferente né? Elas pode demorar, e também ser rápido, vai

depende das condições fisiológicas, questões dela mesmo. Tem umas que chega rápido expulsa, já tem umas [QUE] não. Vai depender de muitas contrações, muita dor, pra esse colo dilatar completamente, então vai depender... Agora nós temos um problema, que é em relação à noite. A maioria das curetagens é durante o dia aqui [...] porque depois de onze horas não tem mais curetagem não (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Vale salientarmos que a condição clínica é um dos elementos que devem ser considerados no aspecto da espera, principalmente para as mulheres em processo de abortamento. No entanto, como vimos nas falas das usuárias, o tempo de espera no ISEA é baseado em maior medida em um modelo de organização do trabalho no serviço, já que as usuárias, na maioria das vezes, independente da sua condição clínica, esperam o horário mais conveniente para realização da curetagem, que como destacou o Enfermeiro entrevistado, é durante o período da manhã.

Neste sentido, é importante destacarmos que o modelo de organização do trabalho no ISEA necessita ser revisto para que se alcance um atendimento humanizado nesse serviço. O fato de desvelarmos que as mulheres aguardam um horário adequado à conveniência das/os profissionais do serviço (geralmente pela manhã) para terem a resolutividade do atendimento e, ainda, que a lógica da realização das curetagens segue uma forma quase taylorista de organização (acumulam-se usuárias para serem preparadas, uma ao lado da outra para o procedimento, com vistas à agilidade no processo), revela total distanciamento da perspectiva de humanização.

Dois fatores devem ser considerados na análise sobre a organização do trabalho no ISEA: primeiro, o número de profissionais médicas/os, enfermeiros/as, etc, para o atendimento às mulheres em abortamento e realização das curetagens, é insuficiente para a demanda. Segundo, a caracterização do abortamento como condição de saúde menos prioritária para o atendimento pode incidir diretamente nesse modelo organizativo.

De acordo com a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, o momento do acolhimento deve ser baseado na orientação e informação às usuárias sobre sua condição de saúde, sobre os procedimentos que podem ser requisitados para condução do processo, a escuta da usuária de forma respeitosa e livre de preconceitos, dentre outras (BRASIL, 2005a). Para esta norma, no momento do acolhimento a equipe multiprofissional deve:

- a) Respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito verbalmente, auxiliando-a a contatar com os seus sentimentos e elaborar a experiência vivida, buscando a autoconfiança;
- b) Organizar o acesso da mulher, priorizando o atendimento de acordo com necessidades detectadas;
- c) Identificar e avaliar as necessidades e riscos dos agravos à saúde em cada caso, resolvendo-os, conforme a capacidade técnica do serviço, ou encaminhando-a para serviços de referência, grupos de mulheres e organizações não-governamentais (ONG) feministas;
- d) Dar encaminhamentos aos problemas apresentados pelas mulheres, oferecendo soluções possíveis e priorizando o seu bem-estar e comodidade;
- e) Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações;
- f) Realizar os procedimentos técnicos de forma humanizada e informando as mulheres sobre as intervenções necessárias (BRASIL, 2005a, p.19).

Neste sentido, procuramos captar dados referentes ao bem-estar e comodidade das usuárias, durante a sua permanência no serviço no que se refere ao acesso a utensílios, como toalhas, lençóis, roupas de cama, entre outros, bem como sobre as condições destes itens, considerando que estes possuem uma função básica para a efetividade do conforto mínimo para as mulheres.

Diante disso, a referência ao conforto e às boas condições dos utensílios supracitados durante o atendimento no serviço foi mencionada por quatro usuárias:

*Tava bem, tava tudo limpinho (Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Pra falar a verdade, até que foi boa né? Estavam tudo limpinhos. Cheguei lá, tomei banho. Ela me deu uma camisola, pra “mim” trocar lá, arrumou lá a cama pra mim, já me deu lençol, travesseiro, [...] **eu tive conforto** (Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande).*

No entanto, outras quatro usuárias se referiram ao não acesso a itens em boas condições que pudessem promover o conforto e o bem estar durante o atendimento, com o fator implicador de que a ausência de itens, como toalhas e macas, entre outros, as deixou em situações difíceis, constrangedoras e desconfortáveis frente à sua condição clínica referente ao abortamento:

*Toalha não tive não. Só tinha lençol [...] e era pra se enrolar, ai ela mandou tomar um banho, hoje de manhã, e mandou se enxugar com o lençol (Lucielma da Silva dos Santos, 35 anos, solteira, agricultora,*

*católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Porque acho que quando a pessoa tá sangrando, sentindo dor né? Tinha que tá pelo menos deitada, numa maca (Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

Faz-se necessário ressaltarmos que a avaliação das condições da estrutura física realizada pelas usuárias demonstra uma realidade bastante crítica referente às condições objetivas para o atendimento no ISEA, na medida em que algumas usuárias mencionaram a vivência de situações difíceis durante o atendimento, como por exemplo, ter que aguardar pelo atendimento sentada em cadeiras, sentido dores, ou mesmo ter que se enxugar com o lençol, provavelmente sujo, porque não teve acesso à toalha.

Além disso, a observação da usuária Camila Ramos sobre a condição de permanência no serviço, com ausência de uma maca para se deitar, denota que a estrutura do ISEA, além de não comportar o número de usuárias que recorre a esse serviço, não propicia condições efetivas para um atendimento adequado e humanizado que considere o bem-estar das usuárias em situação de abortamento.

Assim, podemos inferir que as condições de acesso aos utensílios necessários à acomodação mais confortável das usuárias em abortamento no ISEA não se dá de forma a abranger todas as usuárias do serviço. Tal fator pode ser associado à superlotação do serviço que torna a quantidade dos mesmos insuficientes. No entanto, é importante destacar que essa condição de acesso aos itens para maior comodidade das usuárias pode indicar também um tratamento diferenciado dentro do serviço, fundamentado em pré-julgamentos das/os profissionais. Observamos, em alguns momentos, posturas profissionais que buscavam detectar se o abortamento foi realmente espontâneo ou se foi provocado, explicitando situações preconceituosas e punitivas dentro do serviço.

Apesar disso, diferentemente do que apontou boa parte das usuárias sobre as difíceis condições estruturais do ISEA, o conteúdo das falas da maioria das/os profissionais indica que as usuárias têm acesso a itens necessários e adequados ao atendimento com conforto:

É de qualidade, que tem todos os procedimentos. Nós temos lençóis, nós temos absorventes, nós temos toda a necessidade que os pacientes

precisam (*Psicóloga, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Sim. Lógico, a gente tem que levar em conta que é um serviço público, todo serviço público ele tem suas ressalvas, tem suas falhas, tem alguns dias que falta material, **isso a gente não tem o que fazer, porque é serviço público tá?** Mas, dentro do que se pode fazer, eu acho que se faz muita coisa (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

No entanto, duas/dois profissionais fizeram reflexões que corroboram com elementos levantados pelas usuárias, demonstrando que o ISEA possui problemas graves em relação à provisão de insumos para o bom atendimento:

Precário, tudo precário... É um dos problemas seríssimos que nós enfrentamos hoje. **Isso é setor público!** É questão de lençol, roupa, é sério. Hoje, você pode ver, nós temos quanta dificuldade de estrutura física a gente tem [AQUI], você pode observar, físico, tecnológico, instrumental, tudo... Porque quando a cadeia dá errado num canto, atinge todo canto. Se a cadeia dá certo num canto, dá certo em todo canto (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Em relação às ponderações das/os profissionais, é possível perceber alguns fatores dissonantes. Enquanto algumas/alguns mencionaram que o serviço tem todos os itens referentes a uma estrutura de qualidade, outros ressaltaram sua inadequação, e com um adendo importante que é a falta de material para realização dos procedimentos. Além disso, percebemos a profissional médica e o enfermeiro baseando suas análises no fato do ISEA ser um serviço público, naturalizando a condição precária do serviço com base em uma ideologia de que os serviços públicos são sempre problemáticos e deficitários de boas condições.

Além disso, o relato da psicóloga informando que o serviço tem todos os itens necessários a um atendimento adequado está dissonante da realidade que observamos no serviço, o que demonstra ou um desconhecimento dessa profissional em relação a este aspecto, ou a intenção da mesma em camuflar a realidade do ISEA.

É importante ressaltarmos que durante o período de coleta de dados, observamos algumas situações preocupantes, quando se pensa em um atendimento humanizado, tais como: mulheres em abortamento sentadas em cadeiras, sentindo dores, porque não havia leito suficiente na sala de parto; ausência de toalhas e lençóis em quantidades suficientes; lençóis sujos; banheiros em más condições de higiene, entre outras. Mas também é importante destacarmos que observamos situações bastante confortáveis para

as mulheres, em camas, com lençóis e travesseiros, relatando sua satisfação com o atendimento.

Neste sentido, o que nos chama atenção é que o ISEA tem problemas no fornecimento de utensílios de forma equânime para comodidade das usuárias que não são percebidas por todas as pessoas que nele são atendidas ou trabalham, e nesse ponto fica uma questão no ar: quais fatores determinam a vivência de um atendimento com comodidade e conforto para algumas usuárias e para outras não?

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento salienta que um dos aspectos fundamentais para a promoção de um acolhimento humanizado é a existência de escuta das mulheres de forma integral, sem prejulgamentos ou imposição de valores, com capacidade de lidar com os conflitos, valorizando as queixas, permitindo e incentivando as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades (BRASIL, 2011b). Neste sentido, o papel das/os profissionais é fundamental, mas necessita de condutas específicas:

Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro (BRASIL, 2011b, p.24).

Para tanto, o MS indica um roteiro de conversa que deve ser adotado nos serviços de atenção ao abortamento, considerando a disponibilidade da mulher e as condições do serviço:

Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como: a maternidade e o desejo de ser e não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada (BRASIL, 2011b, p.25).

Neste sentido, nos voltamos a entender a existência de momentos de diálogo entre as usuárias e as/os profissionais que as atenderam, considerando as informações fornecidas, as perguntas realizadas por profissionais e usuárias, ou seja, momentos que favorecessem a existência da escuta de suas queixas e sentimentos. Assim, a abordagem central nas falas de seis usuárias expressou que os momentos de interação entre profissionais e usuárias foram aligeirados, não propiciando uma conversa mais detalhada e adequada. Além disso, os enunciados expressam certo desinteresse da

equipe profissional pela condição subjetiva e/ou psicossocial do abortamento vivenciada pelas usuárias:

Mulher, num to dizendo, foi muito rápido ((risos)), sabe?... Assim uma coisa bem [DESINTERESSADA]... Não teve muita conversa não... “oh aconteceu isso” e pronto. “Vamos fazer o procedimento agora!” (*Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não falei nada, que elas não perguntaram (*Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Alegando argumentação diferenciada das demais usuárias inseridas no serviço por demanda espontânea, duas usuárias afirmaram que a inexistência da escuta foi relacionada à sua condição de demanda indicada, tendo em vista que expressam que a escuta não era necessária pela equipe profissional devido ao contato já estabelecido com suas/seus médicas/médicos em seus consultórios particulares:

Sim, foi a médica. Antes de virmos pra cá, ela já com a ultrassom na mão, ela já deu o diagnóstico se possível como seria. [...] Mas tudo foi ela aqui, e eu quase não tive [CONTATO], tive contato com pouquíssimas pessoas (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Torna-se notório, a partir das falas das usuárias, a inexistência de uma rotina de escuta qualificada no ISEA, na medida em que são promovidos momentos rápidos, esporádicos e fragmentados. No que concerne à atenção humanizada ao abortamento, tal realidade está totalmente incoerente com o que preconiza o MS.

Ademais, fica perceptível no conteúdo da fala da usuária, Adriana de Souza Queiros, proveniente de demanda indicada, que o tratamento diferenciado no serviço, além de promover o não contato das pacientes com a equipe profissional, incide diretamente na sua percepção sobre os momentos do abortamento, considerando todo o aparato de escuta e informações a que teve acesso se deu no consultório médico da clínica particular.

Em contraponto, as abordagens defendidas pelas usuárias, as/os profissionais demonstraram, em suas falas, a existência de momentos de conversa com as usuárias para fornecimento de informações:



É... Como a gente também faz... a gente explica qual vai ser o procedimento, vai fazer curetagem ou AMIU, a gente diz o que vai fazer e orienta também a questão de quando ela pode engravidar (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

É aquela história, eu vou, recebo elas, depois que elas fazem a ficha lá na recepção vem pra mim, eu faço meu papel de técnica, vou verificar o “PA” delas, vou fazer pergunta a ela: **o que é que aconteceu? Como foi que aconteceu?** Pra “mim” transmitir para o médico, aí chama o médico e ele vai atender (*Auxiliar de enfermagem, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Apenas uma das falas das/os profissionais expressou não haver possibilidade de uma escuta adequada no ISEA, devido à ausência de um setor específico para acompanhamento dos casos de abortamento, bem como de quantidade de profissionais na equipe adequada para isto:

Muitas vezes o tempo é tão pouco, que é tão importante a gente passar pra elas o que ta acontecendo aqui [...] na hora que ela chegasse tivesse o setor só pra elas, os profissionais já sabiam orientar, sentar com ela. “O que é aborto?” “O que ta acontecendo?” “O que é que vai acontecer?” Porque muitas vezes, elas não sabem nem porque tá sentindo dor, elas acham que com a dor elas “vai” morrer (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Fica perceptível que cada profissional conversa com a usuária, conforme a necessidade de sua prática, inexistindo uma rotina de escuta qualificada com a usuária.

Além disso, apesar da maioria das/os profissionais relataram momentos de escuta, a referência que fazem a esta é voltada para os momentos em que fornecem informações às mulheres, e como vimos, anteriormente, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento orienta um roteiro de conversa bem mais abrangente do que apenas o fornecimento de informações, considerando aspectos múltiplos, inclusive subjetivos, que envolvem o abortamento.

Outro fator importante é a observação do Enfermeiro relativa à necessidade de estruturação de um local dentro do serviço adequado e específico para os casos de abortamento no ISEA. Tal percepção está de acordo com os princípios da humanização no que tange à necessidade de integralidade do atendimento, superando a fragmentação do cuidado entre diferentes profissionais e setores. Além disso, ao relatar a necessidade de um setor adequado e específico para os casos de abortamento, o Enfermeiro deixa

explícita a impossibilidade de realização de um atendimento integral na atual configuração da atenção ao abortamento do ISEA.

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento também estabelece orientações relativas à postura da equipe profissional, salientando que para a efetivação da humanização é necessário existir o respeito aos direitos humanos das mulheres e que se adote uma postura ética, desprendida de preceitos morais e religiosos na atenção ao abortamento (BRASIL, 2011b).

Além disso, a referida norma salienta que,

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

Vale salientarmos que durante a coleta de dados não observamos, e em nenhum momento foi citada por profissionais do ISEA, a existência de discussões coletivas entre a equipe, rodas de diálogo, oficinas, entre outros, como sugere a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. O que pudemos perceber foi profissionais sobrecarregados de trabalho, principalmente médicas/os e enfermeiras/os, com aspecto de cansaço e pouca paciência no trato com as usuárias. Tal fator não justifica posturas inadequadas para a efetivação da humanização, mas se apresentam como aspectos difíceis para que se atinja esse ideal dentro do serviço.

Considerando que um dos princípios para a efetivação da humanização é o estabelecimento de empatia entre profissionais e usuárias, identificamos no conteúdo da fala de quatro usuárias menção à postura das/os profissionais como fria, hostil, grosseira etc.:

Pra falar a verdade é... Pessoas que não falam direito com os pacientes sabe? Que tratam com ignorância... Ontem eu vi muito aqui (*Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Toda pessoa que ia perguntar, eu tive dúvida em alguma coisa, ai fui perguntar a ela, e ela: “DIGA”, sabe? Toda ríspida assim, toda arrogante eu acho, ai eu: “não, não, não, nada”. Ai você já tá fragilizada, ai alguém já te trata assim, **você se sente um nada** (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

É evidente que a adoção de posturas inadequadas por parte das/os profissionais é inconcebível dentro de um serviço de saúde, pois vai de encontro a tudo que preconiza o SUS ao elevar as/os usuárias/os ao status de sujeito de direitos, bem como a todos os princípios para um atendimento humanizado. Como vimos, a condição do abortamento pode apresentar situações complexas emocional e subjetivamente para as mulheres, e a posturas profissionais como as apontadas nas falas acima, se apresentam como um agravante para a condição psicológica e emocional das usuárias, além de contribuírem para um distanciamento sobremaneira dos princípios de humanização.

No entanto, outras quatro usuárias consideraram a postura das/os profissionais boa, tranquila ou adequada:

Achei tudo bem... Tudo bom! (*Lucielma da Silva dos Santos, 35 anos, solteira, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Tranquilo (*Silvane Cristina, 34 anos, casada, estudante, sem religião definida, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Torna-se fundamental, destacarmos que algumas usuárias expressaram certo receio em verbalizar suas reflexões sobre as posturas profissionais dentro do ISEA, devido às seguintes circunstâncias: em alguns momentos, percebemos que, pela presença de profissionais próximas/os ao local da entrevista, as mulheres tinham receio de adentrar nessa questão; em outros, era notável que algumas usuárias expressavam conformidade com as situações inadequadas a que eram submetidas pelo medo de não conseguirem a resolutividade do atendimento.

Outro fator que envolve o acolhimento é relativo à privacidade no atendimento e confidencialidade das informações, previstos como um dos aspectos que devem ser garantidos pelas equipes profissionais dos serviços de atenção ao abortamento para garantia da humanização (BRASIL, 2011b).

No que tange a esse aspecto, a inexistência de privacidade e confidencialidade durante o atendimento no ISEA foi perceptível no conteúdo das falas de cinco usuárias, demonstrando situações inoportunas e inconvenientes para as mulheres em situação de abortamento:

Me incomodou a falta de ética das pessoas. Porque eu tava numa janela, de frente a porta, na maca em frente a porta, e as pessoas, os

curiosos, iam passando e olhando (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Como vimos anteriormente, a estrutura física do ISEA não favorece a existência de um atendimento confidencial e privativo, não há divisória entre as camas e na maior parte das vezes o acesso é livre aos leitos. Além disso, a superlotação do serviço dificulta as condições para a existência de privacidade.

No entanto, de forma contrária a essa realidade, a argumentação de três profissionais demonstrou considerar que o atendimento no ISEA favorece as condições para a existência de privacidade e confidencialidade das informações:

Quando elas ficam na triagem, lá em baixo, geralmente fica o médico. Quando atende lá em baixo é o médico, o enfermeiro e a técnica. Aqui [SALA DE PARTO], quando a gente vai atender, geralmente vai um, ou examina a paciente lá ou traz aqui pra sala de exame. Se a paciente não quer ser examinada na cama, a gente traz pra sala de exame, a gente procura que seja um atendimento é... uma a uma, iguais as outras (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Porém, duas/dois profissionais corroboram que a ausência de estrutura física adequada no ISEA, bem como a ausência de recursos adequados, não propicia condições para que haja privacidade no atendimento:

Privacidade no atendimento? Não, porque já é tudo misturado né? Mas na triagem sim, mais reservado, na triagem é mais reservado. Aqui [SALA DE PARTO] não, porque é uma cama junta das outra, é... É questão mais de estrutura física mesmo, se tivesse um canto só pra elas... (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

É importante mencionarmos, que no período da coleta de dados percebemos que o único lugar que favorece a privacidade no atendimento é a sala de triagem, como menciona o enfermeiro entrevistado na fala supracitada. Na triagem, as usuárias entram, uma a uma e dão seu relato a uma auxiliar de enfermagem e a uma médica. No entanto, algumas das falas das usuárias demonstram que nesse setor também há quebras de privacidade:

Não, foi tão assim... Tinha muita gente ali na recepção, não chegou ser na recepção. Assim, teve uma sala que ela tava atendendo [SALA DE TRIAGEM], entendeu? Ai tinha muita gente, assim esperando (*Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Apesar do fator confidencialidade das informações ter sido uma abordagem recorrente nas falas de todas/os as/os profissionais, no período de coleta de dados identificamos, por mais de uma vez, profissionais comentando casos de usuárias que estavam sendo atendidas no serviço, seja com outras usuárias também em atendimento, seja com outras/os profissionais de setores diferentes, o que gerou situações constrangedoras.

Diante disso, fica possível inferirmos, no que tange à privacidade no atendimento, que o ISEA está em desacordo com os princípios de humanização, não promovendo ambientes que favoreçam um atendimento com privacidade para as mulheres em situação de abortamento. E no que concerne à confidencialidade das informações, faz-se necessário maior aprimoramento das posturas profissionais dentro do serviço para que a indicação de confidencialidade das informações sobre as usuárias em situação de abortamento seja efetivada.

Vale salientarmos que a ausência de privacidade e confidencialidade durante o atendimento dos casos de abortamento pode significar um complicador para a condição psicológica e emocional das mulheres que estão vivenciando o abortamento.

Outro aspecto enfatizado na norma técnica de atenção humanizada ao abortamento para o acolhimento é a atuação da equipe profissional voltada para a promoção da autonomia das mulheres na atenção à sua saúde, favorecendo a chamada autodeterminação, ou seja, a participação das mulheres em todo o processo de atendimento, incidindo sobre as alternativas para o seu caso e escolhendo as técnicas mais adequada para si.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada (BRASIL, 2011b, p.23).

Neste sentido, buscamos saber das usuárias entrevistadas se houve momentos propícios para sua participação durante o atendimento, bem como quais as informações que lhes foram fornecidas pelas/os profissionais do serviço para detectarmos em que medida as informações favorecem condições para participação das usuárias.

Assim, os enunciados sobre o recebimento de informações relativas aos procedimentos que iam ser adotados no serviço, integraram as falas de apenas três

usuárias, que indicaram se tratar de informações superficiais que não propiciaram a incidência nos momentos de atendimento, tomando decisões sobre o mesmo e escolhendo sobre métodos para esvaziamento uterino.

*Tudo que ela ia fazer, ela dizia o que era (Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Que iam dar uma anestesia e fazer o procedimento, e tinha que ser em jejum (Silvane Cristina, 34 anos, casada, estudante, sem religião definida, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Assim, quando eu subi a moça é... Colheu sangue, me informou que eu ia [FAZER CURETAGEM]... Perguntou se eu já sabia como era, se eu já tinha passado, eu disse que não, ai que ia passar por esse [PROCEDIMENTO] que não é tão normal, mas eu ia ficar na posição tipo ginecológico ai... foi isso que ela me orientou, gostei da orientação dela (Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande).*

Ademais, nas falas das outras cinco usuárias foi possível identificar que não houve o fornecimento de informações de qualquer tipo, nem sobre os procedimentos que seriam adotados, nem sobre sua condição de saúde relacionada ao abortamento. Ou seja, as mulheres explicitaram não saber que procedimento seria realizado no seu corpo, nem tão pouco como estava a condição do seu útero e como aconteceria o abortamento no mesmo:

*Mulher, na verdade, a gente fica meio perdida visse? Sem saber o que é que vai acontecer... Não tem muito diálogo não, chegou: “oh daqui a pouco fulana vem”, somente. “Daqui a pouco fulana vem”. Não diz pra você: “fulana vai vir, fazer isso, olhar aquilo”... Faltou um pouquinho [DE DIÁLOGO] (Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Não, meteram só os comprimidos pra abortar... Mas [DISSERAM] que ia botar o feto pra fora tudinho, ai depois eu ia pro... Alimpar né? (Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

Posta tal condição de recebimento de informações por parte das usuárias entrevistadas, solicitamos as/os profissionais entrevistadas que mencionassem quais

informações forneciam às mulheres durante o atendimento, considerando que a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento preconiza que a equipe profissional deve “informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento” (BRASIL, 2011b, p. 27).

Neste sentido, foi possível perceber nas falas de quatro profissionais, a afirmativa sobre o fornecimento de informações às mulheres relativa a algum aspecto do atendimento ou mesmo relativa a sua condição de saúde reprodutiva:

Que tipo eu dou? Eu dou é... Procuo saber e digo a ela: “olhe, os procedimento são esses, você tem que aguardar o procedimento médico, o médico vai fazer um procedimento que você vai precisar fazer” é... Pra fazer o procedimento, elas “vai” ter que ter dilatação completa, é como se fosse parto normal entendeu? Porque ai ela vai tomar um anestésico, e o médico vai fazer tipo uma limpeza no útero, e ai elas tem que ta preparada pra isso (*Psicóloga, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

É justamente a questão do planejamento, de planejar o filho, pra evitar aborto que é uma agressão para o organismo dela não é? E que elas procurem o planejamento, existem vários métodos pra se evitar filho e que elas precisam saber. No próprio bairro dela tem a unidade básica, tem enfermeira capacitada, tem um assistente social, que dá palestras sobre isso para informar, e tem também os métodos lá pra ser distribuídos, os preservativos, o comprimido, ou gel, ou DIU se ela quiser usar, tem lá sempre (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

É importante destacarmos que além de contraditória com a argumentação apresentada pelas usuárias, de ausência quase total de informações acerca dos procedimentos utilizados no abortamento, as falas de alguns profissionais demonstram desconhecimento sobre os procedimentos em si. A psicóloga, por exemplo, parece desconhecer que as mulheres podem ou não ter dilatação completa seguida de expulsão do embrião ou feto. Além disso, a profissional, assistente social demonstra desconhecimento da situação atual das unidades básicas de saúde da família (UBSF) no município de Campina Grande, bem como do fornecimento de métodos contraceptivos nessas unidades.

É comumente sabido que nas UBSFs em Campina Grande estão disponíveis, em maior medida, a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional, o que faz com que o acesso ao DIU, pílulas do dia seguinte, camisinha feminina, etc, seja mais difícil para as mulheres. Portanto, diferentemente do que aponta a profissional, não é SEMPRE que estão assegurados as mulheres todos os tipos de métodos, como preconiza a PNAISM. É

importante mencionarmos que não identificamos, dentre os contraceptivos recomendados pela PNAISM, o gel a que se refere a assistente social entrevistada.

Ademais, a profissional supracitada se refere a fornecimento de educação em saúde voltada para o planejamento familiar em todas as UBSFs que são realizadas por uma/um profissional assistente social dessas unidades. Tal afirmação é incoerente com a realidade das UBSFs de Campina Grande, uma vez que as mesmas não possuem assistentes sociais todos os dias para atendimento às mulheres.

Além disso, há um entendimento incorreto sobre as responsabilidades do próprio ISEA quanto a essa questão, bem como sobre o papel da equipe multiprofissional desse serviço que deveria repassar informações completas para as usuárias, principalmente referentes ao planejamento reprodutivo, como preconiza a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento.

Vale salientar, que apesar de o ISEA ter um setor específico e de referência para o planejamento familiar, as/os profissionais do ISEA não mencionam tal setor, que deveria ser a principal referência para encaminhamento das mulheres em processo de abortamento atendidas. Por fim, ainda em relação a fala da assistente social entrevistada, vale salientarmos que não identificamos dentre os contraceptivos recomendados pela PNAISM o gel a que se refere esta profissional.

Um/uma das/os profissionais revelou uma postura crítica quanto ao processo de educação em saúde no setor onde trabalha. Explicitou que o ISEA não fornece condições objetivas na divisão do trabalho para que as/os profissionais promovam o fornecimento de informações dentre as suas rotinas de atendimento:

Era bom que a gente tivesse tempo pra passar [INFORMAÇÕES]. Dá uma palestra pra elas, conversar com elas, orientação... Mas a gente vê que a gente não tem tempo, a gente não... Hoje, aqui, eu digo a você “é” necessário dois enfermeiros no setor, nós não temos; é necessário ter dois parteiros, não temos. Hoje não é mais os parteiros, são os técnicos de enfermagem que faz o papel, mas era bom que a gente tivesse tempo para passar algumas manobras pra elas, questão do deitar, questão do banho, da higienização... A gente tem muito pra passar, mas é o tempo (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

As indicações das/os profissionais no que tange às informações destinadas às usuárias em atendimento reafirmam a ausência de condições favoráveis para as usuárias entenderem os procedimentos, fazerem escolhas durante o seu atendimento, incidindo, de forma participativa, nas decisões e encaminhamentos.



Tal afirmação é confirmada, quando perguntamos às usuárias se houve momentos em que opinaram sobre algum tipo de procedimento e se escolheram técnicas para esvaziamento uterino. Suas respostas indicaram não terem tido oportunidade de participação, tendo uma atuação totalmente passiva durante o atendimento:

Não, não tive que escolher nada (*Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não... Foi a única solução ai que tinha (*Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Do mesmo modo, a abordagem das falas das/os profissionais entrevistadas demonstra que para estas/es a participação das usuárias não é um aspecto que deve ser favorecido, uma vez que não lhe cabe qualquer tipo de decisão ou questionamento:

Não, ela mesma, ela fica só aguardando, ela fica nessa expectativa [...] (*Enfermeiro, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, porque na realidade a gente tem que ver pra paciente qual seria o melhor, então se, por exemplo, for uma paciente pra AMIU a gente faz. O que pode acontecer, também, é a paciente que poderia ser AMIU, mas tá sem material, então pra não deixar a paciente esperando que chegue, a gente faz a curetagem (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, isso é uma decisão da equipe, isso a mulher escolhe quando é do parto, se ela quiser ter um parto natural, na cadeira, ela escolhe, se quiser ter na água, combina com a médica na piscina, é desse jeito. Agora, como eu não entendo muito dessa parte de abortamento, assim da questão da medicação, eu acredito que só existe um mesmo, um método mesmo, que é a medicação pra abrir o colo do útero, não sei se existe outro (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Apesar de compreendermos que a equipe de saúde tem o conhecimento técnico para discernir sobre os procedimentos, o que se torna evidente quanto ao princípio da autodeterminação das usuárias sobre o seu corpo e a sua condição de saúde é que o ISEA reafirma o poder médico para os casos de abortamento, negando qualquer forma de participação das usuárias, por compreender que apenas as/os profissionais de saúde podem escolher sobre procedimentos e técnicas.

Além disso, a fala da médica expressa um elemento bastante problemático que se apresenta como cerceador da participação cidadã das usuárias: ela desconsidera a

importância do acesso das usuárias a informações adequadas sobre as técnicas disponíveis e sobre sua condição de clínica relativa ao abortamento. Outro fator que devemos salientar é o desconhecimento da assistente social sobre as técnicas de esvaziamento uterino. É importante destacarmos que uma profissional de um serviço especializado na atenção ao abortamento deveria ter total conhecimento sobre todos os aspectos que envolvem essa atenção, uma vez que ter profissionais habilitados para a atenção ao abortamento é uma das prerrogativas para se estabelecer o nível de especialização do serviço.

Do exposto, fica notório que o ISEA necessita de um grande investimento em estruturação da rotina do serviço, de forma a garantir que o fornecimento informações siga um roteiro adequado ao atendimento à equipe multiprofissional, com vistas a favorecer a autodeterminação das usuárias como elemento primordial para garantia do seu protagonismo nas escolhas sobre sua saúde, bem como para cumprir as exigências das determinações do MS no que tange às práticas de educação em saúde .

Por fim, solicitamos às usuárias entrevistadas que avaliassem o atendimento recebido no ISEA e identificamos cinco avaliações positivas que expressaram satisfação na existência de eficiência e empatia no atendimento, mas também enunciaram certo conformismo por não identificarem outra forma de resolução do problema do abortamento, a não ser a oferecida pelo serviço.

*Assim, foi bem né? Porque eles não podiam fazer nada mais né? Só... (Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Não, pra mim foi bom, foi excelente, tudo trata bem, sempre vem saber como você está. Foi bom, não tenho o que falar não, foi ótimo! (Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande).*

Nota-se que ao considerarem o atendimento que tiveram como bom, as usuárias não se reportaram aos aspectos negativos que expressaram em outros momentos de suas falas, mas se referiram principalmente à resolução do problema do abortamento. Neste aspecto, considerando o receio que demonstraram sentir durante o atendimento por não saberem o que acontece no seu corpo, bem como o que será realizado pela equipe de saúde, ao terem o principal problema solucionado (o abortamento), as mulheres centralizam seu olhar de avaliação no alívio que sentem ao terem o mesmo resolvido.

No entanto, identificamos três falas que demonstram uma avaliação negativa do atendimento que obtiveram no ISEA, baseando-se, principalmente, na demora da resolutividade do mesmo:

Eu acho que deveria ser melhor... Devia ter me atendido melhor, mais rápido né? Porque, por exemplo, em caso de não ser aborto, pelo tempo que eu fiquei esperando, poderia... Mesmo não vir a ser, poderia ter sido né? Pelo tempo... *(Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

Não, também não posso reclamar não... Até que não foi... Acho que foi normal né? Como tinha que ser mesmo... Mas demorei muito aqui né? Depois que eu subi, passei a noite todinha... Achei uma maldade, deixar a noite todinha sem comer, desde de ontem, da hora do almoço, até uma hora dessas... [ONZE HORAS DA MANHÃ] Podiam ver isso não era? Sei lá... Sofrimento né? A pessoa tá sofrendo de todo jeito... Acho que podia rever um pouquinho isto pra adiantar... Sei lá... *(Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

A usuária, Camila Ramos, apresenta uma reflexão interessante para a nossa análise que se associa diretamente com o fato das situações de abortamento não serem priorizadas para o atendimento no ISEA. Em caso de situações de início de sangramento, uma intervenção médica poderia minimizar as chances do abortamento se efetivar. Contudo, a configuração atual da atenção ao abortamento no ISEA não propiciaria tal intento. Além disso, a usuária Jandira Magdalena traz à tona uma reflexão muito emblemática para a análise realizada neste estudo: o atendimento no ISEA para as situações de abortamento está propiciando sofrimento para as usuárias, devido a diversos fatores, dos quais o tempo de resolutividade do atendimento é um dos mais proeminentes.

Diante do exposto, no que tange à efetivação do acolhimento no ISEA, fica evidente que esse serviço de saúde tem inúmeros aspectos que merecem ser revistos para que se efetive um acolhimento humanizado às mulheres em abortamento.

#### 4.2.2 ATENÇÃO CLÍNICA

Para a atenção clínica, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento estabelece os procedimentos clínicos que devem ser adotados para cada tipo de

abortamento, envolvendo a escolha da técnica para esvaziamento uterino, a indicação de exames indispensáveis para as mulheres, e as orientações para alívio da dor.

Neste sentido, neste tópico relativo à atenção clínica, analisaremos as falas de usuárias e profissionais entrevistadas/os relativas a: conhecimento das usuárias sobre o tipo de procedimento utilizado para esvaziamento uterino; domínio de informações por parte das/os profissionais sobre os recursos disponíveis para realização do abortamento no ISEA; questões relativas à realização de exames no serviço; e alívio da dor das mulheres durante os procedimentos para a atenção ao abortamento.

Para cada tipo de abortamento, a norma técnica indica procedimentos clínicos específicos com vistas a qualificar e humanizar o atendimento. Os abortamentos são classificados em: “Ameaça de abortamento; Abortamento completo; Abortamento inevitável/incompleto; Abortamento retido; Abortamento infectado; Abortamento habitual; Abortamento eletivo previsto em lei” (BRASIL, 2005a, p. 22).

No que concerne à ameaça de abortamento, quando o sangramento genital é de pouca densidade, existindo dores em forma de cólicas pouco intensas, a referida norma técnica orienta que:

Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar analgésico se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea, e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido deve a mulher retornar ao serviço de saúde para nova avaliação (BRASIL, 2011b, p. 30).

Para os casos de abortamento completo, que geralmente ocorrem em gestações com menos de oito semanas, a citada norma orienta que

A conduta nesse caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento, podemos prescrever uterotônicos, ou pode ser realizada uma aspiração manual intrauterina (Amiu) com cânula bem fina. É importante ressaltar que a curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível (BRASIL, 2011b, p. 30).

Em relação ao abortamento incompleto, no qual o sangramento é mais intenso e dolorido, a indicação de tratamento está relacionada com o período gestacional:

Em gestações com menos de 12 semanas, pelo tamanho uterino, indica-se a aspiração manual ou elétrica intrauterina por ser mais segura e permitir o esvaziamento mais rápido. Quando não for possível empregar essa técnica, realiza-se a curetagem uterina. Em úteros compatíveis com gestação superior a 12 semanas, principalmente se o feto ainda estiver dentro do útero, emprega-se o

misoprostol na dose de 200mcg de 12/12 horas, via vaginal, em ciclos de 48 horas de tratamento, com 3 a 5 dias de intervalo. Após a expulsão, persistindo o sangramento, se o tamanho uterino for menor ou igual a gestação de 12 semanas podemos realizar a complementação por aspiração uterina. Se o volume uterino for maior de 12 semanas utilizamos a curetagem uterina. Também é importante avaliar a perda sanguínea e, se necessário, far-se-á transfusão sanguínea. Em situações onde o esvaziamento é emergencial (hemorragias graves ou infecções graves), o uso do misoprostol deve ser evitado devido ao tempo de resposta necessário para o esvaziamento medicamentoso (BRASIL, 2011b, p. 30-31).

Nos casos de abortamento retido, onde geralmente não há perda sanguínea, mas é detectada a ausência de sinais vitais no feto ou a presença de saco gestacional anembrionário, a referida norma técnica orienta que: “Trata-se com misoprostol quando o útero corresponder à gestação maior que 12 semanas e por meio de Amiu com útero correspondente a menos de 12 semanas” (BRASIL, 2011b, p. 31).

Para as situações de abortamento infectado, geralmente decorrente de técnicas inadequadas e introdução de materiais na cavidade uterina, o que denota gravidade e necessidade de maior número de exames e técnicas para diminuição da infecção e esvaziamento uterino, a norma técnica indica o seguinte:

No tratamento é fundamental o restabelecimento das condições vitais com soluções parenterais ou com sangue, principalmente se a hemoglobina for inferior a 8g%. Iniciar antibioticoterapia, junto com as medidas de suporte, dando preferência aos quimioterápicos de largo espectro (BRASIL, 2011b, p. 32).

Em relação ao abortamento habitual, ou seja, aquele que é perda consecutiva em três ou mais gestações inferiores a 22<sup>a</sup> semana, a referida norma indica que “estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado, onde seja possível identificar as causas e realizados tratamentos específicos” (BRASIL, 2011b, p. 32) .

E por fim, para os abortamentos previstos em Lei, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento estabelece que as mulheres podem escolher a técnica a ser utilizada, se o “abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (AMIU) ou a dilatação e curetagem” (BRASIL, 2011b, p. 33)

Diante disso, percebe-se que existe uma diversidade considerável de procedimentos para a atenção ao abortamento de forma humanizada, considerando aspectos que envolvem a condição clínica das mulheres bem como sua autonomia para decisão.

Na atenção clínica também devem ser analisadas as formas adequadas de esvaziamento uterino, que pode ser realizado de maneira farmacológica, com a utilização da Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) e a curetagem uterina. A escolha do procedimento para esvaziamento do útero deve considerar: “a) A disponibilidade de métodos em cada serviço de saúde; b) A capacitação, a habilidade e as rotinas dos serviços de saúde para cada método; c) As condições clínicas, sociais e psicológicas da mulher” (BRASIL, 2005a, p.25).

Diante disso, e como visto anteriormente, o acesso a informações sobre os processos do atendimento é um dos fatores que devem ser valorizados para propiciar a autonomia das mulheres. Assim, dentre as usuárias entrevistadas foi possível identificar referência ao recebimento de informações sobre o procedimento utilizado para esvaziamento do útero em apenas três falas. Logo, cinco usuárias não fizeram referência ao recebimento de informações consistentes para favorecer o entendimento sobre o que aconteceu no seu corpo, com a realização do procedimento:

*Eu acho que foi curetagem (Silvane Cristina, 34 anos, casada, estudante, sem religião definida, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Não, só sei que foi a curetagem, e pronto (Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Não tive. [...] quando eu cheguei lá... Lá no centro cirúrgico, eles se apresentaram, disse que iam fazer uma curetagem, que era uma coisa simples, e que eu não precisava ter medo. Que ia fazer uma limpeza no meu útero... Só isso! (Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

*É o toque? A curetagem? Eu não lembro, porque eu não vi nada, eles deram anestesia e eu não vi nada (Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

Importante destacarmos que, como apontam as falas supracitadas, o nível de informações sobre o tipo de procedimento e como o mesmo acontece não permite que as mulheres reflitam, nem optem, sobre o que pode ser mais adequado para o seu corpo, considerando as implicações atuais e futuras que os procedimentos podem causar. Com isso, é comum que as usuárias não problematizem a ausência de informações mais específica sobre os procedimentos e técnicas, afinal, num contexto de desumanização,

perguntar demais pode ser um risco para garantir um atendimento efetivo dentro do serviço. Além desse aspecto, para algumas usuárias, o mais urgente e necessário é resolver o problema de saúde que apresentam, considerando o medo que sentem por não conhecer a gravidade do mesmo, o que faz a necessidade de informações ser irrelevante para as mesmas.

Diante dessa nítida ausência de informações das usuárias sobre os procedimentos utilizados, buscamos identificar nas argumentações das/os profissionais o seu domínio sobre os tipos de procedimentos para esvaziamento uterino disponíveis no serviço, considerando que o conhecimento dessa informação por parte da equipe pode estar intimamente relacionado com o nível das informações mencionadas pelas usuárias. Neste sentido, quatro profissionais (psicóloga, assistente social, auxiliar de enfermagem e enfermeiro) expressaram desconhecimento dos recursos e técnicas disponíveis no ISEA, seja explicitando seu não comprometimento técnico com esse nível de informação, seja expressando certo desconhecimento, em relação ao contexto atual do serviço no que tange aos recursos disponíveis para esvaziamento uterino:

Ai é com o médico minha filha, eu não sei te dizer não, sei te informar não (*Psicóloga do ISEA, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Pra esvaziamento uterino é usado o material instrumental né? Os espéculo né? Os espéculo, [...] prepara o paciente, faz o campo cirúrgico, faz a assepsia, usa o espéculo de acordo com seu tamanho e usa os instrumentais que é as cureta né? Mais antiga, que antigamente tinha uma técnica abortiva que fazia as curetagens, o AMIU, hoje parou aqui, essa tecnologia acabou-se aqui. Não sei se você conhecia, existia aqui, tinha uma doutora que fazia aqui era xxxxx, ela paralisou, acabou (*Enfermeiro do ISEA, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Vale salientarmos que apenas a profissional médica mencionou as técnicas de esvaziamento uterino disponíveis:

AMIU e curetagem (*Médica, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

É importante destacarmos que, como informou a médica entrevistada, existem disponíveis no ISEA, as técnicas de esvaziamento uterino por meio da curetagem e do AMIU. A informação proferida pelo enfermeiro entrevistado denota o quão deficitário está a equipe profissional para atenção ao abortamento, uma vez que nem os procedimentos disponíveis são conhecidos. Tal situação pode explicar o motivo de

tamanho ausência de informações por parte das usuárias no referente aos procedimentos clínicos.

Outro fator que nos chama atenção diz respeito à certa sujeição/acomodação das/os profissionais da área de humanas em relação ao predomínio do poder médico. Tal aspecto apareceu em várias falas das/os profissionais, o que denota que o ISEA não investe na promoção da interdisciplinaridade, na medida em que as informações básicas que concernem às técnicas de atendimento não são dominadas por toda a equipe.

Além disso, o desconhecimento por parte da equipe da disponibilização do AMIU no ISEA, bem como da recomendação do MS/OMS da sua utilização como técnica prioritária para o esvaziamento uterino, aponta para uma total ausência de perspectiva de atenção humanizada e de qualidade ao abortamento no ISEA. Neste sentido, é importante destacarmos também a referência da médica, acerca da ausência de materiais necessários para a realização do AMIU de forma suficiente:

Seria muito bom se desse pra todo mundo, mas às vezes falta né? Porque é material que tem que sair para esterilizar em outro local, não é esterilização feita aqui. Então, às vezes, a gente pode chegar e não ter nenhum AMIU pra gente poder prosseguir no dia, **então, às vezes, a gente faz curetagem** (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

No entanto, como foi possível percebermos nas análises dos prontuários das usuárias durante o período de 01/01/2014 a 30/06/2014, a curetagem não é utilizada “às vezes”, mas em quase 100% dos casos de abortamento realizados no ISEA, em total desacordo com as orientações do MS e da OMS. Em relação a isto, apontamos algumas reflexões necessárias: se houvesse o entendimento por parte da equipe profissional, bem como da gestão administrativa do ISEA, dos benefícios para a saúde das usuárias relacionados à realização do AMIU, como procedimento primeiro para esvaziamento uterino, será que não haveria estratégias de adquirir os materiais em quantidades adequadas para atendimento da demanda do serviço? E se há tal entendimento, quais fatores estão relacionados à não priorização do AMIU no ISEA? É possível que a complexidade de aspectos (culturais, morais, religiosos, etc.) que envolvem o abortamento estejam associados à priorização da curetagem no ISEA, fazendo com que não haja a reflexão dentre as/os profissionais do serviço sobre o risco a que estão submetidas as mulheres?



No que tange à realização de exames, considerando que a orientação da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento prevê que “deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sangüínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV” (BRASIL, 2005a, p. 22), identificamos menção na fala de sete usuárias sobre a realização de exames no ISEA, predominando o exame sanguíneo:

Ela tirou só o sangue, só (*Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Sim, passou um pessoal do laboratório lá, mas eu não tive acesso aos resultados (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Eu fiz antes, um ultrassom (*Silvane Cristina, 34 anos, casada, estudante, sem religião definida, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 20/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

É importante destacarmos que a classificação sanguínea, o teste sorológico para sífilis e a pesquisa do HIV a que se refere a norma técnica, como imprescindíveis na atenção humanizada ao abortamento podem ser realizados, através do exame de sangue. Portanto, não podemos mensurar se tais exames estão sendo investigados ou não dentre a nossa amostra de usuárias, pois não tivemos acesso aos prontuários das mesmas.

Ademais, como menciona a usuária Adriana de Souza, os resultados dos exames geralmente não são socializados com as usuárias, o que desfavorece a autonomia reprodutiva das mulheres, na medida em que as impede de dominar todas as informações produzidas sobre a sua condição de saúde e o seu próprio corpo.

Além disso, o conteúdo das falas de três profissionais demonstrou desconhecimento sobre a realização de exames para as mulheres em situação de abortamento no ISEA:

Não, (...) nem antes, nem depois, não tem não (*Psicóloga, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

É a ultrassom transvaginal (*Auxiliar de enfermagem, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, não sei te dizer (*Assistente Social, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Vale salientarmos que as/os únicas/os profissionais que sabem descrever os exames realizados dentre a equipe entrevistada são a médica e o enfermeiro. Neste sentido, denota-se que o domínio dos procedimentos e técnicas básicas na atenção clínica estão mais a cargo das/os profissionais ligadas/os a área biomédica, com exceção da técnica de enfermagem que apesar de ser ligada a esta área, citou uma informação totalmente incorreta. Tal situação também denota que o ISEA não tem investido em capacitação profissional ou aperfeiçoamento relativos à dinâmica do próprio serviço, o que é fundamental para que qualquer serviço atinja a eficácia no atendimento.

A atenção clínica humanizada também deve prezar pelo alívio da dor no abortamento, pois para algumas mulheres esse processo pode ser bastante doloroso. No entanto, de acordo com a referida norma técnica, quanto mais amigável e humanizado é o atendimento, menores são os desconfortos e os receios frente ao abortamento (BRASIL, 2011b).

Neste sentido, tal norma prevê algumas indicações que devem ser avaliadas e ofertadas nos serviços de saúde, com as devidas observações para a condição clínica das usuárias:

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. Aquelas que se apresentem em condições clínicas favoráveis, com úteros pequenos e com pouco conteúdo a ser esvaziado e satisfatória interação com a equipe de saúde, podem ser tratadas apenas com apoio verbal e anestesia paracervical. Utilizam-se outras drogas associadas quando a mulher necessitar, evitando-se sofrimentos desnecessários. Na maior parte dos procedimentos é suficiente o uso de analgésicos não narcóticos, com anestesia paracervical e/ou sedação (BRASIL, 2011b, p. 39).

Identificamos referência à existência de dor no conteúdo das falas de três usuárias, com ênfase para a ausência de respostas eficientes para o seu alívio:

Teve... Veio a enfermeira com o remédio, mas a dor já tinha passado, a tempo, tava mais sentindo dor não (*Camila Ramos, 27 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 21/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, porque tinha que ter as dores né? Porque se não tivesse a dor eu não ia botar pra fora (*Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

Eu fui ao banheiro, ai voltei pra cama e pedi, gritei na verdade né? Não tinha ninguém na sala, dizendo que tava com muita dor. Ai, a técnica de enfermagem veio, e eu pedi pra que ela me medicasse, porque a médica tinha deixado escrito no meu prontuário, que caso eu

sentisse dor podia aplicar um buscopam, e já tinha passado muito tempo da hora e eles não tinham aplicado, aí eu perguntei: “por quê?” e ela falou: “**é natural de uma maternidade sentir dor**”, que o natural daqui era isso (*Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

É importante destacarmos que em nenhum momento a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento aponta a existência de dor, como um recurso necessário para favorecer o esvaziamento uterino ou para qualquer procedimento concernente à atenção clínica. Outro fato que deve denotar importância é o reforço de práticas discriminatórias e punitivas que violam os direitos humanos das mulheres, que foi vivenciado e descrito pela usuária Adriana de Souza. Tais situações são o oposto do que prevê a atenção humanizada ao abortamento.

Além disso, as falas supracitadas demonstram certa ausência de profissionais disponíveis para atender às usuárias durante as intercorrências do atendimento, com práticas ineficientes frente às necessidades das mulheres. Tal fator pode estar relacionado com a sobrecarga de trabalho a que estão submetidas/os as/os profissionais do ISEA, com a superlotação do serviço, mas também pode indicar práticas punitivas direcionadas às mulheres em situação de abortamento.

No entanto, apesar das usuárias mencionarem a existência de dor durante os procedimentos, foi possível constatar que três profissionais tinham conhecimento sobre o procedimento utilizado para alívio da dor das usuárias no ISEA, mencionando as alternativas para a analgesia, com a utilização de medicações das mais básicas até as mais fortes:

A gente tanto faz a medicação analgesia mais básica, que é o buscopam, mas a paciente quando está com muita dor e não responde ao buscopam, a gente tem medicações mais fortes, que são a base de opióide. Porque às vezes, a paciente não melhora de jeito nenhum, então a gente tem que fazer pra aliviar. A paciente não vai ficar aqui se torcendo de dor, por causa de abortamento de jeito nenhum (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Apesar disto, o desconhecimento referente às alternativas disponíveis no ISEA para alívio da dor das usuárias em situação de abortamento foi presente na fala de duas profissionais:

Também não sei te dizer, só a enfermeira ou o médico podem te informar (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Novamente percebemos um segmento de profissionais que não conhecem adequadamente os procedimentos adotados pelo serviço e que atribuem tal conhecimento à área biomédica do serviço, o que conforme já mencionamos, é um fator que pode impossibilitar um atendimento condizente com os aspectos de humanização.

É importante destacarmos que novamente há uma lacuna expressiva referente ao domínio da equipe de atenção às mulheres em situação de abortamento sobre os recursos disponíveis no serviço, as técnicas utilizadas, as melhores alternativas para diminuir o risco à saúde das mulheres, entre outros fatores. Tudo isso corrobora para afirmarmos que a atenção clínica do ISEA se distancia, em muito, dos requisitos básicos para garantia de uma atenção humanizada, principalmente nos que se relacionam à atuação das/os profissionais.

Com isso, percebe-se que algumas necessidades urgentes para adequação do ISEA aos princípios da humanização, principalmente as que se referem à capacitação da equipe profissional e necessidade de aumento da capacidade da regional de saúde para atender aos casos de abortamento, considerando que a superlotação do ISEA é um dos implicadores para efetivação da humanização no serviço.

#### 4.2.3 ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PÓS-ABORTAMENTO

A orientação da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento para os procedimentos pós-aborto é relativa ao planejamento reprodutivo e às orientações e encaminhamentos sobre os cuidados que as mulheres necessitam ter, após o abortamento, considerando que algumas vivências relacionadas ao aborto podem requerer cuidados com a saúde da mulher, assim como ser necessária maior atenção a formas de prevenir repetição de abortamentos, disponibilizando meios adequados ao planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Para cada tipo de abortamento são orientados procedimentos com vistas a atingir os objetivos desse aspecto da norma técnica. Para os casos de mulheres que apresentam um histórico de abortamento espontâneo repetido, a referida norma indica que “as mulheres precisam proteger-se de uma nova gravidez até serem encaminhadas a um

serviço especializado que as ajude no diagnóstico e no tratamento de seu problema” (BRASIL, 2011b).

No que se refere aos casos de abortamentos provocados, a norma técnica já citada aponta que a adoção de contracepção de forma imediata, ainda no serviço, se apresenta como uma medida eficaz na prevenção de novos abortamentos (BRASIL, 2011b).

A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento acrescenta ainda que, o atendimento às mulheres, em situação de abortamento, só é completo, quando é acompanhado de orientações sobre contracepção e oferta de contraceptivos no pós-abortamento imediatamente após o abortamento (BRASIL, 2011b).

Além disso, para todas as mulheres que passam pelo abortamento, devem ser ofertadas ações de educação em saúde que contemplem informações e orientações sobre sua condição de saúde, sobre o reinício do ciclo menstrual, a rotina de higiene pessoal e o retorno da atividade sexual como elementos fundamentais para atenção humanizada (BRASIL, 2005a).

Neste sentido, buscamos investigar dentre as usuárias e profissionais entrevistadas aspectos relativos a orientações adquiridas/fornecidas pós-abortamento, considerando questões que envolvem o planejamento reprodutivo, reinício da atividade sexual, informações e orientações relacionadas à condição de saúde das mulheres, especificamente sobre o retorno da menstruação e cuidados com a saúde pós-abortamento. Além disso, buscamos saber sobre a oferta de métodos contraceptivos no serviço e sobre os encaminhamentos adotados pelo ISEA para as mulheres que foram atendidas em condição de abortamento.

No que tange ao fornecimento de orientações concernentes ao planejamento reprodutivo, a norma técnica prevê que as orientações devem iniciar, informando que logo após o abortamento a fertilidade pode ser recuperada de forma quase que imediata, condição pela qual se necessita adotar medidas de anticoncepção logo após o abortamento (BRASIL, 2011b). Ainda de acordo com a referida norma,

A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente. Esse maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada (BRASIL, 2011b).

Além disso, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento indica que sejam consideradas nas orientações prestadas pós-abortamento informações sobre todos os tipos de métodos contraceptivos, enfatizando o uso da camisinha como forma de prevenção contra Doenças Sexualmente Transmissíveis e sua prescrição de acordo com o perfil das mulheres:

Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficiência de cada método para evitar a gravidez. Nesse sentido, o dispositivo intrauterino com cobre e os hormonais injetáveis trimestrais ou mensais têm-se demonstrado mais eficiente por não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização desses métodos, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo não usam métodos (BRASIL, 2011b).

Diante de tais indicações, foi possível identificarmos no conteúdo das falas das/os profissionais entrevistados, uma série de informações/orientações que são prestadas nos momentos, após a resolutividade do atendimento, ou seja, pós-abortamento, que vão, desde os tipos de procedimentos realizados até orientações para retorno para o planejamento reprodutivo. No entanto, também foi possível constatar nas falas das/os profissionais informações incoerentes com a realidade do atendimento no ISEA, além do reconhecimento da ausência de condições dentro do serviço para orientações adequadas, considerando a organização do trabalho no mesmo, como já apontado anteriormente:

A medicação, que muitas vezes a gente faz, a medicação pós-abortamento pra conter sangramento, medicação pra dor, orientação com relação ao tempo que ela precisa evitar relação sexual, contracepção, como é que ela vai usar, orientar que no primeiro mês de uso o ideal é que se use camisinha e o método de barreira, e dependendo, quanto tempo ela pode engravidar. Uma curetagem esperando seis meses e AMIU no mês seguinte ela pode engravidar, você orienta tudo (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

As orientações é que elas, como, são... Assim, que faz o aborto, que elas não fica mais no setor, ela não fica, era bom que tivesse o setor de curetagem porque ai você ficaria dando aquela assistência pra ela, orientando, dando palestra [...] mas aqui, realmente, nós não faz isso, dificilmente aqui, porque fez, liberou, fez liberou, botou na maca, saiu do setor, porque nós não “tem” um setor [ESPECÍFICO] (*Enfermeiro do ISEA, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

É ela sai daqui e a gente diz: “volte para o planejamento familiar”, porque lá tem todos os métodos, tem a equipe de planejamento, que ta toda preparada pra receber (*Psicóloga do ISEA, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*);

As mesmas, de procurar o postinho, a unidade do bairro dela, pra procurar ser informada pela equipe de lá, como fazer, ou vir pro planejamento daqui [...] (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Isso ai é passado pelo médico... quando elas vem fazer a revisão, pós parto, pós a curetagem, que ela faz ai, elas vem e é lá no consultório dele [MÉDICO], lá atrás no ambulatório, eles é quem faz aqueles procedimentos com elas lá (*Auxiliar de enfermagem, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

Como apontado nos itens anteriores desta análise, percebe-se que as/os profissionais não seguem uma rotina organizada de orientação às usuárias, ficando a cargo de cada profissional decidir o que dizer ou o que atribuir à prática de outra/o profissional. De acordo com as argumentações da psicóloga, assistente social e auxiliar de enfermagem, há o entendimento de que o fornecimento de informações às usuárias sobre os cuidados pós-abortamento estão a cargo do planejamento familiar na UBSF, do setor de planejamento familiar do próprio ISEA e da equipe médica. Tal compreensão demonstra a não integração da equipe profissional do ISEA, bem como a ausência de planejamento das atribuições de cada profissional da equipe.

É notório também que algumas/alguns profissionais não possuem a compreensão das obrigações da equipe para uma atenção de qualidade às usuárias em situação de abortamento, atribuindo a outros serviços da rede SUS (atenção básica) a responsabilidade por informar às usuárias atendidas no ISEA. Tudo isso, sem nenhum procedimento específico para encaminhamentos oficiais, como veremos a seguir.

Além disso, a ressalva do enfermeiro sobre a impossibilidade de fornecer as informações devido à ausência de um setor específico para os casos de abortamento é importante. A organicidade do setor que o enfermeiro atende, que é a sala de parto, não propicia momentos de orientação às usuárias, pois como já mencionado anteriormente, só existe um enfermeiro por plantão, o que apresenta uma sobrecarga de trabalho para o/a plantonista.

Tal conjuntura de ausência de organização e planejamento da equipe profissional para as orientações pós-abortamento impacta diretamente nas usuárias, uma vez que

todas mencionaram não ter recebido informação ou orientação sobre planejamento reprodutivo durante o atendimento no ISEA:

Não, não tive. Eu tenho assim, porque eu trabalho em posto de saúde, sou uma pessoa esclarecida em relação a isso, mas orientação não *(Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

Não, também não, até agora ninguém veio conversar comigo não *(Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande).*

Além da ausência de referência ao planejamento reprodutivo, identificamos também menções à ausência de informações referente aos cuidados que as usuárias deveriam ter com a saúde após o abortamento, nas falas de seis usuárias:

Não, não tive não, informação nenhuma *(Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

Nenhuma ((risos)) até agora nada viu? Só sei que eu estou de alta *(Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

É importante ressaltamos que os conteúdos das falas das duas usuárias que mencionam terem sido informadas/orientadas não demonstram aprofundamento sobre os aspectos que as usuárias deveriam considerar sobre a sua saúde após o abortamento, mas se referem às condições de saúde das usuárias relacionadas a complicações de sua saúde de forma geral:

Que eu tratasse mais da saúde, antes de ter filho, porque eu passei mal. Quando chegasse em casa avaliasse a saúde, e não deixasse de fazer todo tipo de exame né? Antes de engravidar, porque eu já passei essa situação. Agora anemia eu tenho muito, ele falou, ai quando chegar em casa é que eu vou fazer *(Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

Pra “mim” descansar muito, não se estressar fácil né? Pra eu deixar de comer massa, porque prejudica também, tanto a saúde da pessoa, como a do bebê... Porque acho que também devido a eu ter comido besteira, salgado né? Acho também que minha pressão alterava *(Elisângela Barbosa, 22 anos, casada, dona de casa, sem religião*



*definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande).*

Vale salientarmos que, apesar da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento não mencionar os aspectos específicos que devem ser considerados no que tange à orientação das mulheres sobre a sua condição de saúde, alguns elementos são imprescindíveis para que as usuárias retomem sua vida sexual com segurança, se previnam para não estarem suscetíveis a abortos em repetição, bem como tenham os encaminhamentos necessários para novas gestações, se assim desejarem.

Neste sentido, considerando que o reinício da rotina sexual é um dos fatores mais emblemáticos para as mulheres após o abortamento, pelo fato da necessidade de evitarem abortos em repetição, percebemos que o serviço prestado pelo ISEA também não aporta informações/orientações para as usuárias sobre este aspecto, pois no conteúdo das falas de seis usuárias foi possível perceber a ausência de informações sobre este aspecto:

*Muito menos (Adriana de Souza Queiroz, 32 anos, casada, técnica de saúde bucal, católica, demanda indicada de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 12/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Nada. Não teve diálogo não, pós não, visse? (Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande).*

Para aquelas que mencionaram o recebimento de informações sobre o reinício da atividade sexual, percebemos referência ao aspecto temporal, não existindo possibilidade de aprofundamento dos motivos pelos quais as usuárias deveriam evitar a prática sexual por um período determinado:

*Tive. Depois que terminar o resguardo né? (Josiléia da Conceição, 29 anos, solteira, trabalhadora doméstica, sem religião definida, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

*Depois de trinta dias (Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande);*

Novamente ficou evidente um fosso muito grande em relação à atenção ao abortamento no ISEA, com usuárias que têm acesso a informações e outras que não a têm, evidenciando, mais uma vez, a inexistência de rotinas específicas padronizadas para a atenção ao abortamento no serviço.

É importante salientarmos que a usuária que afirmou ter recebido informação sobre o reinício da atividade sexual aponta o período que poderá efetivá-lo, no entanto não menciona nenhuma medida contraceptiva, o que denota ausência de informação sobre esse aspecto de fundamental importância para evitar os abortamentos em repetição.

A ausência dessas orientações básicas às usuárias é um elemento preocupante para uma análise sobre humanização no ISEA, demonstrando que a qualidade da atenção ao abortamento no serviço apresenta uma condição crítica que expõe as usuárias a maior nível de vulnerabilidade a riscos à sua saúde, além de maior probabilidade de abortamentos repetidos, o que é totalmente incoerente com as orientações do MS para uma prática humanizada.

Além disso, a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento prevê o fornecimento de contraceptivos no próprio serviço de saúde que presta atendimento às mulheres em situação de abortamento. Tal indicação está associada à necessidade de prevenção imediata para que se evite os abortos em repetição, já que se sabe que as mulheres podem estar aptas para novas gestações, logo no primeiro mês após o abortamento (BRASIL, 2011b).

Nos casos em que a mulher aceita um método, esse pode ser iniciado de imediato. No caso do DIU, deve-se oferecer a inserção no fim do esvaziamento uterino (Amiu ou curetagem) nas mulheres sem nenhum sinal ou suspeita de infecção, na alta hospitalar ou no retorno ao hospital ou à unidade de saúde dentro dos primeiros 15 dias pós-abortamento ou logo depois da primeira menstruação após o esvaziamento.

O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o quinto dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral. Como muitas mulheres terão dificuldades em consultar na unidade de saúde dentro desses prazos, é necessário que os métodos estejam disponíveis no hospital que atende o abortamento para que as mulheres possam iniciar o método escolhido dentro do prazo recomendado (BRASIL, 2011b, p. 43).

Neste sentido, no que tange ao recebimento de algum tipo de método contraceptivo no ISEA, foi possível constatar que nenhuma das usuárias teve acesso a qualquer tipo de método para evitar novas gestações ou mesmo orientações sobre tais métodos:

*Também não (Jandira Magdalena dos Santos, 39 anos, casada, pedagoga, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 18/11/14 no ISEA em Campina Grande);*

Não, também não. Foi eu que perguntei pela alta, aí ela perguntou se eu tava bem, eu disse que tava, que não tava me sentindo tonta, e se eu precisava pegar alguma receita, ela disse que não... Que, em caso de dor, é buscopam ou dipirona (*Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*).

A ausência de orientações sobre contracepção em um serviço de atenção ao abortamento é extremamente preocupante. Mesmo considerando que a ausência de fornecimento de contraceptivos é um dado alarmante, consideramos que a inexistência de menção sobre os tipos de métodos e a necessidade das usuárias fazerem a prevenção para evitar abortos repetidos, se assim desejarem, é o expoente total da inadequação da atenção prestada no ISEA, bem como de qualquer tipo de reflexão por parte da equipe profissional do serviço no que tange à necessária atenção de qualidade para as usuárias.

E aqui não nos referimos, nem à humanização em si, mas a qualidade do atendimento que no ISEA não tem sido considerada como um aspecto importante e de responsabilidade do serviço, tanto no que tange à prevenção de diversas intercorrências sob as quais podem ser submetidas as mulheres, seja por ausência de informações ou mesmo por um atendimento não condizente com a sua necessidade, como no que concerne à necessidade de um atendimento integral, que abranja as usuárias, tanto nos momentos dentro do serviço como em relação à sua vida reprodutiva em si.

Diante disso, podemos afirmar que o ISEA não está cumprindo as indicações da norma técnica de atenção ao abortamento concernente ao planejamento reprodutivo e às orientações pós-abortamento, bem como a contracepção imediata. Tal situação distancia ainda mais o serviço da atenção humanizada e qualificada ao abortamento.

Ademais, no que tange aos encaminhamentos para outros serviços, após a resolatividade do atendimento no ISEA, identificamos na fala de, apenas duas/dois profissionais, referência a encaminhamentos prestados pela equipe:

Há, isso o médico faz (*Auxiliar de enfermagem, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Se for o caso sim, existe alguns pacientes que a gente encaminha. Aqui a gente tem o planejamento no serviço, é só fazer o encaminhamento [...] (*Médica do ISEA, entrevista concedida em 19/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Vale destacarmos que a norma técnica orienta que é dever da equipe profissional encaminhar as mulheres, conforme suas necessidades clínicas, psicológicas e sociais.

Por isso a necessidade de uma equipe multiprofissional para atenção às mulheres em situação de abortamento, que deve atuar de forma interdisciplinar na atenção integral às usuárias. O ISEA necessita efetivar a atuação da equipe, de forma integrada, valorizando cada prática profissional, sob as bases da interdisciplinaridade para garantir a atenção humanizada ao abortamento.

Além disso, é importante ressaltarmos que durante o período de coleta de dados, não identificamos nenhuma usuária (entrevistada ou não) que tivesse recebido algum tipo de encaminhamento.

Neste contexto, três profissionais destacaram que não há encaminhamentos por escrito no ISEA, o que propiciaria a referência e a contra-referência para os casos de abortamento atendidos nesse serviço:

Não! Era bom que encaminhasse. É por isso que eu to dizendo pra você, se existisse o setor, se estruturar, a estrutura física, a questão da organização, papel, panfletazinha pra entregar pra elas (*Enfermeiro do ISEA, entrevista concedida em 29/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, a gente não faz encaminhamento por escrito, a gente só orienta (*Assistente Social do ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Não, no papel não, prescrito não, só a gente manda que vem, tem vez que elas nem vem (*Psicóloga do ISEA, entrevista concedida em 13/11/14 no ISEA em Campina Grande*).

Assim, como já indicado anteriormente, em nenhuma fala das entrevistadas foi possível identificar a existência de algum tipo de encaminhamento, conforme exemplifica a usuária Elenilza:

Não, não encaminharam não... Eu que perguntei se eu estava de alta, aí a moça foi, olhou lá no formulário, não achou, mas devido ao meu [ESTADO] ela foi assinou e me deu [ALTA] (*Elenilza Gomes dos Santos, 34 anos, casada, agricultora, católica, demanda espontânea de abortamento no ISEA, entrevista concedida em 28/10/14 no ISEA em Campina Grande*);

Do exposto, fica evidente que os aspectos da atenção pós-abortamento preconizada pelo MS na norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, não estão sendo implementados no ISEA. Dentre os indicadores de efetividade da atenção humanizada ao abortamento analisados neste capítulo, as orientações e encaminhamentos pós-aborto foram os mais negligenciados no serviço, o que denota, além da ausência de integralidade no atendimento das mulheres, um desconhecimento

das profissionais do serviço referente às orientações que devem ser realizadas durante e após concluído o atendimento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da complexidade de aspectos que envolvem o abortamento no Brasil, atender aos objetivos deste estudo não foi uma tarefa fácil. Tanto pelo desvelar das condições que envolvem a atenção ao abortamento no ISEA, como por percebermos que a PNAISM ainda está muito longe de se efetivar de forma a garantir às mulheres usuárias do SUS um atendimento de qualidade e humanizado.

Neste sentido, a problematização das bases conceituais/ideológicas que fundamentam os direitos reprodutivos, a partir da trajetória do movimento feminista e das conceituações produzidas ao longo dos séculos que conformaram bases de questionamento da condição feminina, principalmente no Ocidente, foi fundamental para delinear as relações existentes e ausentes entre os direitos reprodutivos e os estudos de gênero.

A partir disso, pudemos explicitar uma ausência de diálogo entre os documentos que delineiam os conceitos e diretrizes dos direitos reprodutivos e as formulações contemporâneas do conceito de gênero, desvelando que existem e poderão existir lacunas para garantia dos direitos reprodutivos como direitos humanos.

Vimos que esta afirmativa se relaciona diretamente como o nosso objeto de estudo que é a atenção humanizada ao abortamento, na medida em que a não problematização no campo dos direitos reprodutivos sobre as determinações culturalmente fomentadas, que atribuem às mulheres a responsabilidade exclusiva com a contracepção e as gestações não planejadas, contribuem para manutenção das desigualdades e discriminações direcionadas às mulheres.

Outro elemento explicitado a partir dessa abordagem foi a necessidade de problematização das categorias e perspectivas que direcionam os direitos reprodutivos baseados no fundacionalismo biológico e na lógica binária dos corpos, o que apresenta certa exclusão de sujeitos que escapam às normatizações, como transexuais ou transgêneros, já que estão alijados das diretrizes dos direitos reprodutivos. Enfatizamos, portanto, alguns elementos que necessitam ser considerados para que os direitos reprodutivos alcancem, de fato, o objetivo de se tornarem direitos humanos para todas as pessoas.

Além disso, mostramos que as contribuições dos estudos pós-estruturalistas poderiam fornecer elementos para reflexões que não pensassem a reprodução como dividida entre corpos binários, como forma de sanar a sujeição dos corpos das mulheres

às determinações específicas, como acontece, por exemplo, na criminalização que envolve o abortamento.

O estudo apresentou especificidades na parte voltada para a análise das condições de atendimento do ISEA no referente aos casos de aborto: constatamos o alto índice de mulheres em situações de abortamento que são atendidas no ISEA, o que denota uma superlotação do serviço e implica em vários fatores que corroboram para a não efetividade da humanização do mesmo. Ainda acerca da caracterização do ISEA, identificamos que este serviço possui uma dinâmica da atenção ao abortamento segmentada, que dificulta a atenção integral às mulheres e possui características de uma divisão do trabalho taylorista/fordista que perpassa as condições de atendimento, uma vez que a organização do atendimento clínico segue determinações para responder ao modelo de realização da curetagem em série. Fatores que se apresentam como problemáticos para efetividade da humanização, estando em desacordo com as recomendações do MS e da OMS.

Além disso, demonstramos que o perfil das mulheres em situação de abortamento que são atendidas no ISEA se coaduna com o perfil de vários estudos que apontam que a maioria dessas mulheres se encontra em situação de pobreza, são negras, católicas ou adeptas de outras religiões (BRASIL, 2008b; DINIZI e MEDEIROS, 2010).

Em relação ao perfil das/os profissionais da equipe de atenção ao abortamento (médica, enfermeiro, assistente social, psicóloga, auxiliar de enfermagem), os dados demonstraram que estas/es, em sua maioria, não tiveram aproximação com a temática do abortamento, de forma a não propiciar maiores condições para o entendimento das múltiplas questões que envolvem o aborto, além de facilitar a tendência ao envolvimento de valores pessoais e discriminatórios no atendimento às mulheres em situação de abortamento. Tal fator, associado à ausência de momentos de capacitação e aprimoramento profissional da equipe, denotam uma fragilidade preocupante da equipe do ISEA para efetivar a humanização da atenção ao abortamento.

A partir da análise dos prontuários identificamos que o ISEA abrange a uma gama de municípios que não fazem parte da sua regional de saúde, o que acarreta a superlotação do serviço. Além disso, identificamos que a curetagem é a técnica predominante no ISEA para esvaziamento uterino das mulheres, além de uma boa efetivação da analgesia necessária para as mulheres, bem como da realização dos exames necessários, de acordo com as recomendações do MS.

Ao procedermos à análise de conteúdo das entrevistas realizadas com oito usuárias em processo de abortamento e equipe técnica do respectivo setor do ISEA, confrontando-as com as indicações da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, identificamos que as condições para a atenção ao abortamento do ISEA expressam vários fatores problemáticos que vão, desde inexistência de momentos de escuta das usuárias ou de efetividade da perspectiva do acolhimento durante o atendimento; ausência de conhecimento da equipe sobre os procedimentos realizados no ISEA, como fundamento necessário para propiciar orientações adequadas às usuárias sobre os procedimentos realizados e suas implicações para a saúde das mulheres; deficiência de constituição de rotinas específicas e padronizadas para a atenção ao abortamento, o que faz com que a atenção prestada no ISEA seja fragmentada e desarticulada entre setores; inexistência de fornecimento de informações adequadas às usuárias, considerando a necessidade de propiciar a autodeterminação das mulheres em relação a sua saúde; até a não efetividade de orientações e encaminhamentos necessários ao planejamento reprodutivo, bem como da contracepção imediata pós-aborto.

Com isso, o presente trabalho explicitou que o ISEA não efetiva grande parte das orientações da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, bem como dos outros documentos que compõem a PNAISM, o que se apresenta como uma realidade preocupante para garantia da atenção de qualidade e humanizada as mulheres usuárias do serviço.

Assim, mostramos que se faz necessário maior aprimoramento profissional relativo aos indicativos da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento do MS no ISEA, com vistas a efetivar o ideário de humanização no serviço, através da incorporação dos preceitos dessa norma na prática profissional cotidiana, bem como nas definições de rotinas e capacitações necessárias para serem adotadas pela gestão do serviço.



## 5 REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila. Assistência à Mulher em Abortamento: a necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In.: **Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas**. Suely Ferreira Deslandes (Org). – Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.

ALVES, José E. Diniz. As Políticas Populacionais e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progressos Civilizatórios. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10alves21a48.pdf>. Acesso em 02/10/2014.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e Cidadania Reprodutiva. In: **Lua Nova**: revista de cultura e política. Ed. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea – CEDEC e Editora Marco Zero. Ano 1. São Paulo, 1993. p.382-393.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (3): 549-560, 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e Humanização das Práticas de Saúde. In.: **Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas**. Suely Ferreira Deslandes (Org). – Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.

BARSTED, Leila Linhares. Legalização e Descriminalização do Aborto no Brasil: 10 Anos de Luta. Revista Estudos Feministas, vol. 0, nº 0, 1992, p. 104-130.

BANDEIRA, Lourdes. **A contribuição da crítica feminista à ciência**. Revista Estudos Feministas. Vol. 16, nº 1. Florianópolis, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000100020&script=sci\\_arttext#nt09](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000100020&script=sci_arttext#nt09). Acesso em: 07 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Feminismo: memória e história. In.: **Feminismo: memória e história**. Sales, Cecelina de M. V. e Et All (orgs). Fortaleza: Imprensa Universitária, 2000.

BARBOSA, Regina Helena Simões. Humanização da Assistência à Saúde das Mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In.: **Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas**. Suely Ferreira Deslandes (Org). – Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? In.: **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V.9, n.17, p. 389-406, mar/ago 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. 223 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil. 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 02/06/2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Código Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm). Acesso em 06/04/2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 20 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm). Acesso em: 12 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. [http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Conj\\_Informacoes.asp?VCo\\_Unidade=2504002362287](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Conj_Informacoes.asp?VCo_Unidade=2504002362287). Acesso em 09/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ficha de Cadastramento do ISEA**. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=2504002362287](http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2504002362287). Acesso em: 08/01/2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento/Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica /**

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília, Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 302 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em 15 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 05 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, 24 DE JUNHO DE 2011c.**  
Disponível em:  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 08 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOs – BRASIL. **Óbitos maternos por Unidade da Federação segundo Morte grav/puerp.** Ano 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>. Acesso em: 05/01/2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c. 104 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008. 236 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013. 114 p.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006. 260p. (Série Documentos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 124 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil:** Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977.

BUTLER, Judith. *Corpos que pensam: sobre os limites discursivos do sexo*. In.: LOURO, G. L. (org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autentica, 2001, p.151-172.

\_\_\_\_\_. **Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade**. São Paulo: Civilização Brasileira, 2003.

CAETANO, A. J.; DINIZ, J. E.; Corrêa, Sônia. **Dez anos de Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, 2004.

CAMPOS, Geniberto Paiva; PINTO, Vitor Gomes. **O dilema da saúde: atenção primária x alta complexidade**. Brasília, 2013. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia\\_int.php?id\\_noticia=1191](http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1191). Acesso em 20 fev. 2014.

CAMPOS, Rosana Onocko. Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. In.: **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.27, n.64, p.123-130, maio/ago 2003.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. de. **Saúde Reprodutiva das Mulheres – direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CEFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009.

CAVALCANTE, Alcilene; BUGLIONE, Samantha. Pluralidade de vozes em democracias laicas: o desafio da alteridade. In.: **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto / organização Mônica Bara Maia**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

CFEMEA. Governo priorizará no PPA 2012-2015 a redução da mortalidade materna. **Boletim orçamento mulher**. Nº 37. 2011. Disponível em: [http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4384:boletim-orcamento-mulher-numero-37-08112011-governo-priorizara-no-ppa-2012-2015-a-reducao-da-mortalidade-materna&catid=407:orcamento-mulher&Itemid=189](http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4384:boletim-orcamento-mulher-numero-37-08112011-governo-priorizara-no-ppa-2012-2015-a-reducao-da-mortalidade-materna&catid=407:orcamento-mulher&Itemid=189). Acesso em 12 mai. 2014.

CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO. **Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe**. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014. Montevideo: ONU-CEPAL, 2013. Disponível em: [www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso\\_Montevideo\\_PyD.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf). Acesso em 16 jun. 2014.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José E. Diniz; JANNUZZI, Paulo de M. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores.** In.: Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva / Suzana Cavenaghi (Organizadora). - Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

CURUMIM e SOS CORPO. **Utilizando os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal:** um Instrumento para o Fortalecimento de Leis, Políticas e Normas de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Coordenação SOS Corpo Instituto Feminista para a Democracia e CURUMIM. S/d.

**DADOS SOBRE ABORTO NO BRASIL.** Disponível em: <http://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2013-09-20/clandestinas-retratos-do-brasil-de-1-milhao-de-abortos-clandestinos-por-ano.html>. Acesso em: 15 dez. 2013.

**Declaração da Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher.** Pequim, 2005. Disponível em [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao\\_beijing.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf). Acesso em 02 ago. 2014.

DELPHY, Christine. Patriarcado (teorias do). In: **Dicionário crítico do feminismo.** Helena Hirata... [et al.] (orgs.). São Paulo: Editora UNESP, 2009. 342p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In.: **Humanização dos Cuidados em Saúde Conceitos, Dilemas e Práticas.** Suely Ferreira Deslandes (Org). – Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.

\_\_\_\_\_. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** In.: *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (1): 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. In.: **Interface – comunicação, saúde, educação**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago, 2005.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva** vol.15. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700002&script=sci_arttext). Acesso em: 08/07/2015.

Dossiê Humanização do Parto/**Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos** – São Paulo, 2002. 40p.

**Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba:** o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande/ [elaboração e execução do projeto Beatriz Galli... [et. al.]. Recife: Grupo Curumim, 2010.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O Drama do Aborto:** em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi, 2004. 304p.

Fundação Perseu Abramo. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** FPA e SESC, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/node/7241>. Acesso em 02/01/2015.

GALLI, Beatriz; RODRIGUES, Kuara. **SOS DIREITOS REPRODUTIVOS:** conheça e defenda seus direitos sobre o acesso ao aborto. Brasília: CFEMEA e CURUMIM, 2011.

GALVÃO, Loren. Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde da Mulher e Saúde Materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Org). **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999. P. 165-179.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: [www.wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/tipos-de-pesquisa.pdf](http://www.wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/tipos-de-pesquisa.pdf) . Acesso em 02 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Métodos e técnicas de pesquisa social. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

**INFORMES SOBRE A 1ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES.** Disponível em: [http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=997:1-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres&catid=120:numero-136-agosto-de-2004&Itemid=129](http://www.cfemea.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=997:1-conferencia-nacional-de-politicas-para-as-mulheres&catid=120:numero-136-agosto-de-2004&Itemid=129). Acesso em: 07/01/2015.

LOURO, Guacira Lopes. A emergência do “gênero”. In.: **Gênero, sexualidade e educação.** Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Editora Vozes, 1997. p.14-36.

MACIEL, Edgar. **Levantamento jornalístico sobre o número de mulheres presas em decorrência de aborto no Brasil**. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/brasil/noticias/33-mulheres-foram-presas-por-aborto-em-2014>. Acesso em: 03/04/2015.

MAYORGA, Cláudia; MAGALHÃES, Manuela de Sousa. Feminismo e as lutas pelo aborto legal ou por que a autonomia das mulheres incomoda tanto? In.: **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto / organização Mônica Bara Maia**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre o humanismo e a humanização. In.: **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas./organizado por Suely Ferreira Deslandes**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, Maria Cecília S; SANCHES, Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9 (3): 239-248, jul/set, 1993.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. In.: **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, set./dez. 2006.

NICHOLSON, Linda. Interpretando o gênero. In.: **Revista de Estudos Feministas**. Florianópolis, UFSC, v.8, n.2, 2000.

OLIVEIRA, Fátima. O Rede Cegonha e a atenção integral à saúde da mulher. **Portal Vermelho**, S.D. Disponível em: [http://www.vermelho.org.br/coluna.php?id\\_coluna=20&id\\_coluna\\_texto=3945](http://www.vermelho.org.br/coluna.php?id_coluna=20&id_coluna_texto=3945). Acesso em: 10 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Saúde feminina e maternidade. **Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos**, 2011. Disponível em: [www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065](http://www.clam.org.br/noticias-clam/conteudo.asp?cod=8065). Acesso em: 10 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ; BRASIL. **Utilizando os Direitos Humanos para a Saúde Materna e Neonatal**: Um Instrumento para o Fortalecimento de Leis, Políticas e Normas de Atenção à Saúde. Relatório Final. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa Organização Mundial de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. S/D.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Abortamento Seguro**: Orientação Técnica e de Políticas para os Sistemas de Saúde. Genebra, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Sheila Duarte. **Conceitos e da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. São Paulo, 2004. Disponível em:  
[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visa.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visa.pdf). Acesso em 06/01/2015.

PINTO, Elisabete Aparecida. **Ventres livres – o aborto numa perspectiva étnica e de gênero**. São Paulo: Terceira Margem, 2002.

PISCITELLI, A. Recriando a (categoria) mulher?. In.: ALGRANTI, L. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. **Textos Didáticos**, n. 48. Campinas, IFCH-Unicamp, 2002, p. 7-42.

\_\_\_\_\_. Gênero: a história de um conceito. In.: ALMEIDA, Heloisa B. e SZWAKO, José E. (orgs.) **Diferenças, Igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009, p. 116-149.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A humanização dos serviços e o direito à saúde. In.: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 (5): 1342-1353, set-out, 2004.

RABAY, Glória e Soares, Gilberta Santos. **Abortamento inseguro**: assistência e discriminação. João Pessoa: Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008.

RADIS Comunicação e Saúde. **Acesso e humanização direitos da mãe e do bebê**. Nº 117. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2012.

**Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas**. Cairo, 1994. Disponível em:  
[http://200.130.7.5/spmu/portal\\_pr/eventos\\_internacionais/onu/Relat%C3%B3rio%20Cairo.pdf](http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/eventos_internacionais/onu/Relat%C3%B3rio%20Cairo.pdf). Acesso em: 23 fev. 2011.

RIOS, Izabel Cristina. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

RUBIN, Gayle. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife: SOS Corpo, 1993.

Dados sobre as regionais de saúde do estado da Paraíba. **Secretaria Estadual de Saúde (SES)**. Disponível em: <http://www.saude.pb.gov.br/>. Acesso em 09/01/2015.

SALIH, Sara. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

SANTOS, Antonio Raimundo. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. 6ª ed. Rio de Janeiro; DP&A, 2004.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. Direitos Reprodutivos na Estratégia Saúde da Família em Campina Grande/PB. In: MACHADO, C. J. S.; NUNES, M. L. S.; SANTIAGO, I. M. F. L. (orgs.). **Olhares**: gênero, sexualidade e cultura. João Pessoa: Editora da UFPB, 2011.

SANTIAGO, Ricardo Cabral. Saúde da mulher e aborto. In.: **Direito de decidir**: múltiplos olhares sobre o aborto / organização Mônica Bara Maia. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In.: **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 16 n.2, jul/dez, 1990.

SOARES, Gilberta; Galli, Maria Beatriz; Viana, Ana Paula de A. 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.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Edição. Brasília: UNFPA, 2009.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: Editora Unesp, 2011. 128p.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### **I) IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADO/A**

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Sexo: F( ) M( )

3) Raça/cor: \_\_\_\_\_

3) Idade: \_\_\_\_\_

4) Naturalidade: \_\_\_\_\_

5) Situação conjugal: \_\_\_\_\_

6) Orientação religiosa: \_\_\_\_\_

7) Profissão: \_\_\_\_\_

### **II) FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

1) Em que ano concluiu a graduação?

2) Realizou algum curso de pós-graduação (Especialização, mestrado ou doutorado)?

3) E cursos de capacitação ou aperfeiçoamento profissional realizou algum? Se sim, qual?

### **III) INSERÇÃO INSTITUCIONAL**

1) Há quanto tempo atua nesta instituição?

2) E no setor de atenção a mulheres em processo de abortamento, atua há quanto tempo?

### **IV) QUALIFICAÇÃO ESPECÍFICA PARA O ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

- 1) Qual a aproximação que você teve com a temática do abortamento na sua graduação?
- 2) Participou de alguma capacitação ou treinamento relacionada à atenção ao abortamento? Qual?

#### **V) ATUAÇÃO PROFISSIONAL DIANTE DAS SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO NO ACOLHIMENTO**

- 1) Fale um pouco sobre o que significa o aborto para você.
- 2) Descreva o passo a passo da sua prática profissional direcionada às mulheres em situação de abortamento neste serviço de saúde?
- 3) Qual a média de atendimentos de mulheres em situação de abortamento que você realiza por dia neste serviço?
- 4) Para as mulheres em situação de abortamento que tipo de informações você fornece?
- 5) Quais os procedimentos direcionados para as mulheres que provocam o aborto?
- 6) Quais os procedimentos direcionados para as mulheres que tem aborto espontâneo?
- 7) As mulheres em processo de abortamento participam das decisões sobre o tipo de procedimento que será utilizado para solucionar o seu problema de saúde?
- 8) Existe triagem para classificação de risco e prioridade para o atendimento clínico? Se sim, quais são as situações prioritárias?
- 10) Qual o tempo médio de espera para as mulheres em processo de abortamento terem o atendimento clínico prestado? Você considera esse tempo longo ou curto?

#### **VI) ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO CLÍNICA DOS CASOS DE ABORTAMENTO**

- 1) Especificamente na atenção clínica às mulheres em processo de abortamento, quais são os procedimentos adotados?
- 2) Que recursos tecnológicos para atender as mulheres em situação de abortamento estão disponíveis neste serviço?
- 3) Existiram ou existem capacitações para a equipe utilizá-los?
- 4) Qual é o tipo de procedimento realizado para o esvaziamento uterino?
- 5) São realizados procedimentos para alívio da dor das mulheres em situação de abortamento? Se sim, quais?

- 6) Na atenção clínica deste serviço o que é ofertado em termos de estrutura física para o atendimento às mulheres? Existem camas, lençóis e absorventes em quantidade suficiente?
- 7) Você considera que a estrutura para os procedimentos clínicos é de qualidade? Por quê?
- 8) Quais exames são realizados nas mulheres em processo de abortamento, antes e depois do aborto?
- 9) Há privacidade no atendimento e confidencialidade das informações?
- 10) É fornecido anticoncepcionais ou outro método contraceptivo às mulheres?
- 11) Quais as informações fornecidas as mulheres sobre a atenção clínica?

## **VI) ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS PÓS-ABORTO**

- 1) Quais são as orientações prestadas as mulheres depois da realização do aborto?
- 2) Há encaminhamentos para planejamento reprodutivo após o aborto? Para onde encaminham?
- 3) Há algum retorno das mulheres que abortaram a este serviço após o atendimento? Qual a finalidade deste retorno?
- 4) Existe alguma forma de acompanhamento das mulheres em processo de aborto após o atendimento?

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIAS

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### I) IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTADA

1. Idade: \_\_\_ anos

2. Cor/Raça

2.1 Branca ( ) - Negra ( ) - Parda ( ) - Indígena ( ) **MORENA**

3. Estado Civil

3.1 Casada ( ) - Solteira ( ) - Viúva ( ) - Separada ( ) - Desquitada ( )  
Divorciada ( )

4. Conjugalidade

4.1 Sem parceiro fixo ( ) Com parceiro fixo ( )

5. Naturalidade

5.1 Onde você nasceu? \_\_\_\_\_

6. Religiosidade

Sem religião ( ) Católica ( ) Candomblé/umbanda ( )  
Evangélica ( ) Espírita ( ) Outra. \_\_\_\_\_

7. Escolaridade

7.1. Sabe ler e escrever? Sim ( ) Não ( )

7.2. Grau de instrução:

( ) Educação infantil ( ) Ensino fundamental I (1º ao 5º ano)

( ) Ensino fundamental II (6º ao 9º ano) ( ) Ensino médio completo

( ) Ensino médio incompleto ( ) Curso superior completo

( ) Curso superior incompleto

8. Trabalho e Renda

8.1 Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

8.2 Atualmente você trabalha? \_\_\_\_\_

8.3 Se sim, seu trabalho é formal ou informal? \_\_\_\_\_

8.4 Qual a sua renda individual? \_\_\_\_\_

8.5 Qual a renda da sua família? Até 1 salário mínimo – 724,00 ( ) - De um a dois salários – 724,00 à 1.448,00 ( ) - De dois a três salários – 1.448,00 à 2.172,00 ( ) - De três a quatro salários – 2.172,00 à 2.896,00 ( ) - Acima de quatro salários ( )

8.6 Quantas pessoas compõem sua família? \_\_\_\_\_

8.7 Você tem bolsa família? Sim ( ) Não ( )

8.8 Qual o valor da sua bolsa família? \_\_\_\_\_

### 9. Condição de moradia

9.1 Mora em casa: Própria ( ) - Alugada ( ) - Cedida ( ) - Emprestada ( )

Outra: \_\_\_\_\_

9.2 Sua casa tem acesso a energia elétrica? ( ) Sim ( ) Não

9.3 Possui rede de esgoto? ( ) Sim ( ) Não

## II) ABORTAMENTO

- 1) Por que você procurou este serviço de saúde?
- 2) Quem veio acompanhando você para este atendimento?
- 3) Esta é a primeira situação de abortamento?
- 4) Como ela aconteceu?
- 5) Se possível, divida conosco um pouco do seu sentimento em relação a este abortamento.

## III) ACOLHIMENTO

- 1) Conte-nos um pouco de como foi sua chegada. Quem lhe recepcionou, quais foram as orientações, em que lugar você ficou esperando?
- 2) Com qual profissional você falou sobre sua condição de saúde?
- 3) Qual foi a conversa inicial entre você e o profissional que a atendeu?
- 4) O que você relatou pra o/a profissional sobre o que aconteceu para acontecer o abortamento?

- 5) O que você sentiu ao contar que abortou?
- 6) Quais foram as condições para o seu relato, onde ele aconteceu? Você se sentiu confortável para fazê-lo?
- 7) Quem esta por perto na hora em que você relatou para o/a profissional o seu abortamento? A presença de outras pessoas nesse momento lhe incomodou?
- 8) Quanto tempo, mais ou menos, você esperou para o atendimento clínico? Você acha que foi muito tempo?
- 9) Como você esperou pelo atendimento? Em pé, sentada ou deitada?
- 10) Você considera que a forma que esperou foi adequada? Por quê?
- 11) Quais foram as informações que você recebeu sobre os procedimentos que os/as profissionais iam adotar para resolver seu problema?
- 12) Qual foi sua participação na decisão sobre a escolha desses procedimentos?
- 13) Como você considera a postura dos profissionais ao saber que você estava em situação de abortamento?
- 14) De forma geral, como você avalia os seus momentos iniciais no serviço, antes dos procedimentos clínicos?

#### **IV) ATENÇÃO CLÍNICA**

- 1) Qual foi o procedimento utilizado para esvaziamento do seu útero?
- 2) Você sabe como ele acontece?
- 3) Quais foram as informações que você teve dos/as profissionais de saúde durante o procedimento?
- 4) Como você se sentiu durante a realização do procedimento?
- 5) Você sentiu dor? Se sim, houve alguma iniciativa para aliviar a sua dor?
- 6) Você teve acesso a cama, lençóis ou toalhas? Quais eram as condições desses itens?
- 7) E absorventes lhe foram ofertados? Se sim, foram em quantidades suficientes para sua necessidade?
- 8) Você fez algum exame antes ou depois do aborto? Se sim, qual ou quais?
- 9) Como você avalia as condições do atendimento clínico que recebeu?
- 10) E em relação a postura dos/as profissionais na atenção clínica, qual é a sua avaliação?



## V) ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PÓS-ABORTAMENTO

- 1) Após o procedimento quais foram as informações que lhe deram sobre a sua condição de saúde e os cuidados que deveria tomar? Quais profissionais lhe deram as informações?
- 2) Quais informações lhe deram sobre retorno da menstruação?
- 3) Quais foram as informações sobre sua rotina de higiene pessoal após a curetagem? Quais profissionais lhe orientaram sobre isso?
- 4) Em relação ao reinício da atividade sexual, quais informações você teve neste serviço?
- 5) E sobre as formas de evitar uma nova gestação, quais foram as informações que você teve? Quais profissionais lhe orientaram sobre isto?
- 6) Você teve acesso a algum contraceptivo nesse serviço? Se sim, alguém lhe informou como utilizá-lo?
- 7) Algum profissional falou com você sobre planejamento familiar? O que vocês conversaram sobre isto?
- 8) Quais foram os encaminhamentos que lhe deram após o atendimento neste serviço?