



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**



**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

**LÍVIA LIMA NOGUEIRA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE  
O CUIDADO AO ABORTAMENTO EM SALVADOR, BA**

Salvador

2014

**LÍVIA LIMA NOGUEIRA DOS SANTOS**

**PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE  
O CUIDADO AO ABORTAMENTO EM SALVADOR, BA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, na área de concentração de Ciências Sociais em Saúde, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof.(a) Dr(a). Cecília McCallum  
Co-Orientadora: Prof.(a) Dr(a). Greice Menezes

Salvador  
2014



Universidade Federal da Bahia  
 Instituto de Saúde Coletiva  
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

## LÍVIA LIMA NOGUEIRA DOS SANTOS

### Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 22 de abril de 2014

Banca Examinadora:

*Cecilia A. McCallum*

Prof<sup>ª</sup>. Cecilia Anne McCallum – Orientadora - FFCH/UFBA

*Greice Maria de Souza Menezes*

Prof<sup>ª</sup>. Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA

*Estela Maria Motta-Lima Leão de Aquino*

Prof<sup>ª</sup> Estela Maria Motta-Lima Leão de Aquino – ISC/UFBA

*Carmen Simone Grilo Diniz*

Prof<sup>ª</sup> Carmen Simone Grilo Diniz – FSP/USP

Salvador  
 2014

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237p Santos, Livia Lima Nogueira dos.

Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA / Livia Lima Nogueira dos Santos. -- Salvador: L.L.N.Santos, 2014.

58f.

Orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Anne McCallun.

Co-orientadora: Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Greice Maria de Souza Menezes.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Aborto. 2. Profissionais de Saúde. 3. Violência Institucional. 4. Humanização. 5. Práticas de Saúde. I. Título.

CDU 614

---

*À meu pai,  
José Luiz (in memorian), professor e advogado brilhante, fonte de inspiração ética e  
intelectual que me faz seguir adiante na vida acadêmica.*

## AGRADECIMENTOS

A minha “fê” por me fazer acreditar que era preciso seguir.

A toda minha “grande família” porque sempre foram os grandes incentivadores. E nesse momento em especial a minha mãe, Itacy, sempre presente, pelo amor, dedicação e auxílio para que me mantivesse no mestrado esses dois anos.

Aos meus irmãos queridos Isabela e Maurício pelo incentivo constante.

Às minhas orientadoras Cecília McCallum e Greice Menezes pela paciência, rigor, orientação cautelosa e atenta, e fundamentalmente pelo mundo novo de conhecimentos proporcionados.

Ao núcleo de pesquisa MUSA/ISC/UFBA pelo acolhimento e apoio a pesquisa.

À Fundação Estatal de Saúde da Família, (FESF-SUS) - Bahia, local onde trabalho, pela dispensa de carga horária e flexibilidade para finalização do mestrado.

Aos meus colegas do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento do trabalhador, FESF-SUS, pela compreensão e apoio a minha ausência, em momentos em que mais precisavam de mim.

A aqueles queridos que pacientemente ouviram-me e leram o meu trabalho: Erika Almeida, Isabela Batista, Laio Magno, Luciana Lopes, Renata Preza.

Aos meus colegas do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelas risadas, saídas, cervejinhas e por tornar esse período mais leve: Felipe Fagundes, Priscila Azevedo, Daiane Machado, George Amaral, Lúcio, Laíse Ribeiro, Nise Santos, Paloma Silveira e Cecília Simonetti.

*“A maior premente necessidade de um ser humano era tornar-se humano”.*  
Clarice Lispector, In Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres.

## SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS .....	07
APRESENTAÇÃO .....	08
ARTIGO	
<b>PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO AO ABORTAMENTO EM SALVADOR, BA.</b>	
RESUMO .....	09
ABSTRACT .....	10
1. Introdução .....	11
2. Metodologia.....	17
3. Resultados.....	19
3.1.1. Percepções dos profissionais sobre o aborto .....	19
3.1.2. Percepções sobre as mulheres em situação de abortamento .....	21
3.1.3. Perspectivas dos profissionais acerca das maternidades e do cuidado ao abortamento.....	25
3.1.4. O encontro dos profissionais com as mulheres em situação de abortamento: distanciamento, tensões e conflitos no cuidado .....	33
4. Discussão .....	37
5. Considerações Finais .....	47
6. Referências Bibliográficas .....	50
7. Anexo.....	59
8. Apêndice.....	61

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**MS - Ministério da Saúde**

**PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

**PNH – Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

## APRESENTAÇÃO

O presente trabalho representa o produto final do curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia da Universidade Federal da Bahia – área de concentração Ciências Sociais em Saúde, cujo objetivo é analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento, em três maternidades públicas de Salvador, Ba.

Esse trabalho representa um recorte de uma pesquisa mais ampla “Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia” do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia/UFBA. Esta pesquisa mais ampla foi um trabalho qualitativo, de enfoque antropológico que teve como objetivo identificar a percepção dos profissionais de saúde, usuárias e gestores a respeito do aborto induzido, em três maternidades públicas de Salvador.

Para compor o campo da pesquisa foram escolhidas 03 unidades hospitalares da rede SUS do município de Salvador, Ba, que apresentavam os seguintes perfis:

1. Maternidade que é local de formação de recursos humanos na área da saúde.
2. Maternidade com o maior número de leitos obstétricos do estado da Bahia.
3. Unidade obstétrica que integra um Hospital Geral se localiza no Distrito Sanitário com a maior taxa de mortalidade materna da cidade.

Utilizaram-se como técnicas para produção dos dados, entrevistas semi-estruturadas com mulheres internadas, profissionais e gestores e observação participante (trabalho de campo etnográfico). Como recorte da pesquisa acima mencionada, este trabalho envolverá a análise das entrevistas dos profissionais de saúde, conforme será descrito a seguir. Nos anexo, pode ser encontrado o roteiro de entrevista que fundamentou esse trabalho e no apêndice está localizado o projeto de qualificação e o roteiro guia para análise das entrevistas. Como contribuição para a discussão do cuidado ao abortamento, buscamos abordar as percepções de diferentes categorias profissionais de saúde, trazendo em evidência na sua análise os distintos níveis estruturantes de um contexto que influencia as práticas destes profissionais. A respeito da discussão dos maus tratos, discriminações, preconceitos e despersonalização no cuidado, em particular da violência institucional, procuramos discutir esta como um fenômeno produzido por múltiplas causas e não focado em ações e atitudes dos sujeitos envolvidos no cuidado, como será apresentado a seguir.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde que trabalham no cuidado obstétrico ao abortamento. O estudo foi realizado em três maternidades públicas de Salvador, Bahia, entre 2009 e 2010. Baseada na análise de vinte e nove entrevistas com médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, assistentes sociais e psicólogas, descreve as suas percepções sobre o aborto, a vida reprodutiva das mulheres, as usuárias internadas por abortamento, a rotina hospitalar e as relações interpessoais que fazem parte do seu dia-a-dia na instituição. A discussão mostra que a situação do cuidado é semelhante àquela descrita na literatura científica sobre o tema, em outras regiões do Brasil, e em prévios estudos em Salvador, ou seja, há ampla evidencia de desumanização no cuidado e de violência institucional. Após deixar claro que o conhecimento dos profissionais a respeito da “Norma Técnica: Assistência Humanizada ao Abortamento” é quase nulo, o artigo compara as práticas de cuidado relatadas pelos informantes àquelas recomendadas por esta Norma. Defende que a violência institucional está atrelada ao contexto estrutural que engloba o cuidado, para além da dimensão das relações individuais entre profissionais e usuárias. Esse contexto que o envolve emerge como objeto ao apresentar os conceitos e valores dos entrevistados sobre o aborto e as mulheres envolvidas, e o retrato que fazem das condições e processos de trabalho, das normas institucionalizadas e das lacunas na sua formação no que diz respeito ao aborto e às usuárias com abortamento. Em conclusão, enfatizamos que a superação da violência institucional no cuidado ao abortamento depende de uma reestruturação dos serviços e de articulações intersetoriais.

**Palavras - Chaves:** aborto, profissionais de saúde, violência institucional, humanização, práticas de saúde.

## ABSTRACT

This work aims to analyze the perceptions of health professionals working in obstetric care to abortion. The study was conducted in three public hospitals in Salvador, Bahia, between 2009 and 2010. Based on Analysis of twenty-nine interviews with doctors, nurses, nurse technicians, social workers and psychologists, it describes their perceptions on abortion, women's reproductive life, women hospitalized for abortion, hospital routine and the interpersonal relationships that are part of the day- to-day in these institutions. The discussion shows that the situation, as far as healthcare is concerned, is similar to that described for other regions of Brazil in the scientific literature on the subject and in previous studies conducted in Salvador: That is, there is ample evidence of dehumanization and institutional violence. Having established that health professionals have minimal awareness of the Health Ministry's guidelines for care of abortion, entitled "Technical Norm: Humane Abortion Care", the article compares the care practices reported by informants to those recommended by these guidelines. The principal argument is that institutional violence is linked to the structural context that encompasses care, and may not be reduced to the individual relationships between healthcare professionals and hospital users. This encompassing context emerges as an object through an examination of the concepts and values expressed by informants as they talked about abortion and the women who practice it, as they painted a picture of their work conditions and routines, described institutionalized norms and spoke of the gaps in their training with regard to abortion and to dealing with hospital users suffering from incomplete abortion. In conclusion, we emphasize that in order to overcome violence in institutional care of abortion a restructuring of services is necessary and intersectoral joints.

**Key Words:** Abortion, healthcare, institutional violence, humanization, health practices

## 1. Introdução

O presente trabalho analisa as percepções dos profissionais de saúde que trabalham no cuidado obstétrico ao abortamento. Integra uma pesquisa mais ampla, “Percepções e experiências de usuárias, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia”, realizada em três hospitais-maternidades do município em questão.

Nosso principal argumento diz respeito ao enquadramento analítico da “violência institucional” que caracteriza a atenção à saúde nesses ambientes, já documentado na literatura científica, e cuja presença nos locais estudados nossa própria análise confirma. Nossa ambição é de redirecionar o enfoque analítico, retirando a ênfase aos efeitos nocivos da “desumanização” nos cuidados ministrados por indivíduos às usuárias, e colocando em destaque os distintos níveis estruturais em que tais efeitos são gerados.

Os relatos dos nossos entrevistados dão claros indícios de que esses hospitais pouco diferem das outras instituições brasileiras onde acontecem esse tipo de violência institucional (AGUIAR, 2010; 2011; 2013), práticas desumanizantes de atenção (DESLANDES, 2005) e violência simbólica (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Nossa análise mostra que nos serviços obstétricos onde os entrevistados estão lotados, é possível identificar duas áreas nas quais a literatura associa a presença e reprodução da violência institucional: de um lado as normas institucionais e o processo de trabalho e, do outro, os conceitos e valores dos próprios cuidadores frente ao aborto e ao cuidado nessas maternidades. Conjugados, estes fatores propiciam práticas e atitudes que na literatura científica sobre atenção à saúde em hospitais-maternidade se associa à ‘violência institucional’.

Sobre estas práticas e atitudes, D’Oliveira; Diniz; Schraiber (2002), analisando estudos publicados em todo o mundo, mostram que a violência nos serviços de saúde pode assumir a forma de negligências, maus tratos físicos ou verbais, até casos de abuso sexual, resultando em má qualidade da atenção prestada e comprometendo a efetividade destas instituições na sua função maior de cuidado. Segundo as autoras, em casos de abortamento os estudos apontaram a violência verbal, com o questionamento da moral das mulheres que são verbalmente estigmatizadas. No caso da violência física, é citada a não oferta de medicamentos, sejam anestésicos ou analgésicos, para o alívio da dor.

Segundo Souza *et al.*, (2006: p.65), em seu trabalho sobre a produção científica brasileira sobre violência e acidentes na década de 90 na área da saúde, afirmam que a violência institucional pode ser entendida como uma “ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas cujo objetivo seria prestar serviços aos cidadãos”. Estes autores, em seu estudo, encontraram apenas doze publicações que tratam da violência institucional e nenhuma delas com enfoque na atenção obstétrica.

Posteriormente ao trabalho de Souza *et al.*, (2006) outros estudos vem abordando a violência institucional nos serviços de saúde (GESTEIRA; DINIZ, OLIVEIRA, 2008; RIOS, 2009). Destacamos aqui o estudo de Aguiar (2010), que teve como objeto central a discussão da violência institucional na atenção ao parto especificamente em maternidades públicas de São Paulo. Este estudo analisa também os diversos sentidos atribuídos pelos profissionais e usuárias à violência. A autora sistematiza e classifica a violência, do ponto de vista dos profissionais, como: tratamentos grosseiros, negligência no atendimento, ameaças, represálias e objetificação das pacientes, salientando que foram poucos claros os limites do que é considerado violência, sendo dependentes do contexto. No nosso estudo, podemos adicionar: falas e atitudes discriminatórias e/ou preconceituosas em relação às mulheres que induziram o aborto, postergação do atendimento, condições precárias no atendimento, uso de tecnologias inadequadas, e tratamento frio, ríspido, distante.

A objetificação das usuárias nos hospitais-maternidades é associada também à “desumanização da atenção”, a qual Schraiber (1997) aponta como resultado do alto valor atribuído à tecnologia em detrimento dos aspectos relacionais do cuidado. Schraiber analisa a prática médica a partir das suas duas dimensões indissociáveis, a ética e a técnica, para discutir como a pretensa cisão destas dimensões resulta em desumanização do atendimento e despersonalização dos sujeitos.

Deslandes (2005), em seu estudo com catorze gestores da secretária de saúde e de maternidades públicas, do Rio de Janeiro, segue Schraiber (1997) reafirma a presença de uma maior valorização dos aspectos técnicos do cuidado em detrimento dos relacionais. Deslandes (2005) acrescenta a caracterização das práticas tidas como desumanizantes, às condições precárias de trabalho que acarretam, por um lado, falhas técnicas que produzem estresse e comportamentos que podem ser interpretados como defesas psíquicas dos profissionais, e por

outro, resultam em dificuldade de acesso para as usuárias que sofrem de longas esperas e são mal acolhidas.

Na literatura recente sobre a violência institucional em hospitais, alguns estudos reconhecem a complexidade do fenômeno que não se reduz às relações inter-subjetivas e hierárquicas entre profissionais de saúde e usuárias, constituídas nas relações de poder estabelecidas. D'Oliveira; Diniz; Schraiber (2002:1863) discutem, por exemplo, o contexto institucional que envolve os profissionais e a existência da violência nos serviços de saúde, serviços que deveriam se pautar pelo respeito aos usuários.

Na discussão do presente trabalho, defendemos o seguinte argumento: que a violência institucional emerge, sobretudo, em situações em que se faz presente uma série de fatores estruturais e processuais, os quais escapam ao controle e até à apreensão consciente dos indivíduos envolvidos. Esta é uma visão analítica que até então não tem sido articulada na maioria dos estudos sobre o cuidado ao abortamento (GESTEIRA, DINIZ, OLIVEIRA, 2008; COSTA E SOUZA, 2011; SILVA E ARAUJO, 2011; SOARES, *et al*, 2012; STREFLING *et al*, 2013; MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012). Não obstante a importância e pioneirismo desses estudos — em face às menções ao contexto maior, terreno fértil para a geração de atos de maus-tratos e outros sintomas da violência institucional — observamos que há uma tendência nessa literatura a concentrar a atenção analítica no teor, conteúdo e qualidade das relações interpessoais, como se o fato social fosse constituído pela soma das suas partes e não remetesse a um nível maior, não redutível às interações entre indivíduos.

Gesteira, Diniz e Oliveira (2008), por exemplo, na sua análise de entrevistas com enfermeiras em uma maternidade de Salvador, Bahia, apontam a influência do contexto de ilegalidade do aborto no Brasil e dos valores morais da sociedade nas percepções dos profissionais sobre a má qualidade da assistência. Entretanto, neste estudo a discussão de seus resultados se aborda muito rapidamente os elementos do contexto social mais amplo, sem uma análise mais aprofundada sobre o fenômeno da violência institucional.

Costa e Souza (2011:06), em um estudo em uma maternidade de João Pessoa, PB, discutem os condicionamentos socioculturais que influenciam os profissionais e suas práticas de cuidado. Os autores constataam atitudes de pré-julgamento dos profissionais e suas dificuldades em se despirem de suas convicções pessoais na atenção às mulheres. No entanto, as atitudes e os conflitos éticos são analisados desconsiderando-se o contexto institucional

imediatamente da maternidade e os processos políticos historicamente constituídos que definem as possibilidades de atuação das instituições e dos indivíduos que nela atuam.

O contexto estrutural maior da violência institucional está marcado por repetidas ações e tentativas de intervenção por parte de movimentos sociais. Na discussão sobre humanização da atenção à saúde no Brasil é importante a participação dos movimentos feministas, particularmente em prol da humanização do parto, antes mesmo da elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) (2004a) (BENEVIDES; PASSOS, 2005; RIOS, 2009).

A PNH (2004a) parte de uma análise da situação nos serviços de saúde, reconhecendo o contexto que envolve as práticas institucionais, em que estão presentes o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, a fragmentação e verticalização do processo de trabalho, com implicações na relação entre próprios trabalhadores e entre estes e os usuários. A PNH admite também a insuficiente capacitação de profissionais e gestores para lidarem com as questões sociais e subjetivas que interferem nas práticas de atenção à saúde. Diante deste quadro, a humanização enquanto política, para além de uma atuação voltada apenas para produção dos sujeitos e modificação de suas práticas, busca também fomentar processos que atuem na produção da saúde, ou seja, em todo o contexto que envolve o cuidado, como no processo de trabalho:

Como política, a Humanização deve, portanto, 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 ideias, 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)

As políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil só mais recentemente incluem a atenção ao abortamento. Em 2001, o Ministério da Saúde divulga o documento “Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher” (BRASIL, 2001) para orientação aos profissionais de saúde, cuidadores das mulheres que demandam serviços de saúde por problemas decorrentes do abortamento. À luz dos compromissos assumidos pelo país nas Conferências da ONU da década de noventa (Cairo e Beijing), o documento

reconhece o aborto como problema de saúde pública e define os elementos requeridos para uma atenção de qualidade às mulheres: acolhimento, com atitude ética e respeitosa dos profissionais; informação e aconselhamento, para anticoncepção pós-aborto, mas também para encaminhamento a unidades de referência nos casos de aborto espontâneo; garantia de acesso aos serviços e integração da rede assistencial com sistema de referência e contra-referência. Por fim, ressalta a competência profissional, compreendida tanto como habilidade técnica quanto como qualificação para estabelecimento de relacionamento interpessoal com as mulheres e suas famílias, acrescentando inclusive orientação para o abortamento nos casos de malformação fetal incompatível com a vida.

Em 2002, o MS lança o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que enuncia as diretrizes de uma assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2002). Posteriormente em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004b) reitera a necessidade de se promover uma assistência humanizada e de qualidade às mulheres com abortamento, superando a violência institucional que admite ocorrer nos serviços de saúde, com retardo no atendimento, falta de escuta e orientação às mulheres, palavras e atitudes discriminatórias.

A PNAISM reafirma a importância da integralidade e humanização da atenção, apontando a necessidade de mudanças das práticas profissionais e do contexto macrossocial que as envolve na maternidade. São reconhecidos os determinantes de gênero, classe, raça, religião envolvidos na atenção e enfatizadas ações inter-setoriais para melhoria das condições de vida das mulheres, estimulando a participação da sociedade civil organizada.

Duas normas técnicas foram elaboradas nas últimas décadas, com orientações específicas para profissionais de saúde nos casos de abortamento. Lançada em 1999, a “Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra as mulheres e adolescentes” trata do atendimento ao aborto nos casos de violência sexual, sendo uma guia para atuação dos profissionais nos serviços de aborto dos casos previstos em lei. Em 2005, é publicada a “Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento” (BRASIL, 2005a), reeditada em 2011 (BRASIL, 2011a), constituindo-se o documento mais completo e específico sobre a atenção ao abortamento, particularmente aquele realizado de forma insegura.

A Norma Técnica de 2005 (BRASIL, 2005a; 2011a) reatualiza elementos já constantes nos documentos anteriores, relativos à humanização do cuidado. Discute o tema do aborto na sua dimensão epidemiológica, como problema de saúde pública, mas também os aspectos

éticos e jurídicos da atenção, nos marcos dos direitos reprodutivos das mulheres. Diferencia-se dos demais documentos por trazer uma maior ênfase na discussão do combate à discriminação e maus tratos na atenção ao abortamento. No modelo de atenção preconizada, destaca-se como importante a reafirmação da necessidade de acolhimento e orientação às mulheres, a atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, a oferta de orientação pós-abortamento e assistência à infertilidade, e por fim, a integração a uma rede de cuidados com articulação com outros serviços para a inclusão social das mulheres.

Apesar do avanço que a Norma Técnica de 2005 representa, não houve uma ação organizada para sua implantação no país e tampouco foi avaliada sua incorporação nas práticas cotidianas dos serviços de saúde. Não foram identificados estudos de avaliação no país sobre a implantação desta norma.

Poucos trabalhos investigam a atenção ao abortamento prestada nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009) à luz das recomendações da Norma Técnica. Recentemente um inquérito com quase 3000 mulheres internadas em 19 hospitais-maternidades do nordeste brasileiro mostrou que o cuidado prestado está em desacordo com as normatizações nacionais e internacionais quanto a uma atenção considerada humanizada (AQUINO *et al.*, 2012). A maior parte dos estudos sobre atenção ao aborto tem sido realizada com usuárias internadas em unidades da rede pública do país e explora a perspectiva das mulheres sobre a atenção recebida (MENEZES; AQUINO, 2009).

As pesquisas que investigam diretamente os profissionais de saúde são menos frequentes e a maior parte delas foi desenvolvida no sudeste e sul do Brasil. Parte importante destas pesquisas analisa opiniões, conhecimentos e atitudes (hipotéticas ou concretas) dos profissionais sobre o aborto, como atesta recente revisão sistemática sobre trabalhos publicados no país, entre 2001 a 2011 (CACIQUE, JÚNIOR, OSIS, 2013). Segmento expressivo destes estudos explora o conhecimento e opinião dos profissionais de saúde sobre a legislação vigente sobre aborto (DUARTE; MELO-ALMEIDA, 2010).

Estudos com profissionais investigam particularmente a categoria médica (GIFFIN, 1995; LOUREIRO; VIEIRA, 2004; FAÚNDES *et al.*, 2004; FAÚNDES *et al.*, 2007). Apenas foi identificada uma pesquisa que incluiu como sujeitos do estudo outros profissionais como enfermeiras fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e técnicos de

laboratório (BENUTE *et al*, 2012). Estudantes de medicina, enfermagem e direito também são estudados (ALMEIDA, *et al*, 2012; MEDEIROS *et al*, 2012; SILVA; BIANCO, 2009)

De um modo geral a maioria dessas pesquisas citadas acima reconhece um avanço do conhecimento dos sujeitos investigados em relação à legislação do aborto, apontando uma tendência mais liberal dos médicos, ao concordarem com a mudança da lei para despenalização do abortamento em casos de anomalias fetais incompatíveis com a vida (MEDEIROS *et al*; BENUTE *et al*, 2012). Uma postura majoritariamente favorável à interrupção legal do aborto quando for desejo da mulher não é registrada por quaisquer das publicações revisadas.

Devem ser ressaltados os resultados das pesquisas com estudantes que evidenciam de modo convergente a insuficiente discussão sobre o tema do aborto nas graduações dos cursos de saúde (ALMEIDA *et al*, 2012; MEDEIROS *et al*, 2012). Também cabe assinalar as investigações realizadas com profissionais de serviços que atendem casos de abortos legais, que continuam apontando obstáculos e desafios para fazer cumprir a lei, particularmente quanto à resistência dos médicos em realizar os procedimentos de interrupção da gravidez, alegando objeção de consciência (GALLI, GOMES, ADESSE, 2006; WHASTPHAL, 2009).

O trabalho ora apresentado pretende contribuir para suprir a lacuna da literatura científica sobre aborto apontada acima, dando voz aos profissionais de saúde, atores estratégicos na cena do aborto no Brasil, discutindo suas percepções sobre o aborto e a atenção que prestam nas maternidades públicas investigadas.

## **2. Metodologia**

O presente trabalho é parte de uma pesquisa mais ampla, intitulada “Percepções e experiências de usuárias, profissionais e gestores do Sistema Único de Saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia”<sup>1</sup>. Seu objetivo foi compreender as percepções destes sujeitos acerca do aborto induzido, por meio de uma abordagem qualitativa que incluiu entrevistas semi-estruturadas e observação participante, realizadas por antropólogas, entre os anos de 2009 e 2010 em três unidades de saúde da rede pública: um hospital geral com unidade

---

<sup>1</sup>Desenvolvida no âmbito do Programa Integrado de Gênero e Saúde (MUSA) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), foi financiada pelo edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde 22/2007, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC, parecer nº 005-08.

obstétrica, uma maternidade voltada para formação profissional e outra referência para casos de alto risco.

As entrevistas, com duração de 34 minutos a 1 hora e 55 minutos, foram gravadas e transcritas e a observação participante registrada em diários de campo pelas pesquisadoras. Todos os aspectos éticos estabelecidos pela resolução do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, nº 196/1996 (BRASIL, 1996), foram respeitados, tendo sido assegurado a confidencialidade e o sigilo das informações, atribuindo-se pseudônimos aos sujeitos entrevistados e as siglas H1, H2, H3 aos serviços investigados.

A base de dados da pesquisa original era composta das transcrições de trinta e cinco entrevistas com profissionais e suas respectivas notas de campo que contêm a descrição de como estas foram feitas, além de apontamentos das antropólogas sobre os entrevistados que serviram de apoio para compreensão dos resultados.

Para análise desse material foi utilizada a técnica de conteúdo temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado, envolvendo três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos” (MINAYO, 2007, p. 316).

Durante a pré-análise, sete entrevistas foram excluídas — duas realizadas com profissionais do setor administrativo das unidades e cinco que estavam incompletas, com pouca informação sobre as questões de interesse do presente estudo. Desta forma, foram analisadas vinte e oito entrevistas concedidas por oito médicas\os (seis obstetras e dois anestesistas); uma psicóloga; nove enfermeiras; quatro assistentes sociais e seis técnicas de enfermagem.

A maioria (vinte e três) dos sujeitos entrevistados era do sexo feminino; metade se declarou negra (cinco pretas e nove pardas). Quase todos os profissionais informaram alguma influência religiosa, sendo vinte e um católicos, sete espíritas e quatro de religiões de origem protestante. Mais da metade das\os entrevistadas\os (quinze) possuía mais de vinte e um anos de formação profissional.

A partir da exploração e interpretação do material das entrevistas foram extraídos núcleos de sentidos, os quais serão apresentados nas quatro seções que se seguem: as percepções dos

entrevistados sobre o aborto; percepções sobre as mulheres em situação de abortamento; perspectivas dos profissionais acerca das maternidades e a produção do cuidado ao abortamento e o encontro dos profissionais com as mulheres em situação de abortamento: distanciamento, tensões e conflitos no cuidado.

### **3. Resultados**

#### **3.1.1. Percepções dos profissionais sobre o aborto**

As maiorias dos profissionais entrevistados se declararam contra o aborto, salvo nos casos já previstos na atual lei brasileira. Apenas cinco entrevistados se declararam a favor da sua legalização em quaisquer situações que a mulher deseje a interrupção. Estes posicionamentos dos entrevistados reproduzem sentidos e significados compartilhados no contexto social maior de Salvador e do Brasil, onde o aborto é considerado crime. O Estado é visto com uma instância que deve garantir o exercício das mulheres a seus direitos sexuais e reprodutivos, mas com políticas prioritariamente dirigidas ao acesso à contracepção, o que permitiria evitar abortos. A cultura religiosa é contrária ao aborto, ato que elimina uma vida humana e, é também coerente com a visão da missão dos profissionais, de preservação e cuidado da vida das pessoas.

Assim, inseridos nesse contexto, a maioria dos entrevistados concordou com os casos de indução do abortamento previstos em lei: “Por enquanto eu me reservo a concordar com o abortamento provocado no que a lei brasileira preconiza: por estupro e abortamento terapêutico, fora isso eu não concordo” (Victor, obstetra do H3, católico).

Este obstetra, assim como Juracy (técnico de enfermagem do H2) e Gina (assistente social do H1), verbalizaram explicitamente que a mulher ao induzir um aborto pratica um “delito”, “um crime”, reafirmando o reconhecimento social e legal deste ato enquanto crime e seu posicionamento contrário à sua legalização.

Os profissionais, de modo geral justificam essa opinião argumentando que o Estado deveria investir no planejamento familiar e acesso aos métodos contraceptivos para diminuir a realização do aborto pelas mulheres. Ademais, consideram que a descriminalização proporcionaria a banalização de sua prática.

Outros motivos relatos pelos entrevistados remetem a crenças religiosas nas quais o aborto significa a destruição de uma vida. Murilo (Obstetra do H1, católico), por exemplo, mesmo reconhecendo os direitos das mulheres sobre o seu corpo, se posicionou de forma contrária à legalização do aborto, devido às suas convicções pessoais e religiosas:

“se ele [o Estado – inserção nossa] aprovar [a descriminalização do aborto - inserção nossa] ou não lá, é o direito da mulher, a gente considera que a mulher deva ter direitos sobre o seu corpo. Só que eu, eu não farei parte de aborto (...). Nem que a justiça me obrigasse eu não faria. Isso é uma coisa minha, talvez minha convicção da minha religião ou alguma coisa assim, mas eu não faço”.

Victor (obstetra do H3, católico), embora favorável à legislação atual, considera que “qualquer abortamento é uma coisa negativa porque você destrói uma vida” e explica este posicionamento pelo seu entendimento sobre a formação da vida, em que valores religiosos se mesclam à definição de um evento biológico:

(...)no meu entendimento, o corpo já adquire a alma quando vira um ser humano, e o ser humano se forma quando existe a fecundação, quando os cromossomos se juntam e viram 46, como é o número de cromossomos do ser humano (...) E eu digo isso como católico! Eu sou católico, hoje não tanto praticante, mas sou católico de formação, já fui muito praticante e sou um crítico ferrenho dessa posição da Igreja e não me sinto obrigado por ser católico a obedecer a essa determinação do Papa [sobre a restrição da religião no uso de métodos anticoncepcionais e camisinha – inserção nossa].

A influência religiosa sobre suas práticas foi reconhecida por outros oito profissionais, entre médicos, enfermeiras e assistentes sociais, também católicos e espíritas, não somente quanto à legalização do aborto, mas também em relação à sua influência no cuidado de um modo geral. Os demais profissionais, católicos, espíritas e protestantes não mencionaram o assunto:

(...) influencia [a religião – inserção nossa] diretamente. Porque assim, eu fui criada de forma a sempre ter responsabilidade comigo e com as pessoas que estão ao meu redor (Jaqueline, assistente social do H2, católica e espírita).

Já outras três médicas e três enfermeiras, também católicas e espíritas, estavam de acordo com a posição da maioria dos profissionais, acerca do significado do aborto como a destruição de uma vida, mas reforçaram a sua argumentação com frases que apelavam para sua missão profissional: “eu cuido da vida”, “eu sou favorável à vida”.

Ao criminalizarem o aborto, os profissionais reproduzem uma atitude de punição ante as mulheres. Mesmo quando se é favorável ao aborto ou se reconhece os direitos reprodutivos

das mulheres, os entrevistados não produzem qualquer reflexão sobre o fato de que, enquanto servidores públicos de um Estado laico, não deveriam deixar suas convicções pessoais e religiosas interferirem no cuidado prestado.

As percepções do aborto — enquanto destruição de uma vida humana e crime — marcadas por valores religiosos influenciaram os sentidos e significados atribuídos a essa prática e, conseqüentemente sobre as mulheres atendidas, responsabilizando-as pela gravidez e sua interrupção, com atitudes discriminadoras sendo naturalizadas, como será descrito a seguir.

### **3.1.2. Percepções sobre as mulheres em situação de abortamento**

Os entrevistados revelaram percepções negativas a respeito das mulheres com abortamento. Reproduziram em suas falas estereótipos de gênero referentes à sua sexualidade ‘desenfreada’; de classe social, ao afirmarem que as mulheres, principalmente aquelas mais pobres, não planejam sua gravidez e também são pouco instruídas, carentes e por isso, utilizam o aborto como método contraceptivo.

De modo geral, o conjunto de profissionais, sem distinção de categoria ocupacional, descreve as usuárias que induziram o aborto como “jovens”, de “classe baixa”, “pouco instruídas”, “carentes”, “anormais”, “irresponsáveis” e de “sexualidade desenfreada”. Foi recorrente a citação pelos entrevistados de que os abortos provocados são mais frequentes em períodos posteriores aos festejos baianos, ainda que este padrão de ocorrência não possa ser comprovado.

Ao serem questionados acerca dos possíveis motivos que levam as mulheres a engravidar e abortar, as profissionais admitem a complexidade dos fatores envolvidos, sendo destacados: a baixa escolaridade das mulheres, as precárias condições financeiras, a instabilidade do laço conjugal, o abandono do parceiro e a falta de apoio dos familiares. Entretanto, o reconhecimento da complexidade destes motivos não parece atenuar o suposto “delito” por elas cometido.

Gabriel (obstetra do H2), por exemplo, reconhece a teia de razões para o aborto, que envolve o baixo “nível sócio econômico, nível educacional, se ela está empregada ou não, se já tem vários filhos em casa, se não tem uma relação estável”. Contudo, logo em seguida, reproduzindo estereótipos de gênero, responsabiliza as mulheres, pela gravidez, pois segundo

ele, elas agem instintivamente como “animais”, não conseguem controlar sua sexualidade, engravidam e utilizam assim o abortamento como uma forma de contracepção:

Eu quero crer que realmente eles vivem quase como se fossem animais mesmo, vivem muito por instinto. Um know-how todo específico, elas já sabem disso. Daí que eu acredito que elas utilizam o abortamento mesmo como método contraceptivo (Gabriel, obstetra H2).

Outras entrevistadas, médicas/os e enfermeiras também afirmam que as mulheres que abortaram não planejam suas gravidezes, mas possuem um amplo conhecimento sobre o aborto e o utilizam como método contraceptivo. Para elas e eles, uma gravidez é planejada quando se tem condições financeiras para criar os filhos, sendo o aspecto econômico também considerado ao se definir uma família estruturada.

Como pode ser visto acima, é recorrente a descrição e contextualização da vida das mulheres através de sua classe social, seja pela definição de família, de gravidez planejada ou atribuindo a estas o status econômico, “classe baixa”. A maioria não refere à raça. Ticiania (Anestesista, H3) afirmou que os brasileiros não precisam se preocupar com raça, pois “na minha cabeça quem tem raça é cachorro! Mas o brasileiro, graças a Deus, é um povo bastante misturado e não temos que nos preocupar com esse tipo de coisa”. No entanto, já que as usuárias atendidas nas maternidades são na sua maioria pardas e pretas, está implícito que os profissionais estão se referindo à distinção racial ao caracterizar as usuárias das maternidades.<sup>2</sup>

Viviana (enfermeira do H3) associa o comportamento das mulheres que ela qualifica como irresponsável, principalmente as pobres, ao carnaval e às festas baianas. Para esta profissional, elas não planejaram suas gravidezes porque são jovens, o que resulta na maior ocorrência de abortos:

(...) Tem a questão cultural da Bahia das festas, do carnaval, que a introdução da menina é o abadá. Ela sai a primeira vez num bloco, provavelmente ela vai transar. O abadá é a inserção no mundo... né, beijaram todo mundo lá no circuito Barra/Ondina, depois os pais vão buscar. “Ah, foi ótimo”. Não dizem nada, mas perderam a virgindade... (...) é que elas não fazem planejamento, não tomam medicação, não usam camisinha e não estão muito preocupadas com a questão de engravidar não, principalmente as mulheres pobres (...).

---

<sup>2</sup> Ver - MCCALLUM 2008; DOS REIS 2006<sup>a</sup>; MCCALLUM sobre raça na perspectiva dos profissionais numa maternidade pública de Salvador.

Segundo as entrevistadas, as mulheres que provocaram aborto — chamadas de “curetas”, em referência à técnica às quais são submetidas para esvaziamento uterino — também exibem padrões de comportamentos distintos quando internadas nas maternidades, o que permite diferenciá-las das demais usuárias atendidas.

Médicas/os e enfermeiras afirmaram que clinicamente é difícil distingui-las daquelas com aborto espontâneo, a não ser quando restos de comprimidos do misoprostol ou sinais de manipulação são identificados pelo exame vaginal. Entretanto, independente da categoria profissional, percebem as mulheres com abortamento espontâneo como “frágeis” e “chorosas”, enquanto aquelas que provocaram são mais “arredias”, “aliviadas”, “indiferentes”, “mais agressivas”, com “espírito armado”.

Viviana (enfermeira do H3) diz:

Nós temos um olho pra paciente que chega pra cureta. Essas pacientes que vêm gestantes, elas vêm com uma cara sofrida, vêm com a família e vêm querendo atendimento e tudo que pode ser dado à gestante, ela tem uma aceitação [do atendimento – inserção nossa] melhor que a cureta. A cureta você vê que chega aquela jovem com uma micro-saia, com um homem do lado. Calada, querendo saber como é o atendimento.

Os profissionais, ao diferenciarem as mulheres segundo o tipo de aborto, protegem aquelas com aborto espontâneo, criando uma imagem de fragilidade, com reconhecimento do seu sofrimento, já que não foram responsáveis pelo que lhes aconteceu, mas classificam aquelas que o induziram como agressivas, arredias, aliviadas e indiferentes; ou seja, as desqualificam e retomam os aspectos negativos mencionados na fala de Viviana.

Viviana, também ao se referir à mulher que induziu o aborto destacando seu vestuário, a microsaia que usa, reproduz a discriminação de gênero. No entanto, sem entender sua fala como discriminatória, retoma o tema da sexualidade desenfreada e da irresponsabilidade das usuárias que induziram o aborto. Fala de uma diferença entre estas e as usuárias com aborto espontâneo e afirma que as primeiras chegam caladas, querendo saber como é o atendimento, e as outras não.

Ao atribuírem às usuárias que provocaram o aborto características e comportamentos negativos, os profissionais são informados por percepções idealizadas do que é ser uma mulher, instintivamente uma mãe em potencial, ou seja, sempre desejando ter filhos. Ao negar essa condição “natural” do ser mulher, as mulheres - curetas são consideradas “anormais”. Assim, vários informantes, entre médicos, técnicas de enfermagem e assistentes sociais

atribuem às mulheres um estado de anormalidade psíquica ao praticarem um aborto, o que é ilustrado na fala de Gabriel (obstetra do H2) “Ela fica psicologicamente de uma forma anormal”. Se a interrupção for realizada em uma gravidez avançada, esse estado psicológico é considerado ainda mais comprometido, segundo a compreensão dos profissionais, “é desespero, é completa desorientação” (Victor, obstetra do H3).

Gina (assistente social do H1), discorrendo sobre os motivos de uma mulher ter provocado um aborto de uma gravidez mais avançada, comentou:

Deve ter sido algo muito forte (...) a não ser que ela tenha algum problema de transtorno mental, psiquiátrico que faça com que ela tome esse tipo de atitude (...). Ela não faria, mulher nenhuma (...)

Para os entrevistados, independente de a mulher abortar, há sempre o desejo latente de ser mãe: “Eu acho que mesmo as pacientes que abortam, em algum nível, ela quis aquela gravidez” (Joana, obstetra H2). A natureza biológica do corpo solicita a mulher o seu papel de mãe e ao negá-la, a mulher denuncia ter problemas psicológicos, pois se trata de uma recusa ao instinto materno, à sua essência feminina.

Os sentidos atribuídos às mulheres que abortam são reelaborados em um contexto institucional, no qual a maternidade é vista como um “não lugar” para o cuidado ao abortamento, influenciando negativamente o atendimento descrito nas entrevistas, como será exposto a seguir.

### **3.1.3. Perspectivas dos profissionais acerca das maternidades e a produção do cuidado ao abortamento**

A percepção dos sujeitos deste estudo sobre o aborto enquanto crime e das mulheres enquanto potenciais mães se somam aos sentidos atribuídos ao hospital-maternidade para influenciar negativamente a qualidade do atendimento, levando à objetificação das mulheres em abortamento, como será exposto nesta seção.

A maioria das/os profissionais relata não se sentir preparada para o cuidado ao abortamento. Nos seus cursos de graduação informam não terem vivenciado qualquer discussão sobre o aborto enquanto um evento que integra a vida reprodutiva das mulheres. Algumas médicas declararam um aprendizado restrito aos conteúdos técnicos acerca do manejo clínico do aborto e do tratamento das suas complicações. Nenhum/a profissional

mencionou conhecer a Norma Técnica (BRASIL, 2005a), ainda que algumas tenham dela ouvido falar.

Segundo as entrevistadas, não há protocolo para atenção ao abortamento nas unidades investigadas e o tema também não tem sido objeto de capacitações profissionais nestes serviços. Núbia (assistente social do H1), embora reconhecendo a elevada frequência do aborto na prática cotidiana dos serviços e a necessidade de sua discussão, tal como é feito para questões ligadas ao parto, assume que a reorganização do trabalho no hospital e as demandas burocráticas são prioridades nas reuniões:

A gente tem questões macro [organizacionais do hospital, burocráticas – inserção nossa], não é que essa seja uma pequena questão, mas, assim, discutir o fluxo do hospital, discutir, meu Deus! Tanta loucura, tantas coisas grandes. A gente não chegou a começar a ramificação para essa questão obstétrica, dentro do obstétrico, o parto, curetagem, abortamento completo e incompleto (...) Então a gente vê o volume de pessoas que chegam com essa queixa, que é muito representativo. Mas não chegou a ser uma pauta da diretoria, para discutir essa questão de assistência a curetagem.

Nota-se aqui que uma não-especialista na obstetrícia que trabalha no hospital faz uma associação entre aborto e curetagem, como se a condição levasse naturalmente à técnica. Sem dúvida essa naturalização está ligada à insipiência da discussão sobre o abortamento nestas instituições, e a sua contra-partida, a naturalização das maternidades pelos profissionais como “casas de nascimento” e (idealmente) de “alegria”. O corolário disso é que são lugares onde em princípio não se deveria atender abortos e pessoas que abortam: A atenção aos abortos fere a função real do lugar e das pessoas que ali trabalham, como já tem notado MCCALLUM, DOS REIS E MENEZES (sd). Para os entrevistados, essas instituições devem atender preferencialmente a mãe e a criança, como explica Gina (assistente social do H1). Questionada sobre a priorização do atendimento às parturientes em detrimento das usuárias com abortamento, Gina responde:

Acho que sim. Até, como é o nome? Automático, automático. Se está com o bebê, você, entendeu? É até, até porque nós, assistentes sociais, somos todas mulheres, quando deveríamos encontrar, você só pensa, pelo próprio cultural de se pensar na maternidade. Não que, não deixa de ser, a mulher que tenha provocado ou não o aborto também foi uma maternidade interrompida. Mas, assim, tendencialmente sim, lógico, a gente fala com todas, passa na enfermaria para todas, mas tende, tendencialmente sim... Eu acho que um é essa questão da mulher, da representação social que tem aí da mulher, de ser mulher é mãe, é maternidade, é parir e tal, essa questão. E ainda tem o fato da, do aborto ainda altamente incrustado do crime, ou seja, ainda é visto pela lei do Brasil, e aí você está lá com instituição de ser ainda visto dessa forma. Então acho que as duas coisas, elas co-influenciam justamente para essa

postura ser voltada muito mais para o bebê. Então tem aquela criança, tem a mãe, dois seres: mãe e a criança (grifos nossos).

Assim como outros profissionais, Gina também considerou o aborto como uma “maternidade interrompida” e isto ajuda a compreender como muitos deles se referem a todas as usuárias como mães, mesmo aquelas com abortamento provocado. Victor (obstetra do H3) afirma que “a gente está aqui para atender à mãe independente de que circunstância ela compareça”. Este obstetra, embora reconheça que o abortamento deva ser objeto de cuidados, assume claramente não concordar que esses casos sejam atendidos na maternidade: “o carro chefe da maternidade é o nascimento do filho vivo (...) os outros procedimentos também são da maternidade. Eu não concordo”.

Para além das percepções mencionadas acima, as quais não conferem legitimidade ao atendimento do abortamento nas maternidades, os profissionais admitiram que abortos são considerados prioritários apenas se as mulheres estiverem correndo risco de morte, como nos casos de hemorragias e infecções graves. Caso contrário, o atendimento a esses casos poderá ser preterido: “Você não vai é botar uma cureta na frente de um parto, a não ser que ela esteja correndo risco, né?” (Valice, Obstetra do H3).

Segundo os profissionais, a não priorização do atendimento às mulheres com abortamento, expressa na pouca atenção dada a estas usuárias, se deve às condições das unidades de saúde, com superlotação das maternidades além das deficiências da infraestrutura dos serviços: “(...) às vezes temos poucos funcionários, o quadro está reduzido, a unidade está lotada, tem muitos problemas e agente não consegue dar a devida atenção a alguns casos” (Heloísa, enfermeira do H2). A precária infraestrutura das maternidades também foi evocada para explicar o porquê de internamentos conjuntos de mulheres que abortam com parturientes e seus bebês, na mesma enfermaria. Mesmo reconhecendo o sofrimento das primeiras, nenhuma informante falou sobre iniciativas para modificar esse quadro:

Mas assim pra mim o que é mais difícil nessa questão aqui do aborto, são essas pacientes que são submetidas à curetagem, elas ficam em quartos, em enfermarias com as mães com os bebês. Mas agente percebe o sofrimento psíquico grande delas, quando elas veem nesses leitos perto dos bebês que choram, que estão ali mamando. (Lúcia, psicóloga do H2).

Para Jaqueline (assistente social do H2), “as mulheres começam a sofrer desde a admissão”, mencionando também a frieza e a indiferença dos profissionais frente às mulheres

com aborto, e admitindo existir um acompanhamento clínico diferenciado entre elas e as parturientes.

No que se refere à discriminação no atendimento, destacamos a fala de Valkiria (técnica de enfermagem do H1) que afirmou também existir discriminação racial em relação às mulheres que induziram o aborto. Valkiria critica a atitude dos médicos durante o atendimento ao falar que:

Eles não olham nem pra cara da paciente. Botam um pano lá, faz o trabalho dele (...). Às vezes vêm até aqui fora rindo, fazendo comentários... se for muito negra, da periferia... Quer logo pegar aquela que está pior pra poder raspar [curetagem- inserção nossa] e saber como é. Os pacientes que chegam aqui: “Vocês vão trabalhar com paciente pobre, negra, da periferia, jogue duro!”. Quando entra...(...) “Hoje mesmo tinha uma paciente bem negra, com o cabelo todo coisa assim, sujo, um [profissional] que é japonês, alto e outros os dois se acabando de rir. Aí eu perguntei: “Vem cá, essa paciente qual é o caso aqui?”, “Ah, pode botar que ela vai internar”. Existe um racismo, existe uma gozação, né?.

Valkiria foi a única a mencionar a ocorrência do racismo na maternidade provavelmente devido ao seu envolvimento declarado com as discussões raciais, o que pode justificar sua atitude em identificar e verbalizar a discriminação, mesmo sem ser questionada diretamente pela entrevistadora sobre a existência do racismo.

Para muitos profissionais, a superlotação e a precariedade da infraestrutura das unidades interferem no atendimento, resultando não somente na pouca atenção às usuárias, mas em efeitos negativos sobre si próprios, gerando situações de “estresse”, como Jaqueline (Assistente social, H2) sustenta em relação ao trabalho das enfermeiras:

Porque a enfermeira também é sobrecarregada. Às vezes tem um profissional só pra fazer 30 leitos, né, pra fazer assistência em 30 leitos. Algumas reclamações são: “Ah, não tem paciência”, “Já solicitei a presença e não apareceu”. Mas é por conta da rotina mesmo estressante.

O cuidado prestado é descrito como automatizado e fragmentado, com os profissionais se sentindo atropelados pela rotina desgastante e pela grande quantidade de tarefas. Inácio (anestesista do H2), por exemplo, descreve assim sua rotina: “Nós fazemos uma média de cinco a seis procedimentos, cada anestesista, e são três anestesistas aqui, e cada um faz no mínimo seis procedimentos em média durante uma hora cada um deles e com intervalos diversos”.

A maioria das mulheres internada por aborto realiza o procedimento de esvaziamento uterino e é liberada com menos de quarenta e oito horas. A não ser que cheguem às unidades apresentando quadros graves que exijam uma atenção especial, a rotina se impõe.

Os entrevistados não são indiferentes à fragmentação e automatização do cuidado. Ticiania (anestesista do H3) afirma “porque o hospital é essa loucura que você vê! Às vezes você tem que ter cuidado pra não se desumanizar”. Jaqueline (assistente social do H2) se refere à desumanização ao falar que os colegas médicos estão por vezes robotizados, “tem médicos que a abordagem é mais atenciosa, mais humanizada, tem outros profissionais que são mais robotizados”.

Os entrevistados tampouco possuem noção da totalidade do processo de trabalho nos hospitais, desconhecendo a existência de protocolos para o cuidado ao abortamento, outro elemento da fragmentação da atenção prestada: “não sei te explicar, talvez o pessoal do CO (Centro Obstétrico) saiba te falar” (Nuze, enfermeira do H1).

Poucos entrevistados valorizam o acolhimento às mulheres. Acolher é definido de forma simples, como tratar bem as mulheres e não ter atitudes punitivas: “Se vire! Na hora de fazer foi bom, agora vem..., não existe isso! (...) acolher bem a paciente tratar bem, atender com prontidão” (Gabriel, obstetra do H2). Na fala de poucas enfermeiras, o acolhimento é entendido como aconselhamento em relação à saúde reprodutiva da mulher.

A maioria dos profissionais não consegue descrever com detalhes a rotina hospitalar do atendimento ao abortamento, sempre apresentando uma visão superficial e panorâmica, como pode ser exemplificado pela fala de Nuze (enfermeira do H1):

Chegou com abortamento, vai entrar, vai curetar, vinte e quatro horas depois, se não houver febre e nenhum sinal de infecção, exames normais, são liberadas. Chegando, sendo detectado o aborto, se está completo ou incompleto, vai prosseguir pra sala do pré-parto, do pré-parto vai fazer a curetagem, de lá para enfermaria (Nuze, enfermeira do H1).

O atendimento à mulher é descrito pelos profissionais em etapas sequenciais nas quais esta é conduzida de forma objetificada pelos diversos setores dos hospitais, como se fosse a “mulher-útero” de MARTIN (2006), como observado na fala de Nuze, acima.

Essa objetificação das usuárias pelo processo de trabalho em saúde fica mais explícita na fala de Iracema (enfermeira do H1), ao se referir aos casos clínicos e não às mulheres, “os abortamentos” e, posteriormente, ao afirmar que “a paciente” vai ser trabalhada, para que

seu útero dilate. “A mulher-útero” será trabalhada conforme programação médica para o momento da curetagem:

“Os abortamento incompletos, os abortamentos infectados e o abortamento em curso, vai ficar pra gente, vai pro pré-parto. (..) a paciente vai ficar na enfermaria para ser trabalhado, ser medicado para que o útero dilate (...) é feita toda a programação conforme a prescrição médica. Aí ela vai ficar aguardando até a disponibilidade do obstetra e do anestesista. (para realizar a curetagem – inserção nossa) (Iracema, enfermeira do H1).

O momento do cuidado ao abortamento sobre o qual os profissionais entrevistados discorrem com mais detalhes é o do esvaziamento uterino. A partir das suas falas, verificamos que os procedimentos para esvaziamento uterino não são realizados conforme preconizado pelas normas internacionais e nacionais (BRASIL, 2011a; OMS, 2013). Nas três unidades investigadas a utilização da dilatação e curetagem, que deveria ser exceção, é o procedimento mais utilizado, em detrimento da aspiração manual à vácuo (AMIU) ou elétrica, como recomendado (OMS, 2013).

Segundo Gabriel (obstetra do H2), a não utilização da aspiração ocorre porque o método não está disponível no H2, além disso, “Vai ver é mais econômico fazer com a cureta mesmo, né”. Entretanto, este profissional reconhece as vantagens de se utilizar a AMIU:

Ah, a AMIU é ótima, dispensa os nossos nobilíssimos anesthesiologistas. Se tiver com o colo aberto, você coloca, é um procedimento rápido. É como se fosse uma seringa compressão negativa, que você faz o procedimento e libera a paciente. Tem condição de dar alta mais precoce, porque você não fez nenhuma medicação. A recuperação é muito mais rápida também.

Joana (obstetra do H2) se restringe a dizer que conhece a AMIU, ‘uma ótima técnica’, mas não consegue explicar os motivos da sua não utilização. Já Inácio anestesista do mesmo hospital, ao avaliar a curetagem em relação à AMIU, reconhece também as vantagens da aspiração, entretanto se equivoca ao restringir sua utilização apenas à fase inicial da gestação, contrariando as indicações da OMS quanto à possibilidade do seu uso mesmo após a 12<sup>a</sup> semana:

“É uma coisa muito interessante no sentido de que é mais rápido. Mas assim, habitualmente aqui são pessoas que chegam e estão numa fase mais avançada e precisa de fato, fazer a curetagem uterina.”

Entretanto, no H1 onde a AMIU está disponível, Murilo e Lissandra também de forma equivocada afirmam que a curetagem é predominantemente utilizada devido à maior

segurança que o método propicia, tanto para os médicos que realizam o procedimento como para as pacientes:

“eu tenho uma segurança maior com a curetagem padrão (...) eu sinto uma evolução satisfatória” (Murilo, obstetra do H1).

“Primeiro porque é uma técnica mais segura... Praticamente por isso. Por ser uma técnica mais segura para o paciente” (Lissandra, obstetra do H1)

No H3, Valice (obstetra do H3) afirma que o material para realizar a AMIU existe, mas que sua utilização é apenas para fins “didáticos”, de demonstração para os alunos, sendo na prática pouco usada. Em outro momento, também se equivoca em relação ao período gestacional, restringindo a aspiração “até oito semanas! Doze semanas tem que esperar abortar pra depois curetar. É até oito semanas”.

Ticiania (anestesista do H3) também opina sobre a AMIU e confunde a aspiração como um tipo de curetagem, relatando utilizar anestesia geral em todos os casos:

O AMIL é uma curetagem, ela está curetando com outro tipo de instrumento, é outro instrumental, mas é a mesma curetagem (...) Até as escolas preconizam que a partir de uma determinada idade gestacional na curetagem, você fazer aqui [anestesia raquidiana] porque é até mais segura em termos de involução desse útero, de diminuir a chance até de perfuração. Tem escolas que preconizam isso. Porém já se habituou e faz geral pra tudo (Ticiania, anestesista do H3).

As enfermeiras reafirmam a escolha dos médicos pela curetagem. Iracema (enfermeira do H2) explica que isso acontece porque eles não sabem utilizar a AMIU, além disso, considera que “a meu ver, eu acho que para eles a curetagem é mais favorável ao paciente”. Lavínia (enfermeira do H2) atribuiu a preferência dos médicos a esta técnica por considerarem ser menos agressiva para a usuária, enquanto que para Viviana (enfermeira do H3), os médicos elegem a curetagem por ser mais rápida e mais segura e chega a afirmar que mesmo nos casos em que se utiliza a AMIU, alguns obstetras, ao final, “passam a cureta no útero para terem certeza que não há restos ovulares”.

Nas entrevistas de médicas e enfermeiras fica claro que, independente do quadro clínico apresentado pelas mulheres e da idade gestacional, a curetagem é o procedimento mais realizado. Os médicas/os mesmo reconhecendo os benefícios da AMIU, relatam não utilizá-la, informados por entendimentos equivocados sobre a aspiração. Se sentem mais a vontade com a curetagem, uma técnica mais antiga, cujo treinamento é priorizado na sua formação profissional.

Após a curetagem, as mulheres, submetidas à anestesia geral, ficam em observação até a alta hospitalar. Este momento pós-abortamento foi pouco mencionado pelos profissionais de saúde, destacando-se o relato de algumas assistentes sociais que mencionaram sua atuação na alta das pacientes.

Métodos anticoncepcionais são raramente prescritos e menos ainda ofertados às usuárias pelas médicas/os. As orientações fornecidas pelas assistentes sociais, pouco sistemáticas, são realizadas sob a forma de um aconselhamento informal, sem resultar, na maior parte das vezes, em uma referência formal a unidades da rede básica para obtenção do medicamento ou outro tipo de acompanhamento. Jaqueline (assistente social do H2), uma das raras profissionais que explica a orientação pós-aborto, disse:

O meu trabalho é de orientação ao familiar, ao paciente, né, encaminhar, referenciar pra rede, né. A gente orienta, né? No caso das adolescentes que um ambulatório aqui da maternidade oferece serviços de planejamento familiar (...), e também para as pacientes que tiveram complicação durante o procedimento, (..) Só pra esses dois casos, é. Ou idade avançada, ou adolescente (..) São as adolescentes e as pacientes com idade já acima dos 35 anos. Nos outros casos a gente orienta que procure o Posto de Saúde do bairro que mora.

A entrevistadora pergunta se a orientação é uma tarefa de rotina para todas as “pacientes” e Jaqueline responde: “Um caso ou outro. Não são todas as pacientes que a gente acompanha não, um caso ou outro”. Segundo a mesma, a sua orientação acontece por “demanda espontânea [ou seja, sem uma rotina estabelecida-inserção nossa], quando elas procuram o procedimento e também por encaminhamento de outros profissionais, do enfermeiro, do médico que identifica ali”. Nessa fala fica evidente que esta profissional — como os demais — não acata a recomendação da Norma Técnica de que sejam disponibilizados de forma imediata os métodos anticoncepcionais, com orientação.

Diante das condições institucionais relatadas, alguns profissionais reconhecem a necessidade de qualificação do atendimento ao abortamento, face à discriminação e ao preconceito que admitem ocorrer nos hospitais:

“Tinha que se trabalhar mais essa questão dos preconceitos. Embora a gente tenha muito treinamento, mas é assim esse tabu em relação ao aborto é muito arraigado na cultura da gente e a gente tem que ter muito cuidado com isso. A questão de colocá-las em quartos, em enfermarias específicas pra não ficarem com outros bebês, pra não ficar nessa coisa de feto morto, curetagem... Tentar condensar mais essas coisas numa mesma enfermaria. Acho que essa teria que ser de imediato. E talvez que selecionasse um grupo de profissionais que tivesse mais sensibilidade mesmo, que tivesse mais

identificação aí com... mais humanização com a área e que pudesse dar assistência a essas mulheres” (Lúcia, psicóloga do H2).

Se esta psicóloga entende que a re-estruturação do serviço para separar parturientes e usuárias com abortamento é urgente e necessária para melhorar — através da “humanização” — a situação destas últimas, outros profissionais colocam maior ênfase no trato e nas condições dos trabalhadores na instituição. Ao reconhecer a importância da humanização, Inácio (anestesista do H2) demonstra uma percepção ampliada sobre este conceito, para além de uma melhoria na forma de interação com as usuárias, e reivindica também a necessidade de valorização dos profissionais:

Sim, a humanização é necessária. Eu acho que isso dependeria muito de investimento da Unidade nessa informação. Não, eu não diria questão do salário, mas na questão do respeito, da condição de trabalho, da condição de salário, da condição de dar importância ao profissional. As pessoas precisam saber que são importantes. (Inácio, anestesiologista do H2)

É nesse contexto que o encontro, entre estes profissionais e as usuárias, acontece, de forma distanciada, conflituosa e tensa, como será discutido a seguir.

### **3.1.4. O encontro dos profissionais com as mulheres em situação de abortamento: distanciamento, tensões e conflitos no cuidado.**

Nas seções anteriores exploramos as percepções dos entrevistados sobre o aborto, as mulheres atendidas, a maternidade e as condições de trabalho e citamos falas nas quais os profissionais verbalizam explicitamente a influência de suas convicções religiosas em suas práticas profissionais. Entretanto, ao discorrerem sobre o encontro com as mulheres, entrevistadas/os (particularmente médicas/os e equipe de enfermagem), embora mencionem seus sentimentos negativos ao se depararem com mulheres que provocam abortamento, declararam não deixar que estes influenciem o atendimento.

Reforçam nas suas posturas profissionais a tentativa de manterem uma atitude de não envolvimento, sem julgamento às usuárias com abortamento. Entretanto, a maioria verbalizou sentimentos negativos advindos do contato com essas mulheres, o que os deixavam abalados:

“Olha, eu sei que é um sentimento... o pior sentimento que a gente pode ter por um ser humano, eu tenho pena, eu tenho pena (...). Meu Deus, o que leva uma pessoa a fazer isso com ela e com aquele conceito, né?(...) Aí a gente se pergunta e chama atenção. Às vezes abala” (Heloísa, enfermeira do H2).

Buscaram estabelecer uma relação profissional com essas usuárias, tentando controlar suas emoções:

Não. Não deixo não. Eu acho que só interferiria se fosse um familiar, se fosse alguém muito próximo, então eu não faria, não assistiria. (Heloísa, enfermeira do H2)

Este esforço de manter o profissionalismo “acima de tudo” não é possível em alguns momentos específicos, de maior tensão. Nos casos de interrupção tardia da gravidez, em que os profissionais se depararam com fetos já com forma humana, a tentativa de manter uma posição de não interferência é frustrada, gerando sentimentos mais fortes, como revolta:

“No atendimento técnico não. Mas, no sentimento, às vezes, uma revoltazinha acontece. Porque a gente vê uma paciente chegar aqui com uma gravidez avançada, né. (Lissandra, obstetra do H1)

Nesse momento os fetos se transformam em crianças e bebês. As reações dos fetos são ressignificadas: “Dói muito mais, tem criancinha que você vê chorando, nasce até assim, parecendo que está pedindo, chorando, com a mãozinha assim, chora, e a mãe nem está aí, nem está aí. (Maria, técnica de enfermagem do H1). Para ela, é como se esta “criança” estivesse pedindo para não morrer, chorando...

Lavínia, enfermeira do H2, expressa sentimentos contraditórios nessa situação, considerando ser pior quando o aborto é provocado do que quando espontâneo. Mesmo abalada emocionalmente ao se deparar com a visão desses fetos, sente “pena” das mulheres, pois reconhece as dificuldades vivenciadas por estas e os possíveis motivos que as levaram a abortar:

(...) quando sai o feto e fica assim em cima da cama, sabe, todo formadinho, aqueles que já são maiores. Aí a gente fica chocada um pouco assim. Às vezes foi provocado, a gente fica mais ainda chocada. Eu acho que eu tenho pena, mas ao mesmo tempo eu... talvez até aquela paciente esse filho não seria uma boa, talvez ela não tivesse condições financeiras ou psicológicas. Então eu tenho esses dois pensamentos. (Lavínia, enfermeira do H2).

A tentativa de manutenção de uma postura “profissional” diante das mulheres com abortamento se torna mais evidente ao se analisar os depoimentos dos anestesistas. O contato destes profissionais com essas mulheres é ainda mais breve do que aquele das demais categorias ocupacionais, propiciando um menor envolvimento. Geralmente os anestesistas só interagem com as mulheres no Centro Obstétrico, em um curto intervalo de dez a quinze minutos, na rápida consulta pré-anestésica que antecede a realização da curetagem e nos

momentos posteriores da recuperação anestésica. Inácio (anestesista do H2) reconhece que conversa com as pacientes apenas sobre os aspectos técnicos que podem interferir no cuidado ofertado:

Normalmente se conversa (...). Precisa-se saber se ela tem algum problema cardíaco, hipertensão, diabetes, doença renal, porque tudo isso modifica a minha técnica....E isso é padronizado. E também avisa o que vai acontecer. A consulta pré-anestésica consiste exatamente disso. E é feito com todos os pacientes. E isso é padronizado.

Também Ticiania (anestesista do H3) reforça como busca se ater aos aspectos clínicos da atenção: “Eu não tenho que questionar o que as pessoas fazem. Eu não envolvo nisso não. Eu estou aqui para atendê-la, tanto que muitas vezes ficam falando e eu digo: Não se explique”.

Inácio e Ticiania (anestesistas do H2 e H3, respectivamente) ainda relatam como, sob efeitos da sedação das drogas anestésicas que provocam excitação do sistema nervoso central, as mulheres, antes de serem levadas às enfermarias, ainda inconscientes, ficam “logorreicas”, não se lembrando ao acordarem de tudo o que disseram. Ao começarem a falar, a atitude deles é de silenciá-las:

“Normalmente eu aumento logo a dose da medicação, porque não quero partilhar da vida íntima de ninguém” [e mais adiante] “Uma paciente que eu estou anestesiando se ela entrou nessa fase, eu acelero o processo medicamentoso pra ela dormir e não falar muito” (Inácio, anestésista do H2).

A fala das mulheres é muitas vezes interpretada como carregada de arrependimento e culpa:

Muitas vezes se arrependem, choram, pede desculpas (Ticiania, Anestesista do H3);

Eu não diria arrependimento, eu diria sentimento de culpa. Arrependimento é um conceito, talvez, mais amplo, mas um sentimento de culpa até de não poder conseguir levar adiante algo desejado, não saber se no futuro vai ter essa chance (Inácio, Anestesista do H2).

A busca de controle das emoções dos profissionais pode então ser compreendida como a primazia do componente técnico do cuidado em detrimento do relacional. As demandas subjetivas das mulheres não são priorizadas. Para os profissionais, a falta de tempo diante das suas muitas atribuições atua como impedimento à interação com as mulheres; mas, sobretudo,

consideram que as demandas emocionais delas não são relevantes no cuidado técnico a ser prestado.

Segundo os entrevistados as suas tentativas de controlarem suas emoções, mantendo uma postura profissional, é uma forma de defesa daquilo que estes não conseguem “dar conta”, que consideram “um choque”. É esse sentido que Valkiria (técnica de enfermagem do H1) confere ao se referir como um “para-choque”, diante da “dor” das mulheres com abortamento: “Eu sou para-choque, eu tô pilotando uma moto, meu corpo que está ali, se eu não souber administrar a dor dessas mulheres, eu vou ter problema grave, (...) Até do jeito de sorrir elas cismam”. Ela assim se defende ao buscar não se envolver emocionalmente com as mulheres com abortamento provocado, postura notada por Irene (enfermeira do H2) quando tece uma crítica à atitude “fria” dos profissionais médicos, diante da notícia à uma mulher que perdeu seu bebê, com um aborto espontâneo:

Me chamava muito a atenção a forma de como se dá a notícia para a mãe que seu bebê intra-útero está morto. E às vezes bebês viáveis, bebês já pra nascer a termo. E fala, não sei se é por que não é concreto, embora pra mãe seja concreto, então eu achava uma forma muito fria. Acho que a gente procura se defender muito.

Quando os profissionais se sentem provocados, pelas mulheres com abortamento ou pelas condições estressantes do processo de trabalho, estes assumem não conseguirem se controlar. Neste momento, a neutralidade não é mais defendida e a tensão e o conflito acontecem: Nós também somos seres humanos (...) Provocados a gente vai reagir (Gabriel, Obstetra do H2).

“Se a pessoa chega estressada, se agente também está aqui estressada, está muita coisa [condições de sobrecarga de trabalho – inserção nossa], não está em condições de absorver o estresse de quem está chegando, o atrito acontece” (Valice, obstetra do H3)

Entretanto, independente das condições de estresse e das situações de conflito descritas acima, Lina (enfermeira do H2) é a única profissional que reconhece não ser possível manter a neutralidade durante o atendimento às mulheres com abortamento. Para esta profissional, as convicções morais a respeito do aborto e das mulheres que o praticam sempre influenciam o cuidado prestado. Afirma que, mesmo quando se diz não julgar, outras formas de discriminação se operam, por meio de diferentes linguagens, como uma expressão corporal

negativa ou um sinal de tensão como um franzido de testa, o qual demonstra como os profissionais acabam por julgar as mulheres:

Como eu já trabalhei nas outras unidades e tinham muito mais abortamento, e era uma coisa que me preocupava com relação aos profissionais, porque a gente tende a julgar. Mesmo que diga: "Eu não julgo", mas assim, é numa expressão, é num franzido de testa e você termina julgando o outro.

Lina justifica que esses gestos são frutos das percepções dos profissionais sobre o aborto e as mulheres, "(...) quando se fala que é abortamento, já tem o pejorativo, como se (...) fosse uma coisa ruim, feito por mulheres ruins (...)".

Como Lina e diferentemente dos médicos e do pessoal da enfermagem, as assistentes sociais e as psicólogas entrevistadas flexibilizam a posição de imparcialidade profissional. Elas assumem a dificuldade de não conseguirem deixar que suas emoções e convicções interfiram no trabalho: "Eu tento para que não interfira, por que agente tem que manter a neutralidade, mas às vezes atrapalha" (Jaqueline, assistente social do H2). Lúcia (psicóloga do H2) afirma que ninguém é totalmente imparcial e, por isso, os profissionais precisam se controlar:

Bom, com certeza interfere. É um viés, não tem como, né? Não tem ninguém... acho que só os grandes mestres aí [conseguem a neutralidade-inserção nossa], mas acho que não tem ninguém 100% imparcial. Porque é uma leitura que a gente faz sob o nosso ponto de vista, a partir do nosso caráter, da nossa vida, da nossa educação. Então, claro que muitas vezes a gente se emociona, a gente sente, a gente tem vontade de chorar, mas a gente tem que se conter.

O encontro dos profissionais com as mulheres não deve ser analisado somente em sua dimensão inter-relacional, mas interligado a todo o contexto que onde ocorre como será exposto a seguir.

#### **4. Discussão**

O presente estudo explorou as percepções de profissionais de saúde sobre uma série de temas interligados que emergem quando estes falam do cuidado a mulheres com abortamento em hospitais-maternidades da rede pública. Por meio da análise de suas falas, revelamos os sentidos atribuídos pelos entrevistados às suas práticas, ao corpo feminino, às pessoas que atendem e com quem trabalham e às instituições onde exercem a profissão. Entendemos que, para além de simples convicções pessoais, se tratam de conceitos e valores referentes ao aborto, às mulheres, à sua missão profissional e às maternidades que são constituídos

historicamente nos processos sociais e culturais circundantes, ou seja, da sociedade brasileira, bem como nos contextos sociais mais imediatos e de escala menor, ou seja, nos campos biomédicos entre cruzados de formação profissional e de atenção à saúde.

Notamos que as convicções religiosas são um ponto de referência em algumas entrevistas. Parte importante dos entrevistados associa o evento reprodutivo à formação da vida e, motivados por essas convicções, atribuem valores morais aos atos praticados pelas mulheres antes de ingressarem no hospital e assim justificam a condenação da indução do aborto. Provavelmente em decorrência desta atitude, a maioria dessas profissionais - independente da categoria ocupacional, sexo, cor/raça, religião e tempo de formado - apoia a continuada criminalização do aborto.

Os sentidos contrários ao aborto atribuídos pelos entrevistados reproduzem as percepções sobre o tema hegemônicas na sociedade brasileira. O aborto é fortemente condenado no discurso geral, mas admitido diante de casos particulares (LEAL, 2012). No presente estudo, isto é confirmado pela aceitação da lei atual e das exceções previstas nesta. Esta posição quanto à legislação atual tem sido documentada por outros trabalhos, a exemplo de Barbosa, Bobato e Mariutti (2012), em uma pesquisa qualitativa com dez profissionais de saúde da área de ginecologia e obstetrícia de uma unidade básica e maternidade de São Paulo, a maioria dos seus entrevistados se posicionou contrária à legalização do aborto. Entretanto, outras investigações constataam posicionamentos levemente distintos, sobretudo de médicos, favoráveis à ampliação da lei para inclusão de anomalias fetais incompatíveis com a vida (MEDEIROS, *et al*, 2012).

No presente trabalho, a maioria dos entrevistados, mesmo concordando com a legislação atual, considera qualquer abortamento como negativo e não estaria disposta, *a priori*, a participar da realização do procedimento, no caso de uma eventual mudança da lei. A resistência dos profissionais em integrarem equipes de serviços de aborto legal no Brasil, sobretudo da categoria médica, com apelo à objeção de consciência também tem sido mostrada por estudos realizados no país (GALLI, GOMES, ADESSE, 2006; WHASTPHAL, 2009).

Os resultados quanto à percepção da influência da religião nas condutas profissionais são convergentes com Soares (2003), Gesteira, Diniz e Oliveira (2008), Mortari, Martini e Vargas (2012). Esse é um fenômeno que também ocorre em outros contextos. Porto (2008),

por exemplo, em seu trabalho com profissionais de saúde em Portugal — país onde o aborto foi recentemente legalizado — discute como em uma cultura predominantemente católica, na qual o aborto é considerado crime, os valores e as crenças religiosas atravessam a consciência dos profissionais, influenciando suas condutas.

Esta interferência de valores e conceitos hegemônicos proporcionam contradições e ambigüidades expressas nas falas dos profissionais, fruto do conflito entre convicções pessoais sobre todo o processo do abortamento e a noção de que se deve manter uma postura ética e profissional.

Outras razões são mencionadas pelos entrevistados para sua posição desfavorável ao aborto, remetendo a motivos de cunho profissional. O aborto contraria o paradigma biomédico que fundamenta as práticas de saúde, no qual é essencial manter a saúde e evitar riscos e doenças (LUZ, 2003), ou seja, a manter a vida. Os profissionais de saúde, particularmente aqueles que escolheram a obstetrícia, fazem apelo à sua missão de cuidar da vida, especificamente, trazer crianças ao mundo.

Outros estudos no Brasil evidenciam um fenômeno semelhante. Por exemplo, Hotimsky (2007), investigando a formação de obstetras em maternidades de São Paulo, mostra a literatura sobre a medicina fetal ensina uma postura médica de defensores dos direitos do cidadão-feto. A autora afirma que o aborto afronta a ordem médica, pois as mulheres invadem o campo consagrado da obstetrícia e impedem seus profissionais de salvarem crianças, missão para a qual foram treinados e razão de terem escolhido esta especialidade médica.

Nos relatos dos entrevistados da nossa pesquisa, não observamos qualquer identificação destes com aquelas mulheres atendidas com história de terem provocado o aborto, possível de ser traduzida em falas que remetessem a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos da cidadã-mulher. No entanto, há uma clara ambigüidade nas respostas dos nossos informantes acerca das pacientes que abortam. Pois, se de um lado, admitem compreender os motivos para provocarem o aborto, do outro, rotulam as mulheres como pertencendo a uma categoria à parte, distinta daquelas que sofrem aborto espontâneo e das parturientes.

Entretanto, ao analisar os relatos dos profissionais não observamos que estes reconhecem as suas falas como ambíguas. A nosso ver isto acontece, pois os sentidos estereotipados atribuídos as mulheres são utilizados de forma ‘natural’ para explicar o comportamento dito irresponsável e até criminoso dessas usuárias. Em suma, os profissionais, falando sobre a vida, veem as mulheres que abortam como “agentes de destruição de vidas”.

Nossa pesquisa, ao explorar as percepções dos profissionais sobre as pacientes, em muitos casos, mostrou como a categoria ‘mulher que provoca aborto’ é apresentada nas entrevistas como de classe baixa, jovem, de baixa instrução, ‘pouca cultura’, carente e dotada de uma sexualidade não-controlada. Implicitamente, estas características são ligadas à raça ou cor das usuárias, como McCallum (2008) também tem argumentado no caso de todas as usuárias jovens e adolescentes do hospital-maternidade em Salvador, na sua pesquisa realizada em 2002. No caso de parturientes, embora condenadas pelos profissionais também como irresponsáveis e egoístas, McCallum (2008) mostra que os profissionais entendem que sua vocação verdadeira como “mãe” foi realizada, levada às suas últimas consequências: o parto e o nascimento de um filho. Mas, no caso de jovens mulheres que abortam, o ato de irresponsabilidade é incrementado por outro ato, este sim de teor criminoso e imoral: a negação da vocação feminina da maternidade, como mostramos na discussão acima.

Nossa análise evidencia que os profissionais entrevistados reproduzem estereótipos de gênero, classe e raça que terminam por apoiar formas de discriminação contra as mulheres com abortamento. De Zordo (2012) discute como representações hegemônicas sobre as relações de gênero, o comportamento sexual, contraceptivo e reprodutivo das mulheres influenciam as suas práticas profissionais em dois hospitais-maternidade de Salvador-Ba.

Esse fenômeno também ocorre em outras regiões do Brasil. Em estudo realizado em Florianópolis, SC, a percepção do aborto como uma prática leviana e irresponsável é também compartilhada por agentes comunitários de saúde, cuja identidade de classe estaria mais próxima das usuárias que atendem (TORNQUIST; MIGUEL; ASSIS, 2012).

Mulheres que abortam, ao serem percebidas como “irresponsáveis, carentes, pouco instruídas”, contrariam a visão idealizada sobre o que é ser uma mulher, potencialmente uma mãe, como afirma McCallum (2008). Não sendo “casada, responsável, generosa, dedicada e capaz de suprir as necessidades do filho” como as mães, as mulheres são alçadas à categoria de “anti-mãe”, categoria descrita e analisada em McCallum, dos Reis e Menezes (sd).

McCallum (2008) discute como, embora as mulheres que abortem sejam vistas pelos profissionais como vítimas das próprias circunstâncias e da sociedade, ao mesmo tempo, eles as consideram como pessoas egoístas, pois para satisfazer seus desejos pessoais, são capazes de eliminar uma vida humana.

Vale notar que essas percepções não refletem os resultados de estudos populacionais (MENEZES; AQUINO; SILVA, 2006). Recente investigação de âmbito nacional, a Pesquisa Nacional sobre Aborto, realizada com mulheres escolarizadas de 18 a 39 anos, apontou que o relato do aborto foi crescente com a idade, com a maioria das mulheres à época estando unidas e já tendo filhos, declarando professar algum credo religioso, sobretudo católico e sendo usuária de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2009). Portanto, um padrão distinto daquele atribuído às mulheres que abortam pelas entrevistadas do trabalho em questão.

Segundo alguns dos nossos informantes, as mulheres ‘naturalmente’ impulsionadas pelo desejo de serem mães, ao provocarem o aborto, negam o ‘instinto materno’. Alguns justificaram a escolha pelo aborto, tão contrária à sua natureza feminina, exatamente pela saúde psíquica abalada. Ao atribuírem a essas mulheres um comportamento anormal, sobretudo quando a gravidez é interrompida em um estágio avançado, essas concepções sociais convergem com aquelas que são fomentadas no próprio ensino da obstetrícia. Vieira (2008:30), discutindo a medicalização do corpo feminino, na sua análise sobre o desenvolvimento da Ginecologia e Obstetrícia no Brasil, bem como da ampliação do seu controle sobre a reprodução humana, argumenta que há um esforço disciplinador, para que as mulheres assumam suas funções tradicionais de mães:

A “natureza feminina” vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter o importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado, de maneira que o modelo idealizado de mãe e esposa não possa ser negado sob o risco de transformá-la em doente.

Os profissionais relataram desconforto no contato com essas usuárias, e como buscaram se manter distantes. Afirmaram não estarem preparados para lidar com os casos de abortamento, atribuindo isto principalmente à sua formação insuficiente. Mas tampouco verbalizaram a preocupação de buscar conhecimentos para qualificar o seu atendimento ao aborto. Na formação médica a temática do aborto em uma perspectiva da integralidade da saúde é pouco discutida. Almeida *et al* (2012), ao analisarem entrevistas realizadas em 2008 com alunos do primeiro e sexto ano de medicina de uma universidade de São Paulo, relatam

que a maioria deles considerou insuficientes os conteúdos sobre aborto abordados durante a formação médica. Estes autores apontaram a necessidade de melhoria do ensino para além da formação técnica, mas com ênfase na discussão de conteúdos acerca dos direitos reprodutivos e sexuais.

Silva e Bianco (2009) reafirmam a necessidade de uma maior atenção à discussão sobre o aborto da formação profissional. A sua pesquisa - de caráter exploratório na Faculdade de Marília, SP, com análise quantitativa de entrevistas a oitenta estudantes de medicina e quarenta de enfermagem - revelou o desconhecimento destes graduandos a respeito da legislação sobre o aborto.

As instituições contribuem para esse despreparo dos profissionais. Segundo nossos entrevistados, não existem capacitações, treinamentos ou quaisquer discussões específicas sobre a temática do abortamento, nem sobre a Norma Técnica (BRASIL, 2005a; 2011a). As atividades educativas citadas relativas foram relativas à melhoria da atenção ao parto.

Essa situação está relacionada ao modo pelo qual se conceitualiza a função dos hospitais-maternidades, discutida acima. Como McCallum, Reis e Menezes (2006) já apontaram, os hospitais-maternidades possuem como sua “razão de ser”, os partos e nascimentos. Isso contribui fortemente, a nosso ver, para a situação no que diz respeito à capacitação dos profissionais para atender adequadamente ao abortamento. Mas tem um impacto mais profundo também, sobre a própria organização do atendimento. Os serviços são estruturados física e simbolicamente para receber mães e seus bebês: as mulheres que abortam representam uma demanda no fundo vista como ilegítima. Nos hospitais em que nossos entrevistados trabalham, o cuidado destas usuárias é colocado em segundo plano, a não ser em situações de emergência, e a mesma hierarquização de prioridades foi descrita para outra instituição no estudo de McCallum, Reis e Menezes (2006). Ou seja, nem os profissionais priorizam o cuidado ao abortamento, nem os dirigentes dos seus lugares de trabalho nem as chefias dos plantões. E isso é uma prática naturalizada e de longa data. Como consequência, os dirigentes não estimulam os profissionais a repensar a lógica que sustenta as práticas e os arranjos que resultam desta hierarquização de prioridades.

Os profissionais foram incisivos nos seus comentários críticos sobre a precariedade da infraestrutura das instituições. Segundo opinaram, isto prejudica a atenção a todas as usuárias, não só aquelas com abortamento. Além disso, citaram os efeitos prejudiciais da superlotação

das emergências obstétricas sobre seu próprio trabalho, sendo enfáticos ao afirmarem que precisam tomar cuidado para não se desumanizarem. Tais aspectos refletem a situação das maternidades brasileiras, já atestada em outros estudos realizados em diversas cidades do país (AGUIAR, 2010; STREFLING; LUNARDI FILHO; KEBER, 2013). No tocante especificamente às mulheres com abortamento, alguns profissionais reconheceram seu ‘sofrimento’ desde a admissão até a alta do hospital motivado tanto pelas convicções morais de seus colegas como pelas condições de trabalho. Mas não demonstraram ter avaliado o sistema como um todo no intuito de imaginarem uma saída.

Uma avaliação desse porte é imprescindível para poder se alcançar a humanização desejada. Nosso argumento é de que o cuidado — seja considerado humanizado ou não-humanizado — é marcado, sobretudo pela forma em que o contexto institucional o sobredetermina. Entendemos o contexto institucional no sentido da organização social na qual as relações e as formas simbólicas são reproduzidas diariamente nas práticas e nos discursos dos atores sociais, mas também contidas na própria estruturação de tempo e espaço, nas normas e políticas institucionais, na disponibilização e uso de recursos materiais e humanos, ou seja, nos processos estruturados, não por indivíduos, mas por forças e lógicas externas e superpostas às intenções subjetivas individuais. É esse contexto — e não os indivíduos em si — que gera a constante repetição de atos específicos não-humanizados. É a esse contexto e não às práticas individuais que nos referimos quando falamos de “violência institucional”.

Minayo (2010), ao buscar introduzir uma reflexão sobre as articulações entre o tema da violência e as repercussões na saúde dos brasileiros, nos permite entender a violência institucional — aqui nos casos de abortamento — como um fenômeno complexo de imbricamento entre as relações sociais, como também construídas no interior das consciências e das subjetividades.

Abordagens que somente conferem destaque aos temas dos maus-tratos ou de atos ‘desumanizados’ enfatizando a ação individual em detrimento do contexto, levam a um deslizamento para uma noção empobrecida de violência institucional que enfatiza o teor das relações interpessoais e não a forma em que estas emergem dentro da dinâmica de um campo social específico. A utilidade destes tipos de abordagens é que instigam discussões sobre como a agência (capacidade de escolha e ação) das usuárias é reprimida, ou de que forma os profissionais as agridem ou, ao contrário, as tratam de forma respeitosa; ou como as usuárias fazem cenas ou se auto-silenciam.

Mas, por focar essas ações, sobretudo, o fenômeno da violência institucional pode ser reduzido às ações dos indivíduos, qualificados como “bons” ou “ruins”. O contexto maior que estrutura as ações individuais é relegado assim a um mero pano de fundo, resultando em um retrato distorcido. Perde-se de vista a força dos processos e estruturas sociais e simbólicos que enquadram as práticas e os discursos cotidianos dos atores, dentro dos quais todos são cativos, sejam cúmplices conscientes das normas, regras e ideologias vigentes, ou não. Também se corre o risco de perder de vista as ambiguidades e as incertezas, as contradições e os conflitos internos, integrais às experiências das pessoas habituadas a trabalharem nesses lugares.

Ao analisar alguns dos principais elementos do cuidado ao abortamento, o acolhimento às mulheres, a escolha do procedimento de esvaziamento uterino e a alta hospitalar, discutimos como o cuidado prestado, distante do que propõe a Norma Técnica (BRASIL, 2005a; 2011a), pode ser analisado à luz da temática da violência institucional. Os cuidados prestados, descritos como automatizados, fragmentado sem etapas sequenciais do atendimento, configuram um processo de trabalho, em que cabe a metáfora de uma linha de montagem, como cunhada por Martin (2006), em seu estudo etnográfico com parturientes norte-americanas. Como resultado da fragmentação e automatização do processo de trabalho, observamos evidências de objetificação das usuárias, que têm vínculos fracos com os profissionais de saúde. Isto está em consonância com os resultados de vários trabalhos realizados em maternidades públicas de cidades brasileiras em que as usuárias entrevistadas, descrevem a pouca interação com estes profissionais, com contatos breves, voltados para a realização de cuidados técnicos específicos (CARNEIRO, IRIART, MENEZES, 2013; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

Em todas as etapas o cuidado às mulheres está aquém daquele preconizada nas recomendações internacionais (OMS, 2013) e nacionais contidas na Norma Técnica (BRASIL, 2005a; 2011a). O acolhimento pela equipe multiprofissional que deveria estar presente em todos os momentos de contato com as mulheres (BRASIL, 2005a:18) — envolvendo tratamento respeitoso, oferta de informações sobre os procedimentos realizados, pronto manejo da dor — não aparece nas falas dos entrevistados. A insistência na necessidade da curetagem como procedimento de esvaziamento uterino em detrimento da aspiração à vácuo (AMIU), procedimento de maior benefício a saúde das mulheres, foi observada nas três unidades investigadas, mesmo nos locais onde há o equipamento para aspiração, contrariando a recomendação para a utilização da AMIU ou aspiração elétrica nas gestações até 14

semanas (OMS 2013). A substituição da curetagem pela aspiração ou métodos farmacológicos de abortamento é fortemente incentivada, pois a curetagem é considerada um “método obsoleto” de abortamento cirúrgico, por ser menos seguro, mais doloroso para a mulher, apresentando taxas de complicações importantes, estimadas em duas a três vezes superiores aquela da AMIU. Esta substituição também implicaria redução dos custos para o sistema de saúde (OMS, 2013).

Os profissionais do presente estudo apresentam justificativas para a continuada realização da curetagem, e para isso usam uma retórica que faz apelo a motivos supostamente técnicos e financeiros. No entanto, a retórica tecnicista não se fundamenta em princípios médicos. Pelo contrário, se fundamenta na cultura institucional e na inércia provocada pela aderência a rotinas sem revisão periódica das práticas. Além do que face dos argumentos financeiros, a curetagem incorre custos mais elevados para as instituições. No entanto os entrevistados a preferem por acreditarem ser esta técnica mais econômica e eficiente para tratar as pacientes.

Por outro lado, sentem-se mais seguros com a curetagem padrão sob anestesia geral, argumentando não terem sido treinados para realizarem aspiração. Tanto esse enraizamento acrítico de uma prática condenada, quanto à ausência de programas de treinamento indicam que aqui há um quadro estruturado que propicia a violência institucional.

O encontro entre sujeitos durante o atendimento está marcado por esta estruturação perversa que abre as portas não só para práticas inapropriadas, mas também por atos isolados, constantemente repetidos, de abuso e maus tratos. A escolha quase exclusiva pela curetagem pode estar fundamentada em elementos que extrapolam os aspectos técnicos, ainda que isto não tenha sido explicitado pelos profissionais. A curetagem sob anestesia geral é uma técnica que pode ser feita rapidamente e, em série, sendo adequada à lógica da organização do processo de trabalho nos hospitais investigados, sobretudo nos centros obstétricos onde ocorre o procedimento, com automatização e fragmentação das tarefas, como em uma linha de montagem.

O uso da anestesia geral favorece a atitude de distanciamento que caracteriza a interação das mulheres com os profissionais, sobretudo os médicos, sendo os depoimentos dos anestesistas exemplares neste sentido. Ainda, a anestesia geral, ao sedar totalmente as mulheres, embora os profissionais não explicitem ou não se deem conta disso, pode ser

considerada simbolicamente mais um recurso através do qual a mulher perde sua autonomia, reafirmando o poder dos médicos sobre seus corpos. Portanto, a utilização quase exclusiva de um procedimento sob anestesia geral que expõe a mulher a riscos desnecessários, cuja indicação é restrita, pode ser compreendida como um ato desumanizante - uso inapropriado de uma tecnologia. Como expressão da violência institucional, utilização da anestesia e da curetagem pode ser entendida como meio pelo qual o cuidado é também estruturado.

A forma em que a alta hospitalar é dada é outro exemplo do afastamento das recomendações da Norma Técnica. Os entrevistados não falaram deste momento como uma etapa importante do atendimento, em que se deve oferecer orientações relevantes para as mulheres relativas aos cuidados pós-abortamento, aos sinais de possíveis complicações, ao agendamento da consulta de revisão, e especialmente sobre a contracepção, no intuito de se evitar novos abortos provocados (BRASIL, 2005a; 2011a).

A atuação em rede com vistas à integralidade da atenção, elemento norteador da PNH (BRASIL, 2004a) e valorizado na Norma Técnica (BRASIL, 2005a) é quase inexistente. A ausência de rotina no momento do pós-abortamento evidencia a perda de oportunidade dos serviços em evitar complicações e novas gravidezes que resultem em abortos, como discutem Aquino et al. (2012). Os resultados deste estudo realizado com 2804 mulheres internadas por abortamento em 19 hospitais públicos de Salvador, Recife, e São Luís, em 2010, são compatíveis com os nossos. As autoras destacam a falta de continuidade dos cuidados, identificadas como o aspecto mais crítico da atenção nas três cidades investigadas.

A análise realizada aqui dá claros indícios de que as maternidades não estão preparadas institucionalmente para a orientação reprodutiva. Como discutido em seção anterior, apenas uma assistente social do H2 — e a única profissional dentre os entrevistados deste serviço — afirma que nesta instituição se oferece um serviço de planejamento familiar para adolescentes e as demais usuárias são orientadas a procurar um posto de saúde, sem qualquer encaminhamento formal.

Podemos concluir que, no campo da saúde, a humanização se apresenta como uma política que se contrapõe ao fenômeno da violência institucional. Entre os diversos sentidos para a humanização apontados por Diniz (2005) no seu estudo em duas maternidades “humanizadas” do SUS de São Paulo, consta: o uso de tecnologias adequadas (medicina baseada em evidência); a legitimidade política da reivindicação e a defesa dos direitos das

mulheres, crianças e outros familiares; o redimensionamento dos papéis e poderes dos profissionais; a legitimidade da autonomia das mulheres no processo de escolha sobre seus cuidados; e o direito a analgesia. Para essa autora (Diniz, 2005) o termo humanização também remete à uma estratégia “mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da *violência* de gênero e demais *violações de direitos* praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde” (DINIZ, 2005:633).

Contudo, frente ao fenômeno complexo da violência institucional apresentado no presente estudo, além de diversas ações de saúde que atuem em pontos distintos estruturantes que envolvem o cuidado ao abortamento, serão necessárias articulações intersetoriais para a garantia de um cuidado humanizado e dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres brasileiras.

## **5. Considerações finais**

A principal contribuição desse trabalho para a discussão do cuidado ao abortamento no Brasil é pensar a violência institucional como fruto de vários elementos contidos nos diversos níveis do contexto social que o envolve, e não apenas como um fenômeno produzido pelos sujeitos inseridos nas maternidades, conforme apresentado ao longo dessa dissertação.

Reconhecemos como limites desse trabalho a ausência de uma discussão de dados obtidos a partir de observação participante que permitisse analisar as falas dos profissionais à luz de casos concretos, trazendo a tona outros elementos envolvidos no cuidado a mulheres com abortamento. Sem dúvida, um conjunto de dados desse tipo iluminaria ainda mais o entendimento que temos buscado ao longo desse trabalho acerca da violência institucional, assim como da humanização e no combate a esta violência, proporcionando maior sofisticação à nossa exploração sobre as percepções dos profissionais de saúde.

Outros aspectos pouco aprofundados neste estudo se referem às diferenças entre os três hospitais-maternidades investigados que possuem culturas institucionais particulares, inclusive em função dos seus perfis assistenciais: uma especializada em formação profissional, outro com um serviço para casos de alto risco, e o terceiro para casos de menor complexidade ou de risco habitual. A análise dos nossos resultados trouxe também indícios de que há diferenças nas percepções e talvez nas atitudes dos profissionais em função da sua

categoria profissional, particularmente entre médicos/enfermeiras e psicólogas/ assistentes sociais. No entanto, não foi possível explorá-las com maior nitidez, dado o número reduzido de informantes em cada categoria.

Fica como lacuna de investigação também o aprofundamento da violência de gênero e do racismo no âmbito da violência institucional na atenção ao abortamento, debate este já desenvolvido por outros estudos na atenção obstétrica e com relação aos cuidados ofertados pelos serviços de saúde, respectivamente. Apontamos também a importante discussão da introjeção dos valores dominantes masculinos, brancos e de classe superior na relação entre as profissionais/os e usuárias, inclusive quando há identidade de gênero, raça e classe, tal como ocorre entre algumas técnicas de enfermagem e as usuárias que atendem.

No que se refere ao combate a violência institucional para além de uma mudança da postura dos profissionais de saúde, as ações humanizadoras devem atuar nas diversas camadas do contexto que envolve o cuidado ao abortamento, ou seja, deve-se intervir na própria estruturação do atendimento e dos serviços.

Uma das principais causas das tensões sofridas pelos profissionais e da angústia das mulheres internadas é a violência simbólica contida no ato do internamento conjunto nas mesmas enfermarias com pessoas que vem a representar a oposição conceitual entre mães e “anti-mães”. Isto é o efeito da violência profunda efetuada pela organização do serviço. Embora idealmente as mulheres com abortamento fossem melhor atendidas em outros hospitais, dificilmente deixarão de procurar assistência em hospitais-maternidades enquanto novos serviços para atenção ao abortamento não sejam criados. De outra forma, poderia atender a necessidades destas usuárias a criação de serviços internos a estas instituições (ambulatórios), de qualidade, que atuasse de forma a garantir que questões ginecológicas de todos os tipos fossem atendidas separadamente, assegurando que nenhuma mulher com abortamento, espontâneo ou induzido, fosse atendida junto com parturientes, mulheres em trabalho de parto e bebês.

Para além dessa modificação, citamos apenas algumas ações que podem ser desenvolvidas no âmbito do setor saúde, vislumbradas a partir da nossa discussão aqui: a elaboração ou reformulação de outras portarias e legislações no âmbito do SUS que garantam o cuidado humanizado ao abortamento — por exemplo, a inclusão do direito ao

acompanhante para essas usuárias até o momento não citada pela respectiva lei (BRASIL, 2005b; 2013); ações concretas para implementação da Norma Técnica (BRASIL, 2005a; 2011a) com proposta de financiamento para capacitações e treinamentos em serviços e aquisição de equipamentos e recursos para a utilização da AMIU; ampliação dos serviços de aborto legal inclusive como campos de estágio para estudantes e residentes em obstetrícia; ampliação de fóruns de debates para também envolver, universidade, movimentos sociais, gestores, trabalhadores e conselhos de saúde, entre outros.

A implementação dos princípios e diretrizes de humanização do cuidado propostos pela PNH para a atenção em saúde em geral, e pela Norma Técnica de 2005, em particular extrapola a atuação do setor saúde, necessitando de uma articulação intersetorial com outros setores governamentais e da sociedade civil organizada. A princípio tais articulações intersetoriais podem envolver mudança da legislação do aborto e modificações nos cursos de graduação e de pós-graduação dos profissionais envolvidos no cuidado.

O envolvimento dos movimentos sociais, particularmente dos movimentos feministas, com articulações específicas em torno da questão do abortamento teve um papel fundamental na sociedade brasileira. Tema presente na sua agenda desde a década de 90 (REDE FEMINISTA, 2005; REDE FEMINISTA, 2001), esses movimentos têm tido uma atuação fundamental em conquistas importantes, como a implantação na rede pública dos serviços de abortos dos casos previstos em lei e por fim na luta pela sua descriminalização.

Os Conselhos Profissionais de Medicina, Serviço Social, Psicologia, além de outras entidades tais como Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) e Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas (ABEMFO), que já se posicionaram a favor da legalização do aborto, deveriam ser incluídos em novas iniciativas para combater a violência institucional na atenção obstétrica, e no atendimento às mulheres com abortamento.

A recente implantação da estratégia de qualificação da atenção a mulheres e crianças, visando a redução da mortalidade materno-infantil, batizada sugestivamente de “**Rede Cegonha**”, não priorizou o cuidado ao abortamento. Representa um atraso no movimento para integralidade da atenção. Sua portaria de implantação (BRASIL, 2011b) reconhece a necessidade da implantação de uma rede de cuidados que garanta às mulheres o planejamento

reprodutivo, uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como os direitos das crianças ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Entretanto, nenhuma menção ao abortamento foi feita. A necessidade de implementação de um novo modelo de atenção para o aborto no Brasil, tal como afirma Aquino, Menezes e Araújo-Barreto é mais que urgente (2012).

A despeito da posição conservadora do atual governo brasileiro frente à legislação do aborto, expressão da correlação de forças nas assembleias legislativas, da forte influência da bancada religiosa no congresso nacional, e do silêncio sobre abortamento nas políticas mais recentes, o aborto continua sendo um evento muito frequente na vida reprodutiva as mulheres, responsável por parte significativa das altas taxas de mortalidade materna tanto no país quanto no nordeste (BRASIL, 2011a) e causa de internação nos hospitais públicos (YU, 2010).

Assim, pensar sobre diversos pontos do contexto que propiciam a violência institucional na perspectiva dos profissionais de saúde é de suma importância, dada a relevância destes profissionais enquanto sujeitos estratégicos da atenção ao abortamento. Superar a dimensão inter-relacional que se atribui a violência é poder vislumbrar medidas mais concretas e urgentes para a implementação de um cuidado humanizado ao abortamento, visto que mudanças de atitudes requerem uma modificação das percepções culturalmente inscritas, que necessita de um período muito maior do que o tempo necessário para resolver as imediatas necessidades dessas mulheres.

## Referências Bibliográficas

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. **Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.** *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.36, p.79-91, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>. Acesso:07.04.2014.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L; SCHRAIBER, L.B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde .** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>. Acesso:07.04.2014.

AGUIAR, J. **Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências, 2010. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/JanainaMAguiar.pdf>. Acesso:07.04.2014.

ALMEIDA, MPS. AMORIM,FHR; BARBOSA, IAF *et al.* **Legislação Brasileira Relativa ao Aborto: o Conhecimento na Formação Médica.** *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36 (2) : 243-248; 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n2/13.pdf>.

AQUINO, E.M.L .MENEZES, G. BARRETO-DE-ARAÚJO, T.V et al. **Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?** *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1765-1776, 2012.

BARBOSA, ASSF; BOBATO, JAC; MARIUTTI, MG. **Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento.** *Rev. SPAGESP* [online], vol.13, n.2, pp. 44-55, 2012. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n2/v13n2a06.pdf>. Acesso:07.04.2014.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. **Humanização na saúde: um novo modismo?** *Interface – Comunic., Saude, Educ.*, v.9, n.17, p.389-94, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso:04.04.14

BENUTE, GRG, NONNENMACHER, D; NOMURA,RMY et al. **Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. vol.34, n.2, pp. 69-73. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf>. Acesso:04.04.2014.

BERTOLANI, G.B.M.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde Soc.**, v.19, n.2, p.286-301, 2010. Disponível em:

BOLTANSKI, L. **As dimensões antropológicas do aborto.** *Rev. Bras. Ciênc. Polít.* [online]. n.7, pp. 205-245, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n7/a10n7.pdf>. Acesso:07.04.2014.

BRASIL. **Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, nº 196/1996.** 1996. Disponível: <http://www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm>. Acesso: 07.04.2014.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** – Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 199 p.: il. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso: 07.04.2014.

BRASIL. **Programa de Humanização do Parto – Humanização do Pré-natal e Nascimento.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 28 p.: il. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso: 07.04.2014.

BRASIL. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS .** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso: 07.04.2014.

BRASIL **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 82 p.: il. Disponível: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf) . Acesso: 07.04.2014

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 36 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4). ISBN 85-334-0873-0. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf). Acesso: 07.04.2014

BRASIL. **Lei GM/MS 11.108/2005b.** 2005b. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/dab/11108\\_%5B2560\\_120110\\_SES\\_MT%5D.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dab/11108_%5B2560_120110_SES_MT%5D.pdf). Acesso 07.01.14.

BRASIL. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos** .Brasília : Ministério da Saúde, 2009, 428 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf). Acesso em 26.09.2011.

BRASIL. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4). ISBN 85-334-0873-0 Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf). Acesso: 07.04.2014

BRASIL. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011b**. BRASÍLIA: DF. 2011. DISPONIVEL:  
[HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT1459\\_24\\_06\\_2011.HTML](HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2011/PRT1459_24_06_2011.HTML). ACESSO:20.03.2014.

BRASIL. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf). Acesso: 07.04.2014

BRASIL. **Lei GM/MS 12.895/2013**. 2013. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12895.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12895.htm#art1). Acesso 07.01.14.

CACIQUE, DB. JÚNIOR,RP; OSIS, MJMD. **Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011**.Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.3, p.916-936, 2013. Disponível:<http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902013000300023>. Acesso:07.04.2014.

CARNEIRO, M.F.; IRIART, J.A.B; MENEZES, GM.S.M. "**Largada sozinha, mas tudo bem**": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por aborto provocado em Salvador, Bahia, Brasil. Interface (Botucatu). 2013, vol.17, , pp. 405-418 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832013000200013&script=sci_arttext). Acesso: 28.03.2014.

COSTA, M.D.L. SOUZA, E.S.S. **Entre o direito e a moral: leituras sociológicas das condutas dos profissionais de saúde às mulheres em situação de aborto**. Caos – Revista Eletrônica de Ciências Sociais, N. 18, p. 42-50, 2011. . Disponível em [http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/5\\_ARTIGO%20Mariana%20Diogo%20Revisado.pdf](http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/5_ARTIGO%20Mariana%20Diogo%20Revisado.pdf). Acesso:07.04.2014.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. **Violence against women in health-care institutions: an emerging problem**.Lancet, v.359, n.11, p.1681-5, 2002. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12020546>. Acesso:07.04.2014.

DE ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras **trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia**. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.17, n.7, pp. 1745-1754, 2012. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/13.pdf>. Acesso:07.04.2014.

DESLANDES, S.F. **A ótica dos gestores na humanização das públicas municipais do Rio de Janeiro.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3), p. 615-26, 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300018&script=sci_arttext&tlng=pt)Acesso:07.04.2014.

DESLANDES, SF. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], v.9, n.1, pp. 7-14. 2004. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso:04.04.14.

DINIZ, CSG. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.10, n.3, pp. 627-637, 2005. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>. Acesso:07.04.2014.

DUARTE. D.A MELO-ALMEIDA, M.G. **Conhecimento dos profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: uma revisão bibliográfica.** *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.34, n.2, p. 279-287 abr./jun. 2010. Disponível:<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/34>. Acesso:04.04.2014

FAÚNDES, A.; DUARTE, G.A.; OSIS, M.J.D, NETO, J.A. **Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005.** *Rev Bras Ginecol Obstet*; 29(4):192-9, 2007. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000400005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000400005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso: Acesso: 07.04.2014.

FAÚNDES, A; DUARTE, G.A; NETO, J.A *et al*, **Conhecimento, Opinião e Conduta de Ginecologistas e Obstetras Brasileiros sobre o Aborto Induzido** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 26 (2): 89-96 2004. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032004000200002&script=sci_arttext). Acesso: 07.04.2014.

GALLI, B.; GOMES, EC; ADESSE, L. **Representações sobre o aborto em serviço de referência: entre direitos e deveres na atenção.** *Paper*. 2006. Disponível: <http://www.aads.org.br/arquivos/PaperRHM.pdf>. Acesso: 07.04.2014.

GESTEIRA SMA, DINIZ NMF, OLIVEIRA EM. **Assistência a mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem.** *Acta Paul Enferm.*; 21(3):449-53, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300011&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300011&script=sci_arttext&tlng=pt) . Acesso:07.04.2014.

GIFFIN K. **Aborto provocado: o que pensam os médicos de quatro hospitais públicos do Rio de Janeiro.** *J Bras Ginecol* 1995; 105:121-6. Disponível: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=159276&indexSearch=ID>. Acesso:04.04.2014.

GOMES, A.M.A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. **Pisada como chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro.** *Saúde Soc.*, v.17, n.1, p.61-72, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n1/06.pdf> .Acesso:07.04.2014.

HOTIMSKY, S.N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto.** Tese apresentada para obtenção do título de Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14112007-082030/pt-br.php>. Acesso 07.01.14.

LEAL, OF. **"Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1689-1697. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700007&script=sci_arttext). Acesso: 28.03.2014.

LOUREIRO, DC; VIEIRA EM. **Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(3):679-688, 2004. Disponível:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/04.pdf>. Acesso:07.04.2014.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva:** estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2003.

MARTIN, E. **Fragmentação e Gênero.** In: A mulher no corpo. Uma análise cultural da reprodução. Editora Garamond Universitária: Rio de Janeiro, p.51-63, 2006.

MCCALLUM C.A.; REIS, A.P.; MENEZES, G.M.S. **O atendimento ao aborto em uma unidade pública de saúde: as perspectivas de jovens usuárias e profissionais de saúde.** In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006.

MCCALLUM, C. **Víctimas egoístas: Perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador, Brasil.** In: WADE, P. GIRALDO, F.U. Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina. Bogotá :Universidade Nacional de Colômbia. Faculdade de Ciências Humanas. Centro de Estudios Sociales (CES), Escuela de Estudios de Género , 2008, 568 p. – Lecturas CES ISBN : 978-958063-60-7.

MCCALLUM, C; DOS REIS, AP; MENEZES, G. **Práticas e concepções sobre o aborto em uma maternidade pública de Salvador-Bahia.** Relatório de Pesquisa (s.d).

MEDEIROS RD, AZEVEDO GD, OLIVEIRA EAA, et al. **Opinião de estudantes dos cursos de direito e medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil.** *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(1):16-21. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000100004&script=sci_arttext). Acesso:07.04.2014.

MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L; SILVA, D. O. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Caderno de Saúde Pública*, vol.22, n.7, p. 1431-1446, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 26.09.2011.

MENEZES, G.AQUINO, E. **Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para campo da saúde coletiva.** *Cadernos de Saúde Pública*,25, p.193-294, 2009.

MINAYO, C. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ. 2010. 132p.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hunitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MORTARI, CLH; MARTINI, JG ; VARGAS, MA. **Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2012, vol.46, n.4, pp. 914-921. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n4/19.pdf>. Acesso:04.04.2014

OMS. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Organização Mundial de Saúde (OMS). 2013.136p. Disponível: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf). Acesso:07.04.2014.

PORTO, R.M. **Objecção de consciência, aborto e religiosidade: práticas e comportamentos dos profissionais de saúde em Lisboa**. *Estudos Feministas*, 16(2), 2008. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/9574>. Acesso:07.04.2014.

REDE FEMINISTA. **Dossiê aborto inseguro**. São Paulo, 2001. Disponível: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2001/sor001>. Acesso: 01.04.2014.

REDE FEMINISTA. **Morte preveníveis e evitáveis**. São Paulo, 2005. Disponível: <http://www.redesaude.org.br/hotsite/2005/index.html>. Acesso 01.04.2014.

RIOS, I.C. **Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33 (2), p. 253–261; 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n2/13.pdf>. Acesso:04.04.14

SCHRAIBER, L. B. **No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina**. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, v.1, n.1, 1997. Disponível em <http://www.uff.br/saudecultura/encontros/Decisao-no-cotidiano-medico.pdf> Acesso:07.04.2014.

SILVA, J.P.; ARAÚJO, M.Z. **Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, vol.14, n.4,p. 19-24 2011. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/9900/5682>Acesso:07.04.2014

SILVA, LA F; BIANCO, MH. **Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamentos dos mesmos em relação ao aborto induzido**. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 3, p. 245-255, 2009. Disponível:[http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v28\\_n3\\_2009\\_art\\_04.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n3_2009_art_04.pdf). Acesso:04.04.2014.

SOARES MCS; FREITAS VEO; CUNHA ARR, *et al.* **Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento.** Rev Rene.; 13(1):140-6, 2012. Disponível:file:///C:/Users/liviasantos/Downloads/25-61-1-SM.pdf. Acesso: 07.04.2014

SOARES,G. **Profissionais de Saúde Frente ao Aborto Legal no Brasil: Desafios, Conflitos e Significados.** Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 19(sup. 2): p.399-406, 2003. Disponível: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>. Acesso:07.04.2014.

SOUZA, E.R; MINAYO, M.C.S.; CRUZ, A.J.M; SILVA, H.B; SANTOS, F.C.L; MOREIRA C.O. **Tendências da Produção Científica Brasileira sobre violência e acidentes na década de 90.** In: Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade Brasileira, p 49-81, 2006.

STREFLING, ISS. LUNARDI FILHO, WD; KEBER, NPC *et al.* **Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem.** Esc Anna Nery, 17 (4):698 – 704, 2013. Disponível: file:///C:/Users/liviasantos/Downloads/1414-8145-ean-17-04-0698-en.pdf. Acesso: 07.04.2014.

TORNQUIST; CS; MIGUEL, DS; ASSIS, GO. **Entre julgar e escutar: sexualidade e aborto em um bairro popular.** Estud. sociol., Araraquara, v.17, n.32, p.45-63, 2012. Disponível: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/viewFile/4927/4116>. Acesso:07.04.2014.

VIEIRA, E.M. **A Medicalização Do Corpo Feminino.** Antropologia e Saúde. Ed. FIOCRUZ, 2008, 84p.

WHASTPHAL, FPS. **O acesso ao aborto legal no Brasil: o conflito existente entre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e o direito de objeção de consciência dos médicos que prestam serviços pelo sistema único de saúde – SUS.** Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Direito da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC. 2009. 75p. Disponível: <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00003F/00003F3A.pdf>. Acesso:07.04.2014.

YU, P.C. **Registro nacional de operações não cardíacas:** aspectos clínicos, cirúrgicos,epidemiológicos e econômicos. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina,Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.