

**SUELLEN ALVES DA SILVA**

**FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E INTERRUPÇÃO  
DA GESTAÇÃO: UMA DESCRIÇÃO DE PRÁTICAS  
HOSPITALARES**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS**

**2019**

**SUELLEN ALVES DA SILVA**

**FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E INTERRUPÇÃO  
DA GESTAÇÃO: UMA DESCRIÇÃO DE PRÁTICAS  
HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Curso de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Professora Dra. Anita Guazzelli Bernardes.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO E DOUTORADO EM PSICOLOGIA  
CAMPO GRANDE-MS**

**2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CPI)  
(Biblioteca da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB, Campo Grande, MS, Brasil)

S586f Silva, Suellen Alves da

Formas de atenção à saúde e interrupção da gestação:  
uma descrição de práticas hospitalares/ Suellen Alves  
da Silva; orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Anita Guazzelli  
Bernardes.-- Campo Grande, MS : 2019.

69 f.: 30 cm

Dissertação (mestrado em Psicologia) - Universidade  
Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2019


1. Políticas públicas de saúde - interrupção da gravidez.  
2. Cartografia. I. Bernardes, Anita Guazzelli. II.  
Título.

CDD: 155.6463

## BANCA EXAMINADORA


A dissertação apresentada por **SUELLEN ALVES DA SILVA**, intitulada “**FORMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE E INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO: UMA DESCRIÇÃO DE PRÁTICAS HOSPITALARES**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em **PSICOLOGIA** à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi... aprovada.....

## BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Anita Guazzelli Bernardes (orientadora)

Prof. Dr. Antônio Carlos do Nascimento Osório (UFMS)



Prof. Dr. Márcio Luis Costa (UCDB)

Campo Grande - MS, 12 de Novembro de 2019.

## **Agradecimento**

**Agradeço** A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória.

Ao meu marido **OSVALDO**, que esteve ao meu lado sempre motivando nos momentos que pensei em desistir, e um presente que Deus colocou em meu caminho. Obrigada pelo companheirismo, apoio e amizade incondicional. Amo você!

À professora, **ANITA** que me inspirou e fez entrar no mundo que não nunca esperava entrar. Sempre foi um grande exemplo para mim, e hoje, agradeço por ter me incentivado a seguir no caminho da pós-graduação. Muito obrigada por tudo!

## RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo compreender as formas de interrupção da gestação em hospitais, mediante uma cartografia de documentos, políticas e procedimentos desenvolvidos. A cartografia das formas de interrupção da gestação se faz a partir do que a literatura da área da saúde e ciências sociais aponta como formas de regulação desses procedimentos, tanto do ponto de vista jurídico quanto organizacional. Pela cartografia a pesquisa orientou-se na direção das formas que a interrupção da gravidez no Brasil, dentro dos espaços hospitalares, pode ser realizada, focalizando assim, um conjunto de protocolos que orientam as práticas dos profissionais da saúde, seguindo alguns princípios da legislação brasileira e das políticas de saúde como parte de relações de poder. Em razão disso e da Política Nacional de Humanização, há uma interrogação sobre o modo como esses procedimentos são realizados e a maneira como recaem sobre o corpo das mulheres. Em termos teóricos, a pesquisa orienta-se dentro de uma perspectiva foucaultiana, seguindo metodologicamente um processo cartográfico na descrição de itinerários, documentos e protocolos que fazem parte da rotina, utilizados na rede hospitalar como estratégia de atenção à saúde de mulheres em situação de interrupção da gravidez.

**Palavras-chave:** Políticas de Saúde; Relações de Poder; Interrupção da Gestação; Cartografia

## ABSTRAC

This dissertation aims to understand the forms of interruption of pregnancy in hospitals, through a cartography of documents, policies and procedures developed. The cartography of the forms of interruption of gestations is based on what the literature in the field of health and Social Sciences indicates as ways of regulating these procedures, both from the legal and organizational point of view. Through cartography, the research was directed towards the ways that the interruption of pregnancy in Brazil, within hospital spaces, can be performed, focusing on a set of protocols that guide the practices of health professionals, following some principles of Brazilian legislation and health policies as part of power relations. Because of this and the National Humanization Policy, there is a question as to how these procedures are performed and how they fall on women's bodies. In theoretical terms, the research is oriented within a Foucaultian perspective, methodologically following a cartographic process in the description of routines, documents and protocols that are part of the routine, used in the hospital network as a strategy for health care of women in situations of interruption of pregnancy.

Keywords: Health Policy; Power relations; Pregnancy termination; Cartography

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>1 PERCURSO CARTOGRÁFICO INICIAL.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Percursos metodológicos e conceituais.....</b>	<b>19</b>
1.1.1. Algumas considerações cartográficas para seguir o percurso.....	22
1.1.2 Conceitos e discussões teóricas.....	26
<b>2 PERCURSO CARTOGRÁFICO NO HOSPITAL.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 Violência Obstétrica.....</b>	<b>36</b>
<b>2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.....</b>	<b>40</b>
2.2.1 Política Nacional de Humanização.....	45
<b>2.3 Códigos penais que permitem o aborto.....</b>	<b>52</b>
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>



## **INTRODUÇÃO**

---

Esta dissertação tem como temática a interrupção da gestação, focalizando como objetivo de pesquisa a compreensão das formas de interrupção da gestação em hospitais, mediante uma cartografia de documentos, políticas e procedimentos desenvolvidos nesses espaços. A questão inicial que engendrou o interesse pela temática da interrupção da gestação nos espaços hospitalares apoiou-se em discussões que a literatura apresenta sobre violência obstétrica. Desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Porém, foi apenas a partir da década de 1990, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país (Sena & Tesser, 2017).

O destrato no atendimento a mulheres era um dos elementos utilizados para descrever e agrupar diversas formas de violência (uma forma de violar seu direitos e corpos) que causavam danos durante os cuidados obstétricos. Inclui maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos para a mulher que procura atendimento. Considera-se, assim, nessas discussões, as formas como a atenção à mulher nesses espaços de saúde se dá quando está em jogo a gestação e especificamente a interrupção da gestação, pois o tratamento vivenciado pelas mulheres expressar-se-ia em diversos espaços sociais e de formas distintas, provocando importante sofrimento psíquico, que é ainda pouco valorizado pelos serviços de saúde.

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência obstétrica, segundo pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”. O conceito internacional de violência define-se como qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências (Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro & Shimo, 2014). De acordo com Diniz, Niy, Andrezzo, Carvalho e Salgado (2016), estratégias para evitar a violência obstétrica têm sido propostas, sendo a Venezuela a pioneira em tipificar essa forma de violência:

Violência obstétrica (campo da saúde) é a apropriação do corpo das mulheres quando em processos reprodutivos, por profissionais da saúde, que prestam assistência desumana, com uso excessivo de medicalização e intervenções iatrogênicas em processos naturais, que implicam na perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Tesser, Knobel, Andrezzo & Diniz, 2015, p. 30).

O modelo predominante de assistência obstétrica no Brasil tem se visibilizado como ultrapassado, imerso em práticas intervencionistas e instrumentalizadas pelo uso excessivo de tecnologias, interferindo no processo fisiológico da mulher. Tesser et al., (2015) apontam várias expressões que nomeiam o mesmo fenômeno, como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade no parto, assistência desumanizada, violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, entre outros.

A relevância da violência obstétrica e de sua gravidade foi confirmada recentemente por uma publicação da Organização Mundial da Saúde que reconhece esse tipo de violência como um problema de saúde pública, recomendando que governos e instituições de pesquisa lhe deem visibilidade e promovam sua prevenção (Palharini, 2017). A falta de previsão de punibilidade e a desinformação da população possibilitam que os profissionais realizem práticas de violência obstétrica. As questões mais graves, como a cultura hegemônica da sociedade brasileira e a precariedade do atendimento do Sistema Público de Saúde nesse contexto, demandam maiores esforços em prol do fim da violência.

A proposta de seguir um itinerário cartográfico das práticas nos espaços hospitalares, a partir do acompanhamento do processo de interrupção da gravidez que vai desde as legislações e políticas públicas até os protocolos, permite considerar algumas outras questões por meio das relações de poder. Isso implica entender o cotidiano de trabalho em um estabelecimento de saúde e as formas que os procedimentos vão tomando em termos de relações de poder e não propriamente de violência. Não se trata de diminuir a dimensão e relevância das discussões sobre violência obstétrica, mas compreender que essa violência só é possível em razão de relações de poder. As relações de poder organizam os procedimentos, os protocolos e, por meio deles, acontecem. Neste caso, não se trata de focalizar a conduta de um profissional individualmente, mas no jogo que naturaliza os processos de atenção à saúde, de modo a fazer desaparecer questões como dor, sofrimento, ansiosos, etc. Neste caso, não se trataria de uma violência intencional de aniquilamento do corpo do outro, mas de um efeito de procedimentos, protocolos que configuram a rotina das práticas hospitalares.

A cartografia como orientação do trabalho do pesquisador não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método, sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa (Passos, 2015)

Os itinerários da dissertação, no que se refere às práticas hospitalares, são descritos a partir da rotina vivenciada enquanto enfermeira atuante na área da saúde da mulher. Tais vivências, ao trabalhar com a população e as equipes de saúde, possibilitaram a reflexão sobre o tema. Espera-se, assim, contribuir para dar visibilidade às formas de interrupção da gestação dentro dos espaços hospitalares, possibilitando a discussão da política pública de atenção à mulher e à reflexão dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado e na melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

Entende-se que a mudança virá quando se conseguir modificar a lógica de atendimento ao aborto, deslocando-o de uma racionalidade biomédica para ser entendido como um evento humano. Só a partir desse reconhecimento haverá a possibilidade de se fazer ouvir a voz das mulheres, resgatando sua autonomia e capacidade de deliberar sobre questões relacionadas ao seu processo de parto, aborto e nascimento.

Pretende-se contribuir com uma reflexão, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte das mulheres, sobre as formas de interrupção da gestação e suas diversas expressões, de modo que se compreenda, inclusive, a própria ideia de violência obstétrica e que as mulheres possam exercer sua cidadania na exigência do direito ao parto e ao aborto humanizados.

Como forma de organização dos itinerários da pesquisa, a mesma foi disposta em dois capítulos:

O primeiro capítulo apresenta a cartografia inicial do percurso da investigação, indicando os elementos que levaram a pesquisar sobre a temática, a sua justificativa, objetivos, qualificação do problema de pesquisa, questões teóricas e conceituais. Esse percurso inicial vai apontando os elementos que permitiram as interrogações e objetivos serem formulados. São questões que amarram os itinerários iniciais que vão se estabelecendo por alguns relatos de experiências, legislação, políticas de saúde e conceitos teóricos que permitem pensar sobre relações de poder. Situo o método tendo como campo empírico a minha trajetória profissional.

Como se trata de um relato de experiência, proponho alguns percursos e formas de análise da trajetória profissional que faço apoiando-me em uma estratégia cartográfica, como forma de acompanhar os processos que vivenciei: os procedimentos e protocolos hospitalares comuns à rede de saúde e que acompanho na minha rotina como enfermeira. A partir de questões acerca de algumas materialidades sobre assistência ao aborto, trago a qualificação do problema de pesquisa por meio de questões norteadoras: por que a diferenciação em atendimento com mulheres em abortos? Como essas situações se processam na rotina hospitalar? Quais são os usos contemporâneos do corpo da mulher pela medicina e justiça?

Essas questões permitem formular uma pergunta sobre as formas de regulação dos protocolos e procedimentos hospitalares para a interrupção da gestação. Trata-se, com isso, de compreender as formas de interrupção da gravidez com mulheres, a partir de relações de poder e o que o próprio discurso põe em funcionamento naturalizando a relação entre elementos distintos.

O segundo capítulo apresenta o percurso da cartografia dentro do hospital, focalizando as dimensões das políticas e procedimentos que organizam a rotina hospitalar. Para tanto, traz alguns elementos do início do percurso que apontam porque a cartografia começou considerando a violência obstétrica. A partir disso, para compreender as formas de interrupção por meio das práticas de controle e regulação das relações de poder, discute-se as formas de abortamento percorrendo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e seus cotidianos, e a Política Nacional de Humanização no cotidiano de hoje, em termos de acolhimento e classificação de risco. Depois desses percursos, apresenta-se a dimensão legal dos procedimentos, no intuito de articular as práticas médicas e jurídicas como estratégia para a constituição das formas de interrupção da gestação, que permitem uma regulação e autorização que não dependerá exclusivamente da mulher, mas das autorizações que a controlam.

Nesse capítulo, descrevo o percurso cartográfico no hospital ao longo de passos protocolares e formalizados na rotina hospitalar, desde a chegada da mulher à unidade hospitalar até sua internação e alta, e o que propriamente ocorre durante todo o processo vivenciado em um aborto. É feita uma descrição dos procedimentos hospitalares realizados com as mulheres. Definem-se como protocolos assistenciais as orientações sistematizadas, às vezes em formato de fluxograma, com base nas diretrizes e evidências da literatura e elaborados pela instituição onde são implementados. Priorizam-se pontos críticos e básicos no processo de decisão de um percurso assistencial. Não se trata apenas de um preenchimento de ficha, mas de um retrato do que precisa e precisou ser feito no ciclo do cuidado à mulher em atendimento. No decorrer da cartografia, são realizadas as discussões sobre esses procedimentos, fluxos e rotinas hospitalares a partir dos conceitos que emergem dos objetivos da pesquisa.



A assistência à saúde da mulher está associada à ideia de fragilidade, atualizada em uma prática discursiva que a identifica como em sintonia com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia e alicerçada na racionalidade científica. É um tipo de assistência altamente intervencionista, medicalizante na estratégia realizada por meio dos protocolos nos espaços de saúde. Como profissional de saúde, atuante na atenção à saúde da mulher, sempre questioneei a diferenciação entre atendimentos a mulheres em situações semelhantes. Esse questionamento sobre as formas de atenção à saúde da mulher norteou a pesquisa, tanto do ponto de vista teórico quanto metodológico. Esse questionamento foi orientando um certo itinerário pelas diferentes situações vivenciadas no cotidiano de atenção à saúde da mulher. Esse itinerário foi feito pelo acompanhamento de diferentes elementos que compõem uma rotina hospitalar, especificamente aquela voltada para os protocolos de interrupção da gestação.

A inquietação inicial aqui é justamente o início da aproximação da mulher com o espaço hospitalar: pensar sobre o momento em que a mulher ingressa no hospital, começando pela peregrinação de hospitais em hospitais, pois falo de mulheres que muitas vezes não possuem recursos financeiros, nem conhecimento de direitos, considerando sua fragilidade emocional pela perda ou pelo sofrimento, além do não atendimento na unidade de saúde referenciada, o descaso do atendimento.

Contarei um dos casos atendidos que não é muito recente. Uma mulher de 22 anos chega sozinha ao ambiente hospitalar, sem que os familiares soubessem que ela havia sido vítima de violência sexual em uma festa. Depois de 40 dias do ocorrido, descobre a gravidez. Procura a unidade hospitalar e solicita o aborto legal com ordem judicial, lembrando que a família não poderia saber. Com mais ou menos 10 dias de internação, aconteceu a expulsão do feto no ambiente hospitalar. Nesse dia, entrei no plantão às 19h, e a mulher estava em quarto do PPP (Pré-Parto, Parto e Pós-Parto). Ela estava em trabalho de parto (momento que antecipa a expulsão do feto), com idade gestacional de 20 semanas e ordem judicial para aborto. Entrei no leito e ela estava deitada na cama, chorando muito pela intensa dor de parir, que é muito forte, após cinco dias de indução para o processo de aborto.

Ela perguntou se poderia ir ao banheiro, e eu lhe disse que ela era livre para realizar qualquer movimento. Pedi que me avisasse antes de ir, pois, no trabalho de parto, na expulsão do feto, há o reflexo de defecar, uma vez que o feto pressiona o esfíncter. Ela levantou e foi ao banheiro; logo escutei do corredor um grito muito forte e choro muito intenso. Quando entrei no quarto, na porta do banheiro, estava o feto no chão. Ela chorava desesperada, com as mãos no rosto, gritando: “Tira isso da minha frente”. Peguei uma luva, retirei o feto dali e levei-o ao expurgo. Quando voltei ao quarto, a equipe médica já estava lá, consolando e cuidando da

mulher. Retornando ao expurgo, ainda precisava tirar um pedaço do feto - todo formado, pesando mais ou menos 500g, sexo feminino. A outra enfermeira não conseguiu cortar o pedaço restante, pois começou a chorar olhando o feto, cujo coração ainda sentíamos pulsar. Ali ficamos nós duas, esperando a morte chegar.

Eu também não consegui cortar um pedaço do feto já morto e comecei a chorar. Então, o médico residente de ginecologia veio até nós e, sem olhar o feto diretamente, com o rosto virado, cortou um pedaços da coxa, colocou-os no recipiente e entregou-os a mim, dizendo: “Pronto. Acabou o sofrimento”. Pequei o feto, coloquei-o no saco apropriado para quando há morte de crianças e bebês e já o encaminhei para a patologia. Depois de dois dias, a mulher recebeu alta, continuando o tratamento via ambulatório.

Posso dizer que esse acontecimento virou uma rotina de atendimento para os profissionais. Os sentimentos da mulher diante de uma situação que necessita da lei podem ser diferentes dos gerados quando há a perda espontânea de uma gestação desejada.

Durante alta hospitalar, a mulher sai com horário e consulta marcados para retorno ao ambulatório, acompanhamento médico e outras especialidades, em caso de violência sexual. As que tiveram abortamento espontâneo somente voltam para consultas em ambulatório de ginecologia. Assim, fecha-se o ciclo de atendimento hospitalar.

O tema aborto suscita questionamentos morais e poucos são os profissionais de saúde dispostos a atuar na assistência, o que facilita a emergência de sentimentos de solidão, abandono ou estigma nas pessoas responsáveis pela assistência. Por isso, o foco deste trabalho é a compreensão das formas de interrupção da gestação, a partir dos protocolos de atendimento no cuidado das mulheres que buscam os serviços e os profissionais de saúde, pois esses procedimentos acabam por normatizar um conjunto de elementos distintos entre si. Essa normatização, conforme o relato acima, regula elementos que vão desde o procedimento de autorização da interrupção da gestação, em termos jurídicos, até os sentimentos, dores e anseios que envolvem essas experiências, tornando-os todos como parte de uma rotina, de um protocolo.

O profissional de saúde necessita refletir sobre a influência de suas convicções pessoais e técnicas em sua prática profissional, para que possa ter atitude destituída de julgamentos arbitrários e rotulações. Isso não é fácil, muito menos quando envolve interrupção de gestação, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm a reflexão sobre a diferença entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional; muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com



a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática da instituição de saúde e cuidados de saúde.

No Brasil, o Código Penal de 1940 ainda vigente só não pune o aborto praticado por profissionais de saúde em ambiente hospitalar em casos de “aborto necessário”, se não há outro meio de salvar a vida da gestante, e de “aborto sentimental”, no caso de gravidez resultante de estupro – precedidos de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. No entanto, apesar desse permissivo legal, durante cinco décadas as mulheres que se enquadravam nesses casos não dispuseram de atendimento público gratuito nos serviços de saúde, que só começou a ser implantado a partir de 1989 (Talib, 2005).

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece uma reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento, direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos (Brasil, 2011).

As literaturas publicadas pelo ministério da saúde e artigos sobre a temática, despertaram-me o interesse por essa questão, no manual de *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*, do Ministério da Saúde (Brasil, 2005). Conforme consta no manual, o abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

Entre as diferentes maneiras de acesso ou não às formas de interrupção da gestação, as violências obstétricas fazem parte desse cenário. Essa expressão, que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional, além de constituir um terreno mal definido e sujeito a polêmicas, valores e subjetividades diversas, designa um conjunto de atos, práticas e situações com sólido respaldo em um arcabouço de pesquisas acadêmicas que reconhecem sua objetividade, relevância e especificidade. Como enfermeira obstétrica, percebi grande número de fatos ocorridos em atendimentos a mulheres nessa situação.

Promover o acolhimento e fornecer informações devem ser práticas de todos os profissionais da equipe multiprofissional, sendo práticas que precisam estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde/usuária na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais devem estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência.

A compreensão dos fatores associados ao abortamento é fundamental para subsidiar a formulação de políticas públicas que visem identificar a ocorrência desses eventos. O aborto é um problema de saúde pública e está vinculado à dificuldade de acesso a tratamento, em razão da sua natureza.

A partir da experiência de atendimento no cotidiano de equipamentos de saúde pública, como enfermeira especialista em obstetrícia, presenciei vários atendimentos com mulheres em processo de abortamento, independentemente de ser espontâneo ou legal, levantando a atenção quanto ao procedimento oferecido pelos profissionais de saúde e pela própria unidade de saúde. Nesse contexto, os protocolos de atenção à saúde das mulheres com diagnóstico médico de aborto requerem uma atenção especial e diferenciada devido ao sentimento de culpa ou de perda ou de humilhação. Cabe aos serviços oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade, com conhecimento técnico-científico, para desenvolver interação e comunicação, de modo que a paciente e suas necessidades sejam acolhidas pelas ações que serão prestadas.

Entretanto, como se tratam de rotinas hospitalares, como quais quer outras, a mulher é atendida como mais um corpo, mais um procedimento; é rotulada pela equipe de saúde, pela unidade, como número, mais uma estatística, mais um protocolo, mais dados hospitalares, ou seja, mesmo na situação de abortamento, a paciente, ao chegar, é colocada em leito com demais pacientes que muitas vezes são gestantes ou mulheres que aguardam algum outro tipo de atendimento. A unidade de saúde não disponibiliza leito específico para mulheres em situação de aborto. Quando há um leito, podendo-se separar a mulher ou isolá-la dos demais pacientes, esse leito fica distante; mesmo assim, a mulher ouve choro de criança e os sons de mulheres que estão em trabalho de parto.

Embora o recurso ao abortamento tenha sido comum em quase todas as sociedades, foi só a partir do século XIX que as nações ocidentais passaram a regulamentar essa prática – e, em muitos casos, a proibi-la. Forte impulso para tais proibições foi proveniente da Igreja Católica: a proibição absoluta do aborto foi imposta pelo Papa Pio IX que, em 1869, baseado na teoria da personificação imediata do feto, passou a condenar todo abortamento, em qualquer estágio da gravidez, determinando a pena de excomunhão (vigente até hoje) a quem o praticar (Talib, 2005).

Diante das variações não somente em questões impostas pela sociedade por um lado, mas também socioeconômicas, sobretudo em saúde pública, por outro lado, o aborto coloca-se como problema cuja existência concreta não pode ser ignorada na atualidade. Cabe, portanto, uma ampla discussão pela sociedade brasileira sobre essa questão, analisando-se o que envolve a saúde da mulher.

Em um de meus plantões, tive que supervisionar uma mulher em processo de abortamento enquanto ela colocava em seu próprio órgão genital dois comprimidos de Misoprostol, conforme solicitação médica. O médico responsável pelo procedimento de aborto informou-me que ela mesma colocaria os comprimidos. Perguntei-lhe por que ela colocaria, e ele respondeu que era porque não havia profissional de saúde que quisesse colocar; eu disse que poderia, mas ele me agradeceu, perguntando quem iria realizar o procedimento quando nem eu nem ele estivéssemos lá. E acrescentou: “Pode deixar. Eu a ensinei como deve ser colocado”.

Há cenas que vivenciei em meu cotidiano hospitalar que permitem considerar essas questões sobre o modo como o protocolo acontece. Um dia, estava no hospital e uma mulher andarilha foi internada com ordem judicial para o aborto, tendo sido vítima de violência sexual. A equipe de plantão acatou a ordem e deu início ao aborto mediante aplicação via intrauterina de uma injeção letal diretamente no coração do feto de 20 semanas. No entanto, após o procedimento, ou seja, mais ou menos três horas depois do início do processo, chega uma nova ordem judicial, em que a família da mulher alega que esta não respondia por si mesma e que não era para realizar o aborto. Como já havia iniciado o processo, a equipe médica teve que finalizá-lo e elaborar um documento jurídico explicando o procedimento e declarando que já não havia mais nada a fazer, pois o feto já estava morto. No caso, a equipe teria que terminar o processo para não haver risco de infecção para a mulher.

Essas considerações até aqui realizadas, levam-me a estabelecer como **objetivo geral** da pesquisa: Compreender as formas de interrupção da gestação em hospitais. Esse objetivo geral divide-se em dois **objetivos específicos**: a) Descrever as práticas obstétricas nas situações de interrupção da gestação; b) Articular as práticas obstétricas com as relações de poder.

Esses objetivos serão percorridos a partir da problemática de pesquisa que foi organizando-se pelas questões norteadoras que emergem tanto da experiência como profissional da saúde, quanto de questões teóricas e legais que envolvem as discussões sobre a interrupção da gestação: por que a diferenciação em atendimento com mulheres em abortos? Como essas situações se processam na rotina hospitalar? Quais são os usos contemporâneos do corpo da mulher pela medicina e justiça? A partir dessas questões norteadoras e dos objetivos de pesquisa, formula-se uma interrogação sobre: quais as formas de regulação dos protocolos e procedimentos hospitalares para a interrupção da gestação?

## 1.1 Percursos metodológicos e conceituais

Ao abordar a temática no modo de compreensão das formas de regulação dos protocolos e procedimentos hospitalares para a interrupção da gestação, estava em minhas considerações como o poder é instituído e se manifesta no controle do corpo e da sexualidade da mulher, em situação fragilizada, buscando compreender de que maneira o poder organiza-se na assistência prestada à saúde. Inicialmente, considerei as discussões de Arendt (2009), a partir da qual a autoridade é uma faculdade que suscita a confiança no outro e a obediência voluntária, porque pressupõe a liberdade dos sujeitos envolvidos, pois entendia que a relação entre profissionais de saúde e usuários dava-se pela autoridade de um sobre o outro, mas a própria autora indica que essa autoridade envolve sujeitos livres e não uma dominação de um sobre o outro.

Em casos nos quais a gestação pode ser considerada como passível de interrupção, seja em decorrência de violência sexual, má-formação fetal ou risco de morte da mulher, podemos identificar que a medicina ocupa o lugar de decisão e autoridade de continuidade dessa gravidez, deslocando a decisão da mulher para a indicação médica. Esse deslocamento apoia-se também na autoridade jurídica que autoriza ou não o procedimento. Isso implica considerar que, nos processos e procedimentos de abortamento hospitalar, o que conta é a relação entre medicina e justiça como possibilidade de autorização, a partir do momento em que a mulher voluntariamente ingressa no espaço hospitalar.

Estudar os modos de ver o abortamento em uma população variada de mulheres, perceber as diferentes narrativas em disputa na sua configuração, descobrir outras narrativas criadas nas formas de se produzir e ver a assistência ao abortamento, articulando-se com a lógica do cuidado, permitiram reconfigurar um modo de ver o aborto em que as dimensões de pensamentos são constituídas. Isso me permite considerar que, ao pensar sobre as mulheres em situação de abortamento, necessariamente, devemos considerar os lugares nos quais elas e os próprios profissionais de saúde situam-se. Isso porque os protocolos localizam tanto as mulheres em termos de condições de escolher e possibilidades de acesso à saúde, quanto os próprios profissionais, no tange ao modo como operacionalizam os protocolos. O que se quer indicar com isso é que os protocolos não são apenas rotinas descoladas de todo um jogo que produz posições, funções e relações que podem, ao se naturalizarem, conformarem-se como experiências de violências.

A exemplo, a autorização para o aborto, no caso de anomalia fetal incompatível com a vida, deve ser emitida por juízes, mas no Brasil verifica-se também a emissão dessas autorizações por promotores, membros do Ministério Público. A anencefalia sustenta a

possibilidade de interrupção, por ser uma das patologias com caráter clínico extremo: a ausência dos hemisférios cerebrais. A ausência dos hemisférios cerebrais ou, no linguajar comum, "a ausência de cérebro", torna o feto anencefálico, a representação do subumano (tudo que está abaixo da condição humana, em condição considerada de degradação por excelência). Os subumanos são aqueles que, segundo o sentido dicionarizado do termo, encontram-se aquém do nível do humano (Diniz, 1997). Mesmo com comprovação (diagnóstico de imagem) de que o feto é anencefálico, a realização do aborto terá que ser comprovada por ordem judicial para respaldo da instituição de saúde a fim de evitar possíveis ações judiciais futuras.

Os alvarás emitidos pela justiça são fruto de um processo dialógico que tem início na relação profissional de saúde-paciente. De posse da decisão familiar pela Interrupção Segura Gestacional, o profissional de saúde recorre ao juiz, em busca do veredicto oficial que, na maior parte dos casos, é consoante à solicitação clínica (pouquíssimos são os casos de quadro clínico fetal extremo em que há recusa judicial). Sob esse enfoque, os alvarás são a materialização de um processo argumentativo em que se consideram vários pontos de vista concernentes à questão. Como resultado, obtemos documentos que acreditam fundamentar moralmente a licitude do ato. Isto é possível, já que os alvarás correspondem ao instante da reflexão sobre a ação, ou seja, por ser um momento anterior à ação, os alvarás são a ponderação moral do aborto (Diniz, 1997).

Na área da ginecologia e obstetrícia, os hospitais públicos são portas abertas para atendimento obstétrico, por essa razão, existe uma peregrinação em atendimento. A mulher vítima de violência sexual chega ao hospital com o relato, em busca de aborto legal, porém os profissionais de saúde, regulados pela legislação e pela doutrina profissional, solicitam-lhe documento que comprove a gravidez, ou o hospital realiza também os exames sanguíneos e de imagem. Se for mesmo o aborto o que ela deseja, solicita-se a ela um parecer judicial, para que assim o profissional de saúde tenha um respaldo jurídico. Este é um dos inícios da peregrinação na atenção à saúde, pois a mulher terá que ir até um juiz de direito para julgar sua decisão, de acordo com a legislação, comprovando sua opção pelo aborto, para retornar ao hospital com a autorização.

Em razão de serem procedimentos jurídicos e médicos, os protocolos realizados na mulher no processo de aborto, na sua grande maioria, são invasivos, pois o que está em jogo é um corpo e as autorizações do que fazer com esse corpo, e não propriamente uma mulher: a obrigatoriedade de posição horizontalizada e manobras como curetagem, que significa introduzir uma mão no órgão genital e realizar a retirada de todo o conteúdo de sangramento de dentro do canal vaginal sem anestesia. Para os profissionais são procedimentos normais,

rotineiros. Há a curetagem, em que se realiza um bloqueio anestésico, sendo retirado todo o conteúdo de dentro do útero com pinça e um espéculo. É um procedimento muito doloroso que, além de utilizar medicação para acelerar o processo de aborto, não é uma expulsão natural, pode se constituir como uma experiência de violação do corpo, tanto pela definição ser médica e jurídica, quanto pela condição de ser invasivo.

No caso da violência sexual, alegar que não deseja levar a gravidez adiante não precisa de comprovação, basta dizer que foi vítima de violência sexual. Mesmo nesses casos é possível que a mulher seja questionada pelos profissionais de saúde, para respaldo legal, ou até por questões religiosas. Os profissionais solicitam que a mulher traga uma autorização de ordem judicial. Esse é o primeiro obstáculo que a mulher enfrenta. Ela terá que ir até um juiz pedir autorização para interrupção da gravidez, tanto a decorrente de violência sexual quanto a gestação de feto anencefálico. Na gravidez de feto anencefálico, há um processo diferenciado, pois, a mulher iniciou o pré-natal, fez exames de imagem e comprovou que não há desenvolvimento cerebral, o que a leva a optar pela interrupção (está previsto em lei o aborto por anencefalia). A partir dessa autorização judicial, a mulher volta à unidade de saúde para realização do aborto. Em outros casos, a mulher em situação de aborto espontâneo chega à unidade de saúde para ser atendida ou acolhida, mas muitas vezes alguns hospitais não dispõem de leitos suficientes para internar e leitos específicos para acolhimento de mulheres em abortamento, forçando a procura de outras unidades de saúde (hospitais). A presença ou ausência de condições para os procedimentos e a falta de recursos, fazem parte de um jogo considerado como relações de poder. São relações de poder porque regulam condutas e definem os modos de conduzi-las no interior das instituições. A própria forma de localizar as mulheres nesses espaços, bem como a de acessar esses espaços seguem um procedimento compreendido como forma protocolar.

O saber do profissional de saúde (NESP, 1998) referendou a prática do abortamento junto ao sistema judiciário, minimizando ou retirando impedimentos presentes quando a gravidez é decorrente de estupro, ou mesmo aborto resultante de anomalia fetal incompatível com a vida. Mas esses procedimentos que regulam o acesso à interrupção da gestação nos espaços hospitalares, conforme indicado anteriormente, produzem interrogações: por que há diferenciação em atendimento de mulheres em situação de aborto em termos de autorização ou não? Como essa situação se processa na rotina hospitalar? Quais são os usos contemporâneos do corpo da mulher pela medicina e justiça? Mesmo de acordo com as condutas preconizadas pelo movimento de humanização e as condutas intervencionistas, por que os profissionais de saúde envolvidos na assistência resistem em adotá-las em um atendimento humanizado?

Diante de tantas nuances, conflitos internos, pressões e dificuldades para lidar com o abortamento, fui levada a refletir sobre como a assistência ao aborto previsto em lei acontece nos equipamentos de saúde, seguindo os protocolos, fluxos e procedimentos que assegurariam justamente o que prevê a legislação.

Em razão disso, considerou-se a cartografia como possibilidade para descrever o cotidiano dos atendimentos e de internação de mulheres em processo de abortamento dentro do ambiente hospitalar, como modo de compreender essas formas de regulação das condutas nos espaços hospitalares.

### 1.1.1 Algumas considerações cartográficas para seguir o percurso

A cartografia propõe um direcionamento para compreensão e acompanhamento de processos. Traçar um percurso cartográfico significa seguir diferentes elementos que vão compondo um campo de pesquisa. No caso desta dissertação, percorreu-se primeiro aquilo que podemos nomear de campo da produção de interrogações: experiência profissional, algumas questões de políticas públicas, conceitos teóricos, problemáticas discutidas no âmbito da ciência, como pode ser acompanhado neste capítulo. Esses elementos foram tomando forma e serão apresentados no próximo capítulo. Seguindo essas orientações cartográficas, acompanhou-se os processos no interior do equipamento de saúde, a partir de uma experiência da própria pesquisadora. Esse acompanhamento focalizou o olhar nos procedimentos e fluxos padronizados na rotina como forma de atenção à saúde, e será descrito em capítulo posterior. São práticas comuns ao sistema de saúde, pois se apoiam em protocolos que orientam todo o sistema, a partir do campo de conhecimento que as sustentam: políticas públicas e normativas das profissões da área de saúde.

Nesta pesquisa, temos como enfoque a perspectiva pós-estruturalista, utilizando conceitos de Michel Foucault para discutir sobre relações de poder e tecnologias que regem e controlam a vida das mulheres. A cartografia, como método de pesquisa, permite descrever os procedimentos obstétricos de interrupção da gestação em hospitais, a fim de compreender as relações de poder desses procedimentos e suas práticas. Em razão disso, o foco da pesquisa está nas práticas desenvolvidas nos equipamentos de saúde que atendem mulheres em situação de abortamento. Por práticas, nessa perspectiva teórica, entendem-se os diferentes protocolos executados de atendimento à mulher. Portanto, percorrer as práticas é considerar as tecnologias/estratégias em saúde e as verdades que atualizam os modos como essas tecnologias/estratégias governam e regulam os corpos das mulheres.

Esse percurso cartográfico apoia-se na compreensão de que o conhecimento deve ser localizado, porque as experiências, mesmo protocolares, acontecem em um corpo, em uma vida, que é mais ampla que o procedimento. Especificamente nesta dissertação, isso implica voltar-se para um modo de produção de conhecimento que permita a abertura de linhas invisíveis que provoquem outras formas de narrar e objetivar os processos de abortamento, de modo a efetivamente responder a ele com uma assistência humanizada. A discussão sobre a desnaturalização permite que se faça uma reflexão sobre o direito ao corpo e a uma assistência direcionada ao aborto, o direito à escolha, sendo impossível ignorar as questões em relação ao corpo feminino em todo o processo. Para Foucault (2003), não existe o poder além do ato de exercer poder, constituindo-se apenas como relação. Sendo assim, o poder circula entre todos os indivíduos, haja vista que não se pode conceber um sujeito apartado de relações de poder.

De acordo com Deleuze e Guattari (2011), a cartografia é útil para descrever processos, mais do que estados das coisas. Salienta-se o termo processo e a possibilidade de a cartografia contribuir para as pesquisas que se propõem ao acompanhamento de processualidade.

Segundo Passos, Kastrup e Escóssia (2009), a cartografia como método de pesquisa-intervenção é baseada na contribuição da análise institucional e discute a indissociabilidade entre o conhecimento e a transformação, tanto da realidade quanto do pesquisador. Assim, acredito que esse método de pesquisa possa ser relevante, considerando o movimento em descrever os procedimentos realizados pelas equipes de saúde nos processos de abortamento.

Nessa perspectiva metodológica, o pesquisador está envolto no processo, e o método se constrói a partir do objeto. Enquanto se percorre o campo, é possível acompanhar os procedimentos que atualizam a forma como os discursos circulam e governam os corpos em situação de abortamento por meio das práticas de atenção à saúde das mulheres.

As repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser compreendidas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações físicas imediatas como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, somam-se aos transtornos subjetivos, vivenciando-se o ônus de uma escolha inegavelmente difícil, em um contexto de culpabilização e de penalização do abortamento (Brasil, 2011).

O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (*metá-hódos*), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas.



Considerando o processo de abortamento um momento diferenciado, tanto pelos discursos, políticas e rotinas, quanto pela minha experiência como enfermeira, creio que foi importante minha aproximação como pesquisadora da temática pesquisada para as possibilidades de acompanhar o cotidiano de trabalho. Para pensar os discursos sobre o abortamento, busquei investigar, de modo mais específico, como eles têm se criado e circulado no âmbito das políticas públicas, independentemente de o abortamento ter sido provocado ou espontâneo. Em relação às formas de atualização desses discursos, serão abordados, no segundo capítulo mais objetivamente, diferentes procedimentos desenvolvidos no interior dos equipamentos de saúde, para acompanhá-los como práticas de controle e regulação de corpos e vidas, entendendo com isso que a cartografia se dá desde o início do processo de investigação, mas segue diferentes percursos.

Cartografar, nesta pesquisa, significou acompanhar a organização do campo da saúde onde a mulher em abortamento se encontra. Neste primeiro capítulo o acompanhamento foi de elementos iniciais que começam a aparecer como rastros que apoiam as formas de interrupção da gestação, sobretudo em termos de indagações feitas pela experiência como profissional da saúde. A partir dessa trajetória inicial, a cartografia passa a percorrer de forma mais detalhada, por isso um percurso no interior do estabelecimento hospitalar, descrevendo os itinerários que a mulher faz no campo da saúde para a interrupção da gravidez que, até agora, foram apenas indicados. Esse prosseguimento da trajetória que a mulher faz dentro do espaço hospitalar compreende desde sua recepção, passando pela equipe de saúde, até sua alta hospitalar.

Em se tratando de interrupção, de acordo com a legislação, há três portas de entrada para a mulher no ambiente hospitalar: violência sexual; má-formação fetal; abortamento espontâneo. A mulher pode procurar o serviço hospitalar acometida por violência sexual, ou já em processo de abortamento espontâneo. Essas duas situações são distintas da má-formação fetal, pois esta última, em razão do pré-natal, é possível de ser planejada com a equipe hospitalar. Porém, o que a literatura considera é que mesmo que a mulher busque, apoiada na legislação, a interrupção da gravidez no hospital, ela rompe com as normas hegemônicas de gênero e, nesse sentido, desafia relações de poder já construídas em termos de autonomia de decisões e escolhas. Ao mesmo tempo em que desafia esse poder, reconhece-o como soberano, pois é somente se submetendo a ele que ela poderá realizar o abortamento. O aborto, seja ele legal ou não, foge à regra do gênero, perturba e faz com que a mulher seja punida – se não pela lei penal, pela soberania do patriarcado (Zanello, 2016).

A necessidade de acompanhar esses processos que permitem a organização das formas de regulação da interrupção da gravidez no hospital, se dá por causa das diferentes formas que

os protocolos são desenvolvidos, no sentido de relações de poder e atualizações de discurso. O procedimento de aborto é indicado em situações que seguem as normativas jurídicas e médicas. Essas normativas jurídicas/médicas articulam-se, no interior dos hospitais, com os protocolos que devem ser seguidos. Ambas dimensões – jurídica e hospitalar – implicam a necessidade de um conhecimento prévio, tanto teórico quanto prático, sobre os procedimentos de abortamento legal, ou seja, o que é permitido e o que não é e como operacionalizá-lo. Isso se constitui como um mecanismo de poder que normaliza os processos de atenção à saúde, a partir da homogeneização dos procedimentos em que o que está em jogo é, sobretudo, o corpo, e não propriamente a mulher em termos de necessidades de saúde.

Como a referência é um corpo e sua relação com a possibilidades de interrupção de gestação, o processo de aborto, em termos fisiológicos e sintomatológicos, inicia com um sangramento vaginal e dor no baixo ventre, considerada como uma cólica. Nesse período, é realizado um exame chamado ultrassonografia para estimar dados como peso e idade gestacional, para então definir a conduta de assistência a ser realizada. Esse processo fisiológico e sintomatológico pode se dar de forma espontânea ou induzida, de acordo com as condições da gestação ou das decisões sobre sua interrupção.

Quando não se trata de um processo espontâneo do corpo, a indução é feita, por exemplo, com o uso de uma medicação para iniciar o processo de aborto. Essa medicação é de uso comum e parte do protocolo. Popularmente, é conhecida como Citotec, mas o nome genérico é Misoprostol – um análogo sintético efetivo no tratamento e prevenção da úlcera gástrica induzida por anti-inflamatórios não hormonais, o qual tem utilidade em obstetrícia, pois dispõe de ação útero-tônica e de amolecimento do colo uterino, facilitando o processo de abortamento. Essa medicação é utilizada no início do processo de aborto. A medicação é utilizada como forma de preparo do colo uterino até expulsão fetal. O preparo do colo uterino antes do aborto cirúrgico, com os medicamentos, é importante para evitar as complicações, como hemorragias, e para facilitar o procedimento para os profissionais. Mas, é importante apontar que mesmo em se tratando de um uso regular, como método de primeira escolha por praticidade, a literatura da saúde, com base nos códigos de ética dos profissionais de saúde, recomendam que não se realize a aplicação dessa medicação.

Em razão dessas e outras práticas não regulamentadas, a Organização Mundial de Saúde, em 2013, desenvolveu o Manual de Abortamento Seguro que se trata de uma orientação técnica de políticas para sistemas de saúde, com o objetivo de padronizar as condutas a serem adotadas pelas redes de saúde. Esse Manual orienta e normatiza as condutas para que se determine adequadamente, por exemplo, a idade gestacional em que a mulher se encontra, pois

esta é determinante das possibilidades ou não de interrupção da gestação; o tempo que deve ser levado para um diagnóstico de aborto; o uso profilático de antibióticos; a orientação após abortamento, pois evita complicações em futuras gestações e até mesmo ocorrências fatais, principalmente em mulheres que sofrem abortos espontâneos consecutivos.

A regulação dessas condutas pré e pós-interrupção são consideradas também importantes, pois, por exemplo, as mulheres devem ser orientadas a procurar profissionais de saúde especializados em estudo de genética para compreender melhor as causas dos abortamentos consecutivos, quando no caso de abortamento espontâneos. Já em situação de mulheres vítimas de violência sexual, o acompanhamento persistirá por meio do encaminhamento de exames para detecção de outras doenças sexualmente transmissíveis, para continuar a acessar ao tratamento de doenças que possam aparecer subsequentemente à violência sexual.

Na assistência à saúde voltada ao atendimento oferecido a mulheres que estão em momento de fragilidade, como o abortamento, tanto aquelas que chegam ao hospital em aborto espontâneo quanto as com ordem judicial, ao serem atendidas pelos profissionais, tornam-se mais um número para a estatística, mais um corpo no qual intervir. Para Foucault (1981), o corpo terá diferentes valores, dependendo de quem o olha e do lugar de onde ele é olhado. O corpo não tem um valor em si mesmo, mas um valor dependente do lugar que ele ocupa e do modo como passa a ser regulado.

### 1.1.2 Conceitos e discussões teóricas

Na discussão sobre formas de regulação de corpos em nossa sociedade, as performances dos corpos acabam encontrando-se com as performances de gênero quando se trata, por exemplo, de corpos de mulheres. O conceito de gênero torna-se, assim, categoria de análise quando se considera a construção social das diferenças sexuais e seus modos de regulação. De acordo com Villela (2006), a abordagem de gênero na saúde implica o esforço de compreensão das ideias de feminilidade e masculinidade que permeiam as práticas sociais e que definem comportamentos, sentimentos e interações humanas com possibilidade de intervenções mais efetivas sobre a saúde.

O conceito de gênero é uma estratégia para colocar em análise o modo como as práticas, neste caso em saúde, apoiam-se, sobretudo, em uma racionalidade biológica. Gênero viria, assim, para apontar que a perspectiva de corpo é efeito de um conjunto de práticas que distinguem as categorias sociais com base na naturalização do corpo biológico. Isso implica

considerar que o conceito de gênero problematiza a própria gramática que estabelece que há corpos anatómicos de homem e de mulher e seus correlatos de gênero, em termos de feminino e masculino. Em razão disso, a perspectiva de gênero aponta que tanto a anatomia, quanto o próprio gênero, são construções sociais que além de definirem quem somos, estabelecem lugares e relações. Sendo assim, as próprias práticas em saúde definem os corpos e os modos de intervir sobre esses corpos de modo a naturalizar esses binarismos que têm impacto nas estratégias de atenção à saúde que pode ser considerada nos processos de abortamento, a partir do foco específico na mulher.

A relação entre igualdade e diversidade que forma a política de atenção à saúde é equacionada no momento em que se consideram mulheres e homens iguais perante seus direitos, ao mesmo tempo em que se exige respeito à pluralidade e à diversidade cultural, étnica, racial, geracional e de orientação sexual.

O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) tem como objetivo contribuir para a consolidação da cidadania, da igualdade e da equidade de gênero. Para tanto, parte da premissa de que a busca pela igualdade e o enfrentamento das desigualdades de gênero podem transformar as relações desiguais de poder. O discurso das políticas públicas apresenta as mulheres como “sujeitos políticos e de direitos” e recomenda a articulação entre Estado e movimentos sociais como forma de consolidar essa condição por meio da participação popular e do controle social (Brasil, 2006). Isso faz com que o gênero passe a ser considerado nas práticas em saúde tanto no sentido das formas de acesso aos serviços, quanto nas especificidades dos processos de saúde-adoecimento. Isso implica considerar as questões de gênero dentro das relações de poder e verdade, e dos distintos modos com que essas relações podem ser experimentadas como violências que se tornam naturalizadas pelos próprios protocolos normatizados. De acordo com Foucault (1972), entende-se a verdade e o poder como elementos constitutivos da realidade social que inclui a forma pela qual o sujeito participa de sua elaboração.

O Atendimento à saúde em que relacionam os protocolos, quando experimentados como violências regulamentadas, ocasionam queixas frequentes nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e raramente são reconhecidos e abordados como tal, justamente porque fazem parte das relações de poder e verdade. Nos serviços de emergência, a violência conjugal é a maior causa de lesão corporal, sobrepondo-se a acidentes de trânsito; porém, as dimensões que acompanham esse sofrimento marcado no corpo não são consideradas nas condutas médicas, na medida em que essas são formas de relações de poder e verdade (Stark & Flitcraft, 1996).

O trabalho médico, como apontou D'Oliveira (1996), devido ao seu aparato conceitual e técnico, reduz o problema da violência à uma questão do corpo individual, e o mesmo diagnóstico e conduta serão prescritos tanto à mulher que sofreu uma fratura por acidente de automóvel, quanto àquela que apresentou uma fratura por espancamento; os dois corpos assim tratados retornarão à mesma vida social em que se feriram.

A especialização do saber e das práticas tende a facilitar o distanciamento dos profissionais de saúde em relação aos usuários do serviço, que passam a ser vistos não como seres humanos, mas como um conjunto de células, órgãos e noções fisiológicas, desconectados de sua classe social, etnia, raça e gênero (Aragaki & Spink, 2009). A preocupação com a formação em saúde tem impulsionado processos de mudança curricular na educação de saúde, propondo-se a formação de profissionais capazes de prestar atenção integral e humanizada às pessoas e que saibam tomar decisões considerando o contexto em que vivem os pacientes, as medidas mais eficazes e os recursos disponíveis (Feuerwerker, 2002).

Foucault (1995) faz uma distinção entre poder e violência. Para ele, a violência age diretamente sobre um corpo e utiliza a força, a submissão, a coação e até a destruição como formas de ação. Ao contrário do poder, a violência anula as possibilidades de ação e, por esta razão, não pode ser tomada como princípio fundamental ou base para ele. Isto porque, ainda conforme o filósofo, uma condição importante para o exercício do poder é a liberdade do sujeito que sofre sua ação – não há, por exemplo, relação de poder na escravidão, porque as possibilidades se saturam; é apenas uma relação de coação física. No caso dos procedimentos de abortamento, como entra em jogo as próprias escolhas das mulheres em fazê-lo ou não, se considera que há, assim, um jogo de relações de poder e não formas de violência em si mesmas. A violência apareceria como um efeito das próprias relações de poder, ou seja, a experiência que o sujeito faz de si e de seu próprio corpo a partir de certos procedimentos que o regulam e o controlam.

Segundo Foucault (1972), a verdade está ligada às relações de regularidade que produzem as nossas leis e justificam as nossas ações, não existindo conceito de verdade se não há conceito de poder. A verdade pode, então, ser compreendida como um conjunto de regras que apoiam e justificam os procedimentos de controle e regulação de procedimentos regulados e justificados, sendo ela também factual, pois é constituída a partir da ação do sujeito, na dinâmica das realidades sociais, cabendo às sociedades o julgamento daquilo que é verdade e do que é falso, do que é moral e imoral, ético e antiético (Vieira & Brito, 2015). Nesse sentido, as relações que envolvem os protocolos como instrumentos norteadores para basear o atendimento à mulher são consideradas como um jogo de poder e verdade que permite

legitimidade decisória ao profissional de saúde, a partir de documento que o profissional de saúde solicita para respaldo judicial, ou seja, trata-se de uma forma de regulação que estabelece lugares e autoridades.

Um exemplo sobre essas questões pode ser o fato de que no ambiente hospitalar, após abertura da ficha, a mulher terá que levar a ficha impressa de atendimento ao setor de maternidade e centro obstétrico. Ao chegar no centro obstétrico, terá que depositar a ficha em um suporte de acrílico do tipo porta-papéis, na porta de um consultório, com a identificação na placa de classificação de risco. Ali terá seu primeiro contato com profissional de saúde, passando pelo atendimento inicial com classificação de risco, conforme implantado em unidade hospitalar. Essa triagem da classificação de risco tem duração de cinco minutos pelo protocolo do Ministério da Saúde. As perguntas feitas pelo profissional de saúde são objetivas, requerendo informações sobre queixas, alergias e movimentos fetais. São verificados os sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória).

A mulher em atendimento não pode prolongar as respostas, pois o tempo é cronometrado pelo sistema de classificação de risco. No momento em que ela chega, o profissional de saúde aciona o relógio no computador, marcando o início do atendimento; também o término será registrado no sistema de ficha online de atendimento. Também são realizados alguns procedimentos, como ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), quando há necessidade. Ou seja, a mulher, mais especialmente seu corpo, segue uma trajetória semelhante a uma linha de montagem. Os protocolos permitem que este corpo siga um percurso definido, sem que dimensões mais singulares entrem no jogo. As relações de poder se fazem justamente por essas estratégias protocolares, focadas no corpo e nos caminhos que esse corpo deve seguir dentro de uma estrutura arquitetônica e organizacional. Não são os sentimentos, afetos, medos que entram no jogo, mas o preenchimento de fichas, de autorizações, de exames clínicos que em si mesmo não são violências, mas que subsomem a mulher nesses trajetos e biologização do corpo.

Para Arendt (2009), o poder surge a partir da ação e da fala em consenso de um grupo e, portanto, é um fim em si mesmo; existe “entre” os homens e não é um bem material ou um atributo, não podendo ser acumulado. A autora considera que a violência não é uma simples exacerbação do poder. Os dois conceitos distinguem-se teoricamente, mas relacionam-se na prática. Como instrumento para alcançar determinado fim, a violência não pode ser a essência nem o fundamento do poder.

As relações de poder podem ser compreendidas, justamente, nos elementos micropolíticas das trajetórias dos corpos. Aqui se considera as descrições das minúcias das trajetórias como micropolíticas das relações de poder: por exemplo, quando a paciente senta

em uma cadeira muitas vezes desconfortável, como em todo órgão público, em uma sala de enfermagem. A sala é dividida com o posto de enfermagem, separada por uma divisória sanfonada, o que permite com que a mulher escute a equipe conversando, às vezes expondo o atendimento que deveria ser reservado. Após esse primeiro procedimento, a mulher retorna ao local onde aguardava inicialmente o atendimento em uma recepção com cadeiras de longarinas, uma televisão, um banner informativo e folhas de papel A4 contendo algum tipo de informação sobre o hospital. Há um banheiro unissex; o piso é amarelo e as paredes são verdes, pois a unidade hospitalar pintou o interior do hospital da cor do *slogan* da instituição. Na verdade, o local da recepção do setor onde se aguarda o atendimento médico tem acesso a outras unidades de cuidados (setores), com fluxo de funcionários, acompanhantes e pacientes internados com outras patologias não relacionadas ao aborto, o que afeta a privacidade da mulher enquanto aguarda atendimento médico. São relações de poder porque se tratam de procedimentos que estabelecem e regulam os procedimentos. Essa regulação permite um controle dos corpos, tanto da mulher, quanto da própria equipe e naturalizam elementos como parte do cotidiano: exposições de conversas, de consultas, entre outros elementos que se fazem presentes nessas rotinas.

Conforme Arendt (2009), o poder nunca emerge do cano de uma arma, ou seja, ele nunca emerge de um ato violento, ainda que a violência possa ser usada como recurso para a manutenção do poder. Quando isso acontece, a violência pode manter os postos de poder por algum tempo, mas termina por minar a fonte de geração desse poder – a comunicação entre os sujeitos –, enfraquecendo-o. A relação acaba por ser proporcionalmente inversa: quanto mais violência, menos poder. O conceito de poder de Arendt (2009), desse modo, ajuda a pensar sobre a medicina e a sustentação de sua autoridade sobre os sujeitos.

O poder nos auxilia a compreender “como” este se exerce nas relações cotidianas, ou seja, na microfísica do poder. Foucault (2008) aponta que o poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e se exerce por meio das relações de poder que penetram nas camadas mais finas e íntimas da sociedade, tratando de ocupar todos os espaços, em táticas cada vez mais locais e individualizadas, controlando e gerindo a vida dos homens, ocupando-os com o trabalho. Este lhes confere utilidade econômica e poder de compra para o capitalismo, tornando-os cada vez mais dóceis e domesticáveis politicamente, diminuindo cada vez mais sua força de luta política, criando técnicas, mecanismos de controle sobre os homens e sobre os corpos dos homens.

De acordo com Schraiber, D’Oliveira, Franca-Junior e Pinhoraiber (2002), a obediência do paciente à autoridade médica fundamenta-se na confiança que se estabelece na relação entre

ambos, ou seja, em uma relação de reciprocidade que se apoia em relações de poder e verdade. Pode-se dizer que existem relações desiguais em termos de capilaridades do poder que marcam a interação médico-paciente, e sabemos que a desigualdade pode ser transformada em violência de gênero quando o paciente é mulher, a ter anulados os seus direitos sexuais e reprodutivos (Aguiar, 2013).

Sabe-se que a maior parte dos serviços de saúde não está preparada para atender as mulheres em abortamento vítimas de violência sexual à procura do acesso ao aborto legal. Atualmente, a lei não exige boletim de ocorrência nem laudo de perícia para a realização do aborto legal; no entanto, eles são habitualmente exigidos nos serviços médicos, como foi dito, para que haja um respaldo legalmente jurídico. Este fato é condizente com o temor dos médicos de serem acusados pela justiça de estarem interrompendo uma gestação que na realidade não foi resultado de estupro. Esse medo não é justificado, porque, caso o médico seja induzido a erro ao indicar aborto legal, justificado pelas circunstâncias, estará caracterizada a Discriminante Putativa prevista no artigo 20, Parágrafo 1o do Código Penal, em que o médico ficará isento de pena.

Esses jogos de poder se fazem presentes como lutas cotidianas. Essas lutas cotidianas, são entendidas aqui, por exemplo, tanto por meio daquilo que as equipes precisam assegurar-se para executar certos procedimentos, quanto os itinerários que as mulheres têm que fazer dentro desses jogos que envolvem justiça, orientações técnicas, organização hospitalar. É possível entender essas formas dos processos de abortamento, por meio das relações de poder em situações como quando após, a confirmação de que a mulher será internada para a interrupção da gravidez, as equipes de saúde começam a preparar o leito.

A primeira barreira que a mulher em processo de abortamento enfrenta é a da disponibilidade de leito. Um leito isolado, com privacidade e afastado dos demais quartos é muito difícil. Como se trata de uma maternidade, há outras mulheres internadas em trabalho de parto, gestantes em tratamento clínico e puérperas (mulheres pós-parto com seus bebês). Caso não haja vaga em leito isolado para a mulher em abortamento, ela terá que dividir o quarto (enfermaria) com outras mulheres. O quarto possui três camas; tem banheiro com um vaso sanitário, pia e chuveiro elétrico. Os acompanhantes das mulheres poderão permanecer junto a elas e repousar em cadeiras de fios. Ao lado de cada cama hospitalar, fica um armário individual com mesinha de apoio. Os quartos são lugares quentes e abafados, com pouca ventilação, e o hospital não disponibiliza ventilador, nem aparelho de ar-condicionado. Em época de calor intenso, é quase impossível ficar em um quarto. Para amenizar o calor, o hospital autoriza a mulher a trazer um ventilador para seu uso, registrando a marca e a cor do aparelho. Desse



modo, os protocolos que envolvem o processo permitem que esses eventos cotidianos sejam naturais, parte da organização e que em si mesmos não teriam efeitos nas formas como essas mulheres se sentem, são apenas rotinas.

Portanto, mesmo que para Chauí (1985) a violência seja a transformação de uma diferença em desigualdade, em uma relação hierárquica com o objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro, na qual está em questão tornar o outro um objeto de ação, impedido de sua autonomia, comunicação e ação livre, as rotinas hospitalares, em casos de abortamentos, são naturalizadas de modo a não evocarem violências em si mesmas, já que há escolhas e liberdades que entram nesses jogos.

As relações de poder sustentam a possibilidade de certas condutas profissionais em termos de ato ou omissão feito tanto publicamente, quanto privadamente, tornam-se partes das rotinas e procedimentos. Essas condutas referem-se aos diferentes modos de apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, mas que encontram subsídios em termos de relações com a verdade na própria organização dos protocolos e procedimentos hospitalares que focalizam corpos e ações sobre esses corpos e não propriamente sujeitos. A violência pode ser considerada em termos de experiências dos sujeitos quando expressa desde um tratamento desumano, até abuso da medicalização durante o atendimento, porém, estes estão, como dito, dentro dos jogos de poder, são possíveis e regulamentados por eles. Mesmo que se considere como violência, pois levam a mulher à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre o seu próprio corpo, impactando negativamente na qualidade de vida de mulheres. A violência implica a própria anulação das possibilidades de ação, utilizando-se da força, da coação ou mesmo da destruição.

Violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. No exercício da função patriarcal, os homens têm a autoridade de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização, ou tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio (Saffioti, 2001). A violência verbal é ainda mais cruel e provoca na mulher o sentimento de inferioridade, humilhação, perda de integridade e dignidade, ferindo o momento do aborto e marcando-o negativamente na situação em que ela se encontra.

Foucault (2008), porém, ressalta que onde há poder, não há violência, já que existe um jogo possível em razão das liberdades. O poder, assim, é uma forma de ação sobre a ação dos outros e sustenta que o seu exercício se dá por meio das inter-relações. Segundo o autor, para que uma relação de poder exista, é indispensável que o sujeito sobre cuja ação o poder se exerce seja reconhecido como um sujeito de ação e que, dessa forma, diante da relação de poder, haja

sempre um campo de possibilidades para ações, respostas, reações, efeitos e invenções, ou seja, a mulher em processo de abortamento entra nesse jogo como sujeito de ação, pois chega ao hospital, recorre à justiça, escolhe quando possível, pela interrupção.

Foucault (1995) considera que as relações de poder são da ordem da governabilidade. Governar pode ser entendido como estruturar a ação dos outros; conduzir a conduta dos indivíduos ou grupos enquanto sujeitos de ação livres. No âmbito das práticas de saúde, o poder é exercido em uma relação hierárquica por definição, a relação profissional/paciente. No topo dessa hierarquia, está o médico como aquele que detém a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo, ou seja, é o *expert* no organograma da saúde. Tal autoridade legitimamente é entendida somente nesse plano – técnico-científico – uma vez que, no plano moral, ambos os sujeitos, profissional e paciente, encontram-se em situação de igualdade (Aguilar, 2013).

Foucault, em sua análise da medicina, a tem como uma prática discursiva condicionada às relações de saber-poder. O autor destacou que o discurso direcionado à patologia que desconsidera o padecimento do doente é absolutamente consonante com a objetividade e cientificidade da época. Ou seja, a objetivação da doença exclui o sujeito enfermo. O foco passa a ser o sintoma, como no caso desta dissertação, a expulsão do feto, e não a dimensão subjetiva que envolve a experiência desse processo. Isso imunizaria a relação direta entre o médico e o paciente, e o distanciamento passa a ser a condição de possibilidade de intervenção, já que “o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre: a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (Foucault, 2004, p. 7).

A configuração do profissional de saúde habilitado e a tomada da palavra como poder dão substância à prática discursiva. Foucault (2004) relata que o hospital e o laboratório são lugares institucionais onde práticas de poder são legitimadas, pois desempenham este papel de “lugar de um discurso” e, desse modo, autorizam uma determinada prática de poder. Para Foucault (2003), o poder médico é aceito porque produz positivities, resolve problemas médicos, possui certa eficácia curativa, permite prolongar a vida, mesmo que signifique tolerar a interferência desta rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza o espaço, introduz reformas na vida cotidiana (normas claras nas intervenções higienistas). Nesta perspectiva, o médico assume um papel ativo como aquele que, secundarizando a experiência da mulher sobre seu corpo, conduz e controla toda a assistência prestada em nível médico, sua duração, seu tipo.

Essa problemática ligada à saúde da mulher motivou a realização deste estudo, que tem como objetivo compreender as formas de regulação da interrupção da gravidez, a partir da problematização das práticas nos serviços de saúde. Esse interesse decorre de minha prática como profissional de saúde, com foco nos cuidados oferecidos a essas mulheres.

Ao descrever o ambiente hospitalar em que as paredes são pintadas de verde; os pisos são antigos, porém limpos, as portas são de madeira de cor clara; as janelas de vidro são antigas, se intenta descrever não apenas os procedimentos em si, mas situá-los onde acontecem, pois, a organização arquitetônica também compõe as peças das estratégias de poder. Dessa forma, indica-se que o ambiente não é novo, mas podemos dizer que é confortável; ou que quando a mulher é internada, a equipe de enfermagem oferece um pijama, ou melhor, um avental hospitalar para ela vestir e um lençol para cobrir-se, compõe essas cenas nas quais as relações de poder acontecem. A organização arquitetônica dos hospitais em si mesma parte das estratégias de poder, assim como os procedimentos de rotina, ou seja, de governamentalidade. Essa dimensão arquitetônica e organizacional, em termos de governamentalidade vai desde o fato de que a vigilância de epidemiologia hospitalar não permitir que a mulher permaneça com as roupas trazidas de casa, por uma questão de controle de infecção hospitalar; até o fato de, por exemplo, a enfermeira responsável pelo plantão passar algumas informações, como os horários de visita, o que os familiares têm permissão para trazer e os horários de alimentação para os acompanhantes; passando por a questão de que após a instalação no quarto, todas as informações serão registradas no prontuário da mulher em processo de abortamento.

Ao internar, a mulher fica aos cuidados dos profissionais de saúde. Os procedimentos de cuidado, durante a internação, são feitos com ou sem a permissão da mulher. São procedimentos padrão realizados em um corpo, em que não se for levado em conta e nem consideram as condições de fragilidade dessa mulher do momento. Tendo em vista os protocolos e as rotinas hospitalares, os profissionais de saúde muitas vezes não se atentam para, por exemplo, as palavras que são ditas a essa mulher durante o próprio procedimento, como se houvesse uma separação entre a mulher e seu próprio corpo. Essa separação entre o corpo, e o modo de percebê-lo, é efeito de um conjunto de estratégias de poder que se exercem sobre o próprio corpo dos indivíduos (Foucault, 2003).



Como escrito, a partir de agora serão descritas as práticas no interior do hospital, de forma mais minuciosa, para seguir as propostas do objetivo de pesquisa. Em razão disso, se seguirá o itinerário das mulheres e os elementos com os quais eles são encontrados desde o momento de ingresso na instituição hospitalar. Isso envolve descrições arquitetônicas, trajetos entre justiça e rede de saúde, políticas públicas, legislação que permite os procedimentos, os formulários e fluxos da rotina hospitalar. Mas é importante apontar, conforme escrito inicialmente, que uma das questões que motivou a pesquisa foram as discussões sobre violência obstétrica, portanto, partir-se-á dessas questões iniciais para depois amarrar com as formas que as interrupções de gestação assumem em termos de protocolos que se constituem por meio de relações de poder e não propriamente de violência.

## **2.1 Violência Obstétrica**

“Praticar o desrespeito e abuso durante o pré-natal e parto são violações dos direitos humanos básicos das mulheres” (Silva, 2014). Com essa afirmação, situa-se que toda mulher tem o direito legal de autonomia, devendo ser tratada com respeito e dignidade. De sua parte, os profissionais de saúde devem prestar um cuidado integral durante toda a assistência ao abortamento.

Pela literatura, a violência física e a violação do direito à informação e autonomia podem ser percebidas na realização de intervenções e práticas consideradas prejudiciais cientificamente, sem autorização da mulher ou autorizadas mediante informações distorcidas e incompletas como, por exemplo, mentir para a paciente sobre sua dilatação e a vitalidade fetal, apresentar motivos considerados improcedentes para indicação de cesariana por interesses pessoais, como circular de cordão cervical, bacia materna estreita, macrossomia fetal, entre outros, em que está em jogo a omissão de fatos que envolvam seu corpo. A discriminação imposta pelos profissionais de saúde a mulheres nessa situação, por razões culturais, legais, religiosas e socioeconômicas, é uma das causas que têm contribuído com aquilo que se entende por violência no funcionamento do serviço (Costa, Silva, Rodrigues & Trigueiro, 2009).

Interrogar sobre a violência obstétrica vem do fato de que o aborto deveria ser algo em que prevalecesse a autorização da mulher sobre os procedimentos realizados e a autonomia sobre seu corpo. Cada vez que ele se torna uma experiência traumática, acentua um momento de vulnerabilidade da mulher, uma vez que é vítima de um conjunto de ações e não tem conhecimento delas, pois associa a violência obstétrica à uma agressão como qualquer outra, entendendo que os profissionais estão desempenhando seu papel da forma correta; sendo assim,

existem poucas denúncias em relação a esse tipo de violência. Vale ressaltar a importância de os profissionais repensarem suas práticas para que suas opiniões pessoais não influenciem a garantia do atendimento humanizado às mulheres (Colas, Aquino & Mattar, 2007).

A violência verbal é expressa como negligência na assistência, discriminação social, tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos ou humilhação intencional diferente. A violência física é descrita como a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada, amarração das pernas, cortes desnecessários ou restrição ao leito, sem direitos de locomoção.

A violência obstétrica pode caracterizar-se, ainda, pela prática de comentários constrangedores à mulher a fim de ofender, humilhar ou falar mal dela ou de sua família. Negligência no atendimento e agendamento de procedimento, tais como curetagem, Amil e extração a vácuo para acelerar o processo de aborto, sem recomendação baseada em evidências científicas, atendendo aos interesses e conveniência do médico, também são considerados atos de violência obstétrica (Brasil, 2005) A violência obstétrica caracteriza-se pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde mediante tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o corpo e sexualidade, assim impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (Brasil, 2005).

Violência obstétrica é qualquer ato ou intervenção direcionada à mulher, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. Essas práticas têm sido recorrentes na atenção destinada à mulher durante o processo de aborto e também no trabalho de parto ou puerpério, envolvendo questões sociais, como de gênero, de raça, de classe e institucionais (Vieira, 2011).

Acrescentam Rodrigues, Alves, Penna, Pereira, Branco e Souza (2017) que a peregrinação das mulheres em busca de assistência pré-natal, expressa pelas dificuldades de acesso a maternidades e assistência adequada, é ponto gerador de estresse e sentimento de humilhação, motivo pelo qual se caracteriza como outra forma de violência obstétrica. Além disso, a falta de recursos materiais e humanos que leva a um longo tempo de espera para atendimento, ou mesmo os atendimentos negligentes e de baixa qualidade também são considerados violência obstétrica.

As expressões rudes que surgem nas equipes de saúde, marcadas pela sobrecarga de trabalho, tais como “somos mal pagos”, “estou muito ocupado”, “essa mulher não me deixa em

paz”, “não tolero mais esse serviço”, são consideradas formas desrespeitosas de lidar com o cliente, motivo pelo qual são taxadas como violência verbal na assistência ao parto.

A literatura aponta que a violência, ao contrário de poder em Foucault (2008), remete a qualquer ato agressivo que pode se manifestar de forma física, sexual, psicológica, por negligência e/ou privação (Silva, 2005). De modo complementar, a violência também pode ser entendida como a utilização da força ou do poder contra si mesmo ou contra outro indivíduo, grupo ou comunidade, tendo a possibilidade de resultar ou resultando em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Sacramento & Rezende, 2006).

Uma forma de combate à prática de violência obstétrica seria pelo provimento de uma assistência de qualidade, destinada à mulher durante todo o processo de vida. Essa assistência deveria envolver diversos aspectos que poderiam ser benéficos às mulheres e aos profissionais de saúde como compromisso, empatia, respeito e escuta ativa. Dessa forma, a mulher seria vista como ser biopsicossocial, com modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, não devendo ser restrita apenas a aspectos biológicos (Brasil, 2011), de modo a se estabelecer um modo de condução da conduta em termos éticos.

A violência de gênero produz-se e reproduz-se nas relações de poder em que se entrelaçam as categorias de gênero, classe, raça e etnia. A partir de 1990, com o desenvolvimento dos estudos de gênero, de acordo com os autores Saffioti e Almeida (1995), passou-se a utilizar “violência de gênero” como um conceito mais amplo do que “violência contra a mulher”. O conceito de violência de gênero abrange não apenas as mulheres, mas também crianças e adolescentes, objeto da violência masculina que, no Brasil, é constitutiva das relações de gênero.

Quando falo em preparar a mulher para internação estimamos um período na unidade hospitalar entre dois a sete dias, pois dependerá do tempo para o abortamento. Em razão desse tempo, que pode prolongar-se, o hospital e a unidade de internação tornam-se para essa mulher um lugar doloroso. É doloroso em razão da própria espera para finalização do processo, mas também porque a internação ocorre nas maternidades, aonde outras mulheres estão para ter bebês. As mulheres em situação de parto têm uma permanência de internação de no máximo dois dias; as mulheres em abortamento ficam na unidade até realizar o completo aborto.

O que ocorre é que para os profissionais de saúde os períodos de internação são protocolares. Ao tornar o tempo de permanência parte de um protocolo de atendimento, os cuidados com as mulheres, especialmente em situação de abortamento, são apenas rotinas. Entramos no quarto e nem cumprimentamos direito as mulheres, já começamos a realizar os questionamentos como: “saiu alguma coisa? ”, “suas dores aumentaram? ”, “está com vontade

de fazer cocô? ”, “você comeu? ”, além dos procedimentos para avaliar fisicamente como o processo está se dando. Portanto, pode-se dizer que a violência contra a mulher não é um fenômeno único em sentido de agressão física e acontece da mesma forma nos diferentes contextos; ela tem aspectos semelhantes, mas também diferentes, em função da singularidade dos sujeitos envolvidos – tanto os que praticam, quanto os que a recebem.

A enfermaria é aberta, e os leitos são expostos. Todas as enfermarias têm porta, mas, como se trata de ambiente hospitalar, não é possível deixar a porta fechada, pois, se ocorrer qualquer coisa, a equipe de saúde poderá iniciar o atendimento mais rápido. Por se tratar de enfermaria, qualquer pessoa pode adentrar no quarto, tendo completo acesso, como parentes de outro paciente e acompanhantes. A mulher tem liberdade de sair da enfermaria a qualquer momento e dar uma volta nas dependências do hospital. Os corredores também dão acesso a outras enfermarias, e muitas outras mulheres caminham com seus bebês no corredor. O hospital tem um jardim aberto, aonde podem ir e compartilhar o lugar com os demais pacientes do hospital.

A partir dessas primeiras questões que me levaram a querer compreender a relação entre violência obstétrica e o aborto, comecei a trilhar outros caminhos que me fizeram encontrar, mais do que a violência em si mesma, as próprias relações de poder que, ao naturalizarem um conjunto de rotinas, acabam por tornar a violência como algo mais da ordem do efeito do que da intencionalidade das ações. Isso porque violência, em Foucault (2008), não é um conceito que possa explicar o funcionamento da vida, mas é o resultado visível da ação de destruição do outro. Porém, quanto às relações de poder, o filósofo as pensa como inerentes às relações e práticas sociais que envolvem sujeitos em termos de sujeitos livres.

É inegável que o sujeito, construído e também apreendido pelas práticas discursivas (os saberes) e pelas práticas sociais e institucionais (via relações de poder), é central (Passo, 2010) do início ao fim de suas produções reflexivas, mas não como ponto de partida, e sim como ponto de chegada a partir da análise das práticas sociais, portanto, não caberia compreender o ato de um sujeito violento, mas como práticas que regulam todos os sujeitos que se encontram dentro do processo de interrupção de gravidez, ou seja, tanto as mulheres, quanto os profissionais que disso se ocupam, são constituídos por formas de governo das condutas. No caso deste estudo, os procedimentos obstétricos compõem uma rotina em que a naturalidade com que ocorrem faz parte de estratégias de governo da vida e não propriamente de violências em si mesmas, em termos de intencionalidade de agressão ao outro.

Foucault (1995) considera que o poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e sustenta que o seu exercício se dá por meio das inter-relações. Segundo o autor, para que uma



relação de poder exista, é indispensável que o sujeito sobre cuja ação o poder se exerce seja reconhecido como um sujeito de ação e que, dessa forma, diante da relação de poder, haja sempre um campo de possibilidades para ações, respostas, reações, efeitos e invenções. Se fosse apenas violência em si mesma, esta implicaria a própria anulação das possibilidades de ação a ser desenvolvida, utilizando-se força, coação ou mesmo destruição como formas de ação.

Pode-se dizer, então, as relações de poder fazem ver e dizer, sobretudo agir, tornando as práticas formas de objetivação, por exemplo como considerar o abortamento dentro da rotina hospitalar; e ao mesmo tempo de subjetivação, em termos de sujeitos que se constituem por meio dessas relações. Tanto a objetivação quanto a subjetivação são processos que se configuram determinados objetos, posicionamentos e regras anônimas de circulação e distribuição de discursos e sujeitos. É neste campo de enunciações que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam, produzindo políticas de governo das condutas específicas e sustentando as práticas em meio às diversas lógicas de assistência.

## **2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**

Um dos elementos importantes para compreender as formas de regulação do abortamento são as políticas criadas para gerir as condutas hospitalares, as formas de atenção, os procedimentos. Quando iniciei a pesquisa, havia um desconforto cotidiano com situações que entendia como violência obstétrica, em razão da orientação que minha própria conduta, com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Digo isso, porque essa política pública orienta a necessidade de considerar as particularidades da saúde da mulher que a diferenciam dos homens e percebia, durante meu cotidiano, que havia procedimentos que escapavam à essa regulação da política, especialmente a ausência de sensibilidade nas situações de aborto. Em se tratando do abortamento, o sujeito que inicia o processo no interior do espaço hospitalar é a mulher e não o homem, não só por ser ela quem gesta, mas por ser ela sobre quem diretamente recaem as decisões e autorizações.

Em 21 de junho de 1983, por ocasião de seu depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado que investigava o crescimento populacional, o então Ministro da Saúde, Waldyr Arcoverde, apresentou a proposta de criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (Osis, 1994). Em 1984, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o PAISM. Nesse momento, houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades nesse campo (Brasil, 1984).

Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do PAISM, traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil que, inclusive, sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas. O enfoque central dos vários programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (Canesqui, 1987; Osis, 1994).

Depois da internação, a mulher passará ao exame físico, realizado pelo enfermeiro que registrará as informações. É realizada a prescrição de enfermagem pelo enfermeiro, que será executada pela equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem). Considera-se esta como uma forma de estabelecer o vínculo entre o profissional e a mulher.

O PAISM incorporou, como princípios e diretrizes, as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção em um período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, concebia-se o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984).

Em 28 de maio de 2004 o Ministro da Saúde, Humberto Costa, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, construída a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as características da nova política de saúde. Para elaboração desse documento, além do respaldo técnico dos princípios e diretrizes, houve o embasamento científico nos estudos que relatam as principais causas de morte na população feminina, que são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (Brasil, 2004).

O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, sob uma perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde (Brasil, 2004).

O planejamento e a avaliação como prática sistemática nos diversos níveis dos serviços de saúde propiciam aos gestores a definição de estratégias de intervenção mais próximas da realidade epidemiológica da saúde da mulher. As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das convicções necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor saúde com outros setores governamentais com ênfase em segurança, justiça, trabalho, previdência social e educação (Brasil, 2004).

A política de saúde estabelece os critérios de padronização de procedimentos, de modo a permitir controle e regulação dos processos de atenção à saúde, bem como o foco de diferentes estratégias. Isso recai sobre a rotina hospitalar para permitir que, por exemplo, no caso de processos de abortamento, as trajetórias sejam seguidas da mesma forma, de modo a seguir orientações da política de atenção à saúde da mulher.

A regulação da trajetória na rede de saúde inicia já na entrada no hospital em que a mulher responde a um primeiro formulário. O formulário de atendimento é totalmente eletrônico, mesmo em casos de abortamento. Considerando o momento de medo e ansiedade e o histórico de saúde para mulheres vítimas de violência ou em situação de abortamento involuntário, o levantamento de dados do abuso deverá ser o mais breve e pontual possível. Não cabe aos profissionais emitir opiniões próprias ou levantar “curiosidades pessoais”, sem interesse clínico.

A Norma Técnica do Ministério da Saúde (Brasil, 2012) e o Decreto Presidencial nº 7958, de 13 de março de 2013, dispõem sobre os registros que devem constar em prontuário: a) Local, dia e hora aproximados da violência sexual e do atendimento médico no Hospital de Referência; b) História clínica detalhada, com dados sobre a violência sofrida; c) Tipo(s) de violência sexual sofrida; d) Forma(s) de constrangimento empregada(s); e) Tipificação e número de agressores; f) Exame físico completo, inclusive os exames ginecológico e urológico (devendo registrar a presença ou ausência de sinais e sintomas de ISTs, tais como: leucorreias, lesões verrucosas, lesões ulceradas, etc); g) Descrição minuciosa das lesões, com indicação da temporalidade e localização específica; h) Descrição minuciosa de vestígios e de outros achados no exame; i) Identificação dos profissionais que atenderam a vítima, com letra legível e assinatura; j) Preenchimento da Ficha de Notificação Compulsória de violência doméstica, sexual e outras violências.

Sabe-se que o protocolo é um instrumento de gestão da clínica que muitos ambientes de saúde utilizam como forma de documentação sistematizada ou de algoritmos, o que normaliza o padrão de atendimento à saúde em um ponto de atenção. Provê, ainda, o respaldo institucional,

fornecendo aos profissionais de saúde maior segurança, além do suporte para a educação permanente da equipe de saúde e para a comunicação com os usuários dos serviços de saúde (Werneck, 2009).

Vamos entender um pouco porque digo isso: a mulher, ao procurar o hospital em situação de aborto judicial ou espontâneo e provocado, chega pela recepção. Sua primeira abordagem não é pelo profissional de saúde, mas sim pelo administrativo que colherá informações para acrescentar na ficha, contendo endereço residencial, telefones particular e de contato, números de identidade e do cartão do SUS, dados pessoais, como data de nascimento. Realiza-se essa abertura da ficha de atendimento pelo atendente administrativo, que se encontra no local com longarina, com um computador em uma mesa, havendo a separação entre a mulher e o atendente pelo vidro. A mulher senta-se em uma cadeira preta almofadada. No local, existem bancos de concreto, que ficam perto da parede. Atrás do atendente, há um corredor entre a cadeira preta e os bancos. Esse corredor é a principal via para entrada no hospital, ou seja, nele há grande circulação. As paredes são de cor verde e os pisos estão desgastados; são antigos, de cor marrom avermelhada. As portas principais são de vidro com *insulfilm*. Na recepção, há um aparelho de ar-condicionado, um balcão de tijolos à vista e bancos altos atrás dele, bem na entrada do hospital. Funcionários que trabalham ali fornecem informações solicitadas pelos usuários. Em cima do balcão há um computador e um telefone. Em um canto, vê-se um bebedouro com várias torneiras para uso das pessoas que circulam pelo local. Um *banner* oferece algumas informações hospitalares. Qualquer pessoa, ao entrar no hospital, terá que se identificar para ter seu acesso liberado.

No que diz respeito às equipes de enfermagem, médica e de limpeza, todas elas podem ter livre acesso a qualquer momento à enfermaria. O setor de higienização segue o protocolo quanto à limpeza hospitalar: a instituição de saúde preconiza que a limpeza seja realizada todos os dias em todos os períodos. Sabemos que manter o local limpo é critério de conservação do ambiente saudável. Os passos para isso são: a equipe de limpeza hospitalar entra no quarto sem mesmo solicitar a permissão ao paciente e continua a fazer o serviço, realizado por uma empresa terceirizada, responsável por limpar o chão e o banheiro, trocar o papel higiênico e as toalhas de papel para secar as mãos. Já o mobiliário e a cama são parte da rotina de limpeza realizada pela equipe de enfermagem. Há um protocolo que é seguido todas as manhãs: enquanto a paciente toma banho, a técnica de enfermagem troca a roupa de cama. Nem a equipe de enfermagem, nem a da limpeza hospitalar, perguntam à mulher que está em processo de abortamento se gostaria que se realizasse a limpeza ou a retirada do lixo do quarto, tarefas

consideradas como parte da dinâmica implantada pelo hospital. Também há rotina para medicação e procedimentos, como a coleta de material para exames.

O atendimento às mulheres com abortamento estabelece um plano de cuidados que devemos seguir como norte para as atividades assistenciais. Bertolani e Oliveira (2010) afirmam que, para o cuidado sistematizado e de qualidade para mulheres com diagnóstico de abortamento, é preciso articular mais o conhecimento teórico e prático e desenvolver maiores habilidades de comunicação e interação entre a equipe e a paciente, considerando a mulher como principal objetivo norteador das ações dos cuidados.

Ao tornar os protocolos uma regulação das condutas de forma a focar no procedimento em si e no corpo em si, a política de saúde opera dentro de uma lógica da normalização e normação. A normalização faz parte das discussões foucaultianas sobre os mecanismos de segurança. Os mecanismos de segurança são apresentados por Foucault (2008), que estabelece uma diferenciação entre "normação" e "normalização". Normação é o efeito de enquadramento gerado por mecanismos disciplinares que buscam adequar indivíduos a modelos previamente estabelecidos, isto é, a uma norma a que os homens devem se submeter (Foucault, 2008a), neste caso, referem-se aos procedimentos, rotinas e fluxos institucionalizados nos hospitais. Por sua vez, as tecnologias de segurança atuam por meio de normalizações, identificando padrões na realidade, como no caso do próprio aborto, dos quais resultará uma curva de normalidade. Por exemplo, em termos de custos financeiros, pode-se dizer que a mulher em processo de abortamento que demandar mais tempo para a expulsão fetal precisará estender sua permanência na unidade hospitalar. Ou seja, trata-se de uma irregularidade, mas não está fora da curva de normalidade, já que nem todos os profissionais de saúde aplicam o Misoprostol e a demora significa mais gastos na unidade hospitalar, além do uso restrito de um leito pela mulher.

O abortamento em si mesmo não é considerado como uma norma, mas como uma irregularidade da própria normalidade, especialmente quando se trata de aborto espontâneo ou de má formação fetal. Nesse sentido, "o normal é que é primeiro, e a norma se deduz dele, ou é a partir deste estudo de normalidades que a norma se fixa" (Foucault, 2008, p. 83). O que acontece é que, entre a normação e a normalização, há práticas de violência que ficam subsumidas justamente porque são rotinas, protocolos, fluxos que as descaracterizam como tal. Essas práticas são aquelas que muitas vezes organizam a própria rotina por meio de protocolos voltado para as doenças, de modo a não considerar o sujeito em sofrimento.

### 2.2.1 Política Nacional de Humanização

Como em todo ambiente hospitalar, existem protocolos e sistemas que terão que ser seguidos e preenchidos, pois é preciso prestar contas (dados) dos atendimentos. Tem-se a base da formulação desse protocolo como um norte e direcionamento para o atendimento, de forma que possa chegar mais próximo da humanização, considerando a necessidade de responder a uma política de atenção integral à saúde. Os protocolos clínicos são instrumentos construídos com o objetivo, dentre outros, de atenuar a conduta clínica e garantir o atendimento ao paciente. Os protocolos são aceitos por evidência científica e práticas de consenso da comunicação científica, o que viabiliza a reprodução dos processos a fim de que a comunidade científica possa reforçar teorias consistentes mediante a produção de normas que foram construídas após a primeira utilização.

A mulher é internada por alguns dias na unidade hospitalar, onde existem e são utilizados os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde e que funcionam como um norte para o processo de indução de aborto. Assim, os protocolos e diretrizes apresentam inúmeros benefícios, e grande parte das pesquisas a respeito de seu uso demonstra a melhora na qualidade do cuidado à saúde oferecido às mulheres e orientação adequada na alocação de recursos na assistência à saúde. Além disso, essa estratégia serve como instrumento educativo para profissionais de saúde e recém-formados (Paes, 2011).

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas.

Em 2003, em razão desse processo já desencadeado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde e seus diferentes subsistemas, como o da saúde da mulher, é elaborada a Política Nacional de Humanização (PNH), que aglutinou essas experiências e as ampliou para a atenção e gestão da saúde, que antes se desenvolviam particularmente em hospitais. Atribuiu-se a essa política um caráter transversal. Considerando que o objetivo principal da PNH é a mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, almeja-se identificar, também com os resultados desta pesquisa, algumas das contradições existentes nos pontos principais dessa política, analisada a partir dos seus princípios e diretrizes.

Segundo a Política Nacional de Humanização, “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações” (Brasil, 2006). O

acolhimento, como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde (Cavalcante Filho, Vasconcelos, Ceccim & Gomes, 2009).

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolher, segundo o Dicionário Aurélio, é “dar acolhida a, atender, dar crédito a, ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”, podendo também ser definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (Brasil, 2011).

Tem-se, nessa política, uma concepção de humano que parte das formas de ser que se constituem no concreto das experiências dos serviços. Uma forma de ser humano que não está dada desde sempre, ou que se define a partir de um modelo geral de humanidade. Por conseguinte, não parte de um entendimento da humanização como um processo que objetiva aproximar os diferentes sujeitos desse ideal, do homem-padrão. A humanização, tal como nos indica a PNH, efetiva-se nas práticas em saúde para que, a partir delas, seja possível agir no cotidiano dos serviços. Está voltada para homens e mulheres comuns que compõem o SUS em suas experiências com os trabalhadores e usuários que habitam e produzem o cotidiano dos serviços de saúde. É no encontro entre esses sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói.

A PNH é, portanto, uma política do SUS. Também chamada de *Humaniza SUS*, a PNH emerge da convergência de três objetivos centrais: a) Enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; b) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS; e c) enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde quanto na vida dos trabalhadores. A PNH apresenta-se não mais como um programa, mas como uma política para reinventar modos de gerir e modos de cuidar, tomando por diretrizes o acolhimento, a ampliação da clínica, a gestão democrática, a valorização do trabalhador e a garantia dos direitos dos usuários. Estas diretrizes apoiam-se em três princípios: a) A ampliação da transversalidade ou aumento do grau de abertura comunicacional intergrupos, favorecendo a capacidade de interferência mútua entre sujeitos e a sua capacidade de deslocamento subjetivo; b) A inseparabilidade entre gestão e atenção; e, finalmente, c) A aposta no protagonismo dos sujeitos em coletivos.

A humanização singulariza-se na experiência de cada serviço e equipe; assim, não haveria nenhuma experiência de humanização igual a outra, senão naquilo que tomam por

referência, ou seja, métodos e diretrizes ético-políticas que ganham forma e expressão na singularidade da experiência. O Ministério da Saúde preconiza que a atenção à mulher no ciclo gravídico e puerperal e no abortamento seja marcada pela humanização e qualidade da assistência prestada. Isso exige que os profissionais de saúde envolvidos com a atenção obstétrica adotem condutas baseadas no acolhimento, facilitando o acesso das gestantes aos serviços de saúde, com ações prioritárias que perpassem todos os níveis de atenção à saúde – primária, secundária e terciária (Brasil, 2011).

No contexto de atendimento, a assistência de enfermagem é considerada como principal porta de entrada no acolhimento e proporciona um efetivo contato entre enfermeiro e a mulher. Esse contato possibilita que o profissional não só identifique sinais e sintomas que determinam as condições de saúde, como também detecte outros aspectos essenciais que favorecem um atendimento sem riscos para a mulher (Brasil, 2012).

Além disso, para estabelecer confiança na relação entre médico e mulher, deve-se estar convencido de que o objetivo do tratamento é para melhorar o bem-estar, em que o vínculo é essencial para iniciar a relação de confiança entre cliente e profissional. O entendimento quanto ao objetivo de tratamento deve estar, portanto, bem ajustado e determinado pelo médico e pela mulher, considerando-se horário de início, pois o término não será estabelecido, uma vez que depende da fisiologia do corpo, com uma esperada coincidência de resultado final a ser buscado. Os fatores como medicação e tratamento influenciam essa percepção de objetivo e de resultado buscado, trazendo o corpo como o foco principal do cuidado.

O acompanhamento que faço em minha rotina também indica que a alta hospitalar não é um processo fácil. O processo de abortamento é difícil, mas não podemos deixar de pensar que, após a vivência de um processo de perda, a mulher sai preocupada com as gestações futuras, o que aponta para necessidades não apenas voltadas para os problemas, mas a experiência que esses problemas produzem na vida dessas mulheres. Os cuidados após abortamento são fundamentais nesse processo. Os cuidados físicos são simples, como 40 dias sem relação sexual, e há a alternativa de contraceptivos diários ou implantados. O Ministério da Saúde (Brasil, 2011) destaca que a ação imediata de contracepção tem se mostrado eficaz na redução de novos casos de abortamento, tanto no aborto espontâneo quanto no provocado, pois mulheres com histórico de aborto apresentam mais risco de passar novamente por essa situação. Porém, as mulheres que abortam espontaneamente perguntam quando podem tentar uma nova gestação (Czeresnia & Freitas, 2003), sendo-lhes recomendado o planejamento de uma nova gestação a partir de três meses após o evento do abortamento. Os protocolos operam dentro de



uma regularidade orgânica do corpo, enquanto as mulheres indicam um campo de experiências que não está restrito ao corpo orgânico e sim à possibilidade de serem mães.

Foucault (2008) alerta para a forma sedutora de funcionamento do poder, muito mais efetiva do que a forma repressora, fazendo com que sejamos levados a investir na nossa vida, no nosso desejo, em valores que representem “aparentemente” um bem maior, “sendo compartilhado tão naturalmente pelo senso comum que tomamos como o mais óbvio a fazer”.

É possível pensar que toda experiência subjetiva da mulher frente à vivência do aborto e parto está mediada pela assistência médica e tecnológica, que passa a ter a autoridade de revelar se as coisas estão indo bem e como deve ser a assistência durante o atendimento.

O acolhimento à mulher e ao acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo o protagonismo da mulher, especialmente no momento do aborto. As mulheres, muitas vezes, chegam ao hospital em situação de abortamento espontâneo. Neste caso, é-lhes facultado escolher finalizar a interrupção dentro do hospital ou em casa, quando não corre risco de morte ou agravos. Essa escolha deve estar baseada em uma relação de confiança entre a paciente e o profissional de saúde. A decisão da mulher dependerá também do conhecimento sobre os possíveis riscos quando o processo se dá no âmbito doméstico.

A preconização de uma assistência humanizada via documentos, cartilhas, leis, não é garantia de modificação na micropolítica do trabalho em saúde; não é garantia da troca de práticas centradas em procedimentos por outros ordenados a partir das relações cuidadoras. Não é garantia de não fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde, nem do entendimento total da humanização proposta pela Política Nacional de Humanização do SUS (Barros & Passos, 2005).

Conforme escrito anteriormente, com vistas à melhoria da qualidade na assistência à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) no ano de 2004. Na referida diretriz, o Ministério da Saúde destaca que cabe ao profissional enfermeiro realizar, por meio da Consulta de Enfermagem, a Classificação de Risco, a qual resulta na distribuição dos usuários para o atendimento de acordo com o grau de prioridade de cada caso.

Após o primeiro atendimento realizado por enfermeiro na classificação de risco, a mulher volta a aguardar o atendimento médico na recepção. Por se tratar de um hospital público, vinculado à universidade, sendo oficializado como hospital escola, a maioria dos atendimentos será realizada pelos acadêmicos de medicina, residentes de ginecologia médica.

Após realização da classificação de risco, é feita a impressão da ficha de atendimento com os dados obtidos das perguntas objetivas. O enfermeiro, então, coloca-a em suporte de plástico para papel A4 no consultório médico com as demais fichas, referentes a outros atendimentos. Muitas vezes, uma mulher em processo de abortamento pode ter que aguardar o atendimento de outras mulheres que tenham fichas diferentes, pois tudo depende da categoria em que ela se encaixou, conforme as cores de classificação de risco do Ministério da Saúde (vermelha, laranja, amarela, verde e azul). O enfermeiro, após uma prévia avaliação, seguindo o protocolo, definirá a cor de atendimento para a mulher.

Os serviços de saúde, especialmente os serviços de emergência dos hospitais públicos e privados do nosso país, funcionam como uma das portas de entrada, existindo entrada do pronto socorro que atende paciente com qualquer enfermidade, bem como uma porta de entrada para atendimento de mulheres grávidas e as em aborto espontâneo e legais com ordem judicial em maternidades. Adicionalmente, considerando o aumento da demanda que busca atendimento desses serviços e, ainda, a busca para reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades dos pacientes, foi criado o Protocolo de Acolhimento por Classificação de Risco (PACR), que é de responsabilidade do enfermeiro (Brasil, 2009). Trata-se de um instrumento destinado a favorecer a organização das portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica, para garantir o acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, para assim impactar positivamente nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal, dentro de uma perspectiva de humanização da assistência (Brasil, 2017).

Implementar o acolhimento com classificação de risco como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde, e isso implicará também na assistência às situações de abortamento. O acolhimento com avaliação e classificação de risco permite-nos refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços (Brasil, 2004), para que se considerem as necessidades dos processos, por exemplo, nos casos de interrupção da gestação: espontânea ou com mandato judicial.

A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, dentro da racionalidade da humanização e da atenção integral à saúde (Brasil, 2004). Em 2014, o Ministério da Saúde lançou um manual de classificação de risco para atendimentos ginecológico e obstétrico para organizar as portas de entrada dos serviços de urgência obstétrica, de forma a propiciar acesso com qualidade às mulheres no período gravídico puerperal, visando melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade materna e

perinatal. Trata-se de uma ferramenta de apoio à decisão clínica, com o propósito de pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro, conforme o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes. Sua utilização visa reduzir a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica, evitando as demoras que resultam em desfechos desfavoráveis, além de viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso. Desse modo, a própria política de humanização, através da classificação de risco, entra como parte dos mecanismos de regulação das condutas, com protocolos e trajetórias que definem as formas que os processos de, neste caso, abortamento, assumirão.

O Ministério da Saúde tem preconizado o acolhimento como uma de suas prioridades para a humanização da saúde reprodutiva da mulher. Tal postura deve ser assumida desde a chegada da mulher à unidade hospitalar. Isso implica ouvir as queixas e as dores, promovendo um ambiente onde ela possa ser ouvida e expressar sua angústia, medos e preocupações, de modo a assegurar que sua atenção seja resolutiva e articulada com outros serviços e que haja continuidade da assistência ali iniciada até sua alta hospitalar. É necessário que os profissionais de saúde saibam realizar o atendimento sem preconceitos ou julgamentos diante da exposição da intimidade do usuário ao serviço de saúde; no caso da mulher, é preciso que demonstrem disponibilidade para oferecer apoio e segurança durante a vivência do abortamento (Brasil, 2006).

As relações de vínculo entre o profissional e a mulher constroem o acolhimento como uma forma de humanizar os processos de aborto. Os processos de intervenção do cuidado em um ato e a escolha do modo de fazer essa intervenção vão além do saber estruturado, ou do uso dos instrumentos e equipamentos, comportando um grau de liberdade significativo, mas dependem, também, das tecnologias de relação produzidas nos diferentes encontros com o território, com paisagens psicossociais por entre as subjetividades.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços, ouvir seus pedidos e assumir uma postura capaz de receber, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses estabelecimentos para garantir a eficácia dos encaminhamentos (Brasil, 2004).

Durante o acolhimento e a classificação de risco, o profissional de saúde é quem faz o primeiro contato com a mulher a ser atendida. Realiza-se o protocolo, ou fluxograma, que o

Ministério da Saúde propõe para atendimento a essa mulher que se encontra no processo de abortamento. O profissional de saúde é aquele que detém a maior autoridade técnico-científica para realizar o atendimento.

Na classificação de risco em obstetrícia, que também se caracteriza como um protocolo que estabelece as formas de abortamento, a paciente em situação de violência sexual ou características físicas de abortamento, deve relatar a situação logo no início do atendimento. A classificação de risco, nesses casos de abortamento, apoia-se em duas estratégias que fazem parte do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: o primeiro procedimento focaliza as condições iniciais da mulher em abortamento, classificadas no fluxograma número 7. Esse fluxograma 7 permite definir a gravidade ou potencial de agravamento da situação; o segundo procedimento é o de estabelecer a prioridade clínica. A partir da primeira categorização feita pelo fluxograma 7, em caso de uma necessidade de intervenção imediata – riscos de morte ou agravos – a Prioridade Clínica Amarela é utilizada. O que ocorre é que essas classificações dependem, em parte, dos relatos das mulheres e na hora do atendimento muitas delas ficam com receio ou vergonha de comentar o fato ocorrido, ou muitas vezes nem conseguem comunicar-se, devido ao medo ou sofrimento, o que fragiliza a própria operacionalização do procedimento.

A partir da classificação de risco, chega a hora de a mulher ser atendida pelo médico preceptor, pelo médico residente de ginecologia e pelo acadêmico de medicina do 5º e 6º ano. Ao entrarmos no consultório médico, deparamo-nos com um ambiente antigo, onde um aparelho de ar-condicionado fica pingando. Uma divisória separa a maca ginecológica da mesa com computador e cadeiras. Há três cadeiras antigas, sendo duas para a mulher e o acompanhante e outra para o profissional de saúde atender. A divisória funciona como uma forma de conferir privacidade ao atendimento, pois, durante o exame físico para avaliação clínica, a mulher é posicionada em uma maca ginecológica, com as pernas apoiadas nas perneiras, o que a deixa totalmente exposta, em uma posição constrangedora.

Após o exame físico, a mulher volta a sentar-se e relata detalhadamente os fatos a um desconhecido. Para o término da consulta a exposição da intimidade e da vulnerabilidade. Não se deve esquecer que são muitos profissionais em sala e que muitos médicos não prorrogam mais esse momento porque lembram que existem outras fichas aguardando o atendimento. Muitas vezes, o profissional realiza um atendimento rápido, quando tomará a decisão de internar para interromper a gestação, tendo ouvido todas as queixas e o relato da mulher. Após inserir a consulta no sistema, o profissional solicita a internação, sendo então gerada outra ficha

de atendimento. A mulher, ou a família, terá que levar a ficha de internação, juntamente com a ficha inicial, à primeira recepção.

### **2. 3 Códigos penais que permitem o aborto**

Na organização de todos os protocolos que dão forma à interrupção da gestação dentro dos hospitais, nessa perspectiva que passei a considerar a partir da violência obstétrica, está a dimensão judicial que apoia as possibilidades dos procedimentos ocorrerem legalmente. Essa dimensão legal do procedimento também se torna parte dos mecanismos de regulação, ou seja, das práticas de controle que padronizam as ações. Trata-se de mostrar a relação de poder-saber entre medicina e justiça. As disciplinas, como também os mecanismos jurídicos, determinam proibições e obrigações. "Deixar as pessoas fazerem, as coisas passarem, as coisas andarem", de tal forma que "a realidade se desenvolva e vá, siga seu caminho, de acordo com as leis, os princípios e os mecanismos que são os da realidade mesma" (Foucault, 2008, p. 62 - 63). Neste caso de interrupção da gestação, liga-se as relações entre justiça e medicina para regular procedimentos e adequações no que tange à caracterização das possibilidades de serem realizados não como formas de violência e sim como regras de conduta.

O que estará em jogo nesses procedimentos jurídico-médicos é a permissão ou não para a interrupção. Por exemplo, o aborto espontâneo ocorre devido a alguma doença materna como, por exemplo, incompetência estímulo-cervical, por nidação em tuba uterina ou até mesmo alguma doença paterna cromossômica para não implantação do óvulo. A mulher realiza uma ultrassonografia para verificar se está em processo de abortamento e se há existência do feto. Nesses casos, assim como de violência sexual, ou de má-formação fetal, a justiça dará o reconhecimento legal para o procedimento e a medicina indicará o percurso dentro do hospital, a partir dos protocolos da saúde, de modo a reconhecê-lo como condição legal para acontecer.

O Código Penal Brasileiro pune o aborto provocado, na forma do auto-aborto ou com consentimento da gestante, em seu artigo 124; o aborto praticado por terceiro sem o consentimento da gestante, no artigo 125; o aborto praticado com o consentimento da gestante, no artigo 126. O artigo 127 descreve a forma qualificada do mencionado delito. No Brasil, admitem-se duas espécies de aborto legal: o terapêutico ou necessário e o sentimental ou humanitário (Jesus, 1999). O Código Penal Brasileiro traz que o procedimento de aborto pode ocorrer entre a concepção e o início do parto. Depois disso, avistam-se as figuras típicas do homicídio ou do infanticídio.

O feto é considerado inviável antes de 20 semanas completas de gestação. Considera-se aborto espontâneo a gestação interrompida de modo natural ou acidentalmente, e provocado quando a interrupção se deve a uma ação humana deliberada. A palavra *aborto* tem origem no termo latino *abortus*, derivado de *aboriri* (perecer), significando distanciamento, e *oriri* (nascer) (Koogan & Houaiss, 1999).

O abortamento espontâneo é descrito como a expulsão do feto sem que a mulher esteja esperando, diferentemente do abortamento induzido, que é realizado com o consentimento da mulher, mas que acarreta danos a ela, gerando, em algumas situações, sentimento de culpa por ter engravidado ou mesmo por ter abortado (Bazotti, Stumm & Kirchner, 2009).

O processo de finalização do abortamento também é regularizado, pois, por exemplo, no hospital ficam somente o prontuário e os resultados do exame patológico, sendo o feto ou conceito encaminhado à patologia. Dos fetos ou conceitos de vítimas de violência, é retirado um pedaço do material, que é então encaminhado ao IML para teste do DNA com vistas à localização do suspeito que praticou a violência. Em minha experiência profissional, retirar o pedaço do feto é a parte mais difícil.

A legalização do aborto faz com que o número de abortos possa diminuir. Países que legalizaram o aborto têm um menor número de abortos que o Brasil, onde esse procedimento é ilegal. O número de abortos está aumentando no Brasil, sendo eles provocados ou não. Alguns estudos já mostraram que, quando o aborto é legalizado, a mortalidade materna também diminui (Carneiro, 2009). Por exemplo, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), a realização de curetagem uterina pós-aborto em hospitais públicos é considerada a terceira causa de internação por procedimentos obstétricos.

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente. Todos esses sentimentos misturam-se no momento da decisão pela interrupção, sendo que, para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio (Brasil, 2011).

As mulheres com complicações de abortamento, sejam espontâneos ou por decisão pessoal, têm necessidade de cuidados para protegê-las das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como para evitar que volte a ser acometida do mesmo

problema no futuro (Brasil, 2005). A Organização das Nações Unidas (ONU), em relação ao aborto, incentivou os países-membro a desenvolverem políticas redutoras dessa prática, assegurando que as usuárias dos serviços de saúde em processo de abortamento recebam atendimento humanizado e com tecnologias adequadas, evitando o risco de adoecimento e morte (Brasil, 2011). Entende-se com Foucault (2005) que a normalização – neste caso, os procedimentos de internação e interrupção da gravidez nos hospitais – não é inerente à vida, mas produzida socialmente para disciplinar os corpos e fazer a gestão das populações e das pessoas em seus modos de viver e sentir a vida em todos os seus verbos.

A legalização dos procedimentos de abortamento que também produzem as formas que assumem, organiza-se do seguinte modo na legislação brasileira: a) Abortos atípicos (não são puníveis e não estão previstos na lei): pode constituir-se enquanto aborto natural ou espontâneo, sendo aquele oriundo de causas patológicas decorrentes de um processo fisiológico espontâneo do organismo feminino. Ou, ainda, enquanto aborto acidental que deriva de causas exteriores e traumáticas, por exemplo: escorregão. Assim como o aborto culposos que é o aborto que resulta de culpa, de uma conduta imprudente, negligente ou imperita. b) Abortos típicos e jurídicos (estão previstos em lei e não são puníveis) pode ser o aborto terapêutico (artigo 128, inciso I) que é realizado quando não há outro meio de salvar a vida da gestante. Ou, também, o aborto sentimental e humanitário (artigo 128, inciso II) que é o aborto autorizado quando a gravidez é resultante de estupro. c) Abortos típicos, antijurídicos e culpáveis (estão previstos em lei e são puníveis), dividido em aborto doloso que é realizado pela própria gestante ou por terceiro com ou sem seu consentimento (artigos 124 a 126). O dolo é a vontade livre e consciente de interromper a gravidez, com a eliminação do produto da concepção ou com a assunção do risco de provocá-lo. Ou, ainda, o aborto eugênico: aborto realizado quando o feto apresenta graves e irreversíveis defeitos genéticos; por exemplo: feto anencefálico. Também o aborto econômico/social: aborto realizado para que não se agrave a situação de miséria da gestante, que não terá condições socioeconômicas para criar o filho. E o aborto *honoris causa*: aborto realizado para ocultar desonra própria; por exemplo: ficar grávida do amante.

No que se refere ao sujeito ativo, denominado pela legislação, as quatro formas típicas de aborto são crimes unissubjetivos, ou seja, não é necessário a prática por mais de uma pessoa. O Código Penal prevê quatro figuras típicas de abortamento: Aborto provocado pela gestante (artigo 124, 1ª parte); Aborto provocado por terceiro, sem ou com o consentimento (artigo 125 e 126); Consentimento da gestante para o abortamento praticado por outrem

(artigo 124); A conduta prevista no artigo 125, o abortamento sem o consentimento da gestante, é a forma mais grave do delito, ao qual é aplicada maior pena em abstrato.

Para a tipificação do aborto também haverá um conjunto de normas que regulam as condutas e as condições para as condutas em termos de autorização e legitimidade para as decisões, de modo que será necessário o dissentimento real ou presumido, ou ainda, que o abortamento se dê à revelia da gestante (sem seu consentimento): a) Dissentimento real (não é válido): Ocorre quando o terceiro emprega contra a gestante: fraude, que é o meio capaz de induzir a gestante em erro, e, sob falsa percepção da realidade, ela consente o aborto; grave ameaça, que é a promessa de um mal grave, sério; violência, que é quando há emprego da força física; b) Dissentimento presumido/ ficto (não é válido): Ocorre quando há consentimento da gestante, mas o legislador reputa-o inválido, viciado: não é maior de 14 anos; é alienada; é débil mental; c) Ausência de consentimento: Hipóteses em que não há o consentimento da gestante. As figuras típicas do aborto admitem, exceto a do consentimento para abortar, tanto a forma comissiva (regra) quanto a omissiva imprópria; d) Classificação doutrinária: Aborto próprio = artigo 124, 1ª parte; Aborto de mão própria = artigo 124, parte final; Aborto comum = artigos 125 e 126; Unissubjetivo, material, de forma livre, instantâneo, comissivo ou omissivo (exceto o artigo 124, parte final), de dano, plurissubsistente ou unissubsistente e simples.

Ou ainda, e) Tipo subjetivo: O agente age com dolo direto ou indireto eventual. Na primeira modalidade, é a vontade livre e consciente de interromper a gravidez com a eliminação do produto da concepção. Na segunda, o agente assume o risco de produzir o resultado. O aborto culposo é atípico. Porém, o terceiro que culposamente der causa ao abortamento responde por lesões corporais; f) Causas de aumento de pena (artigo 127): Dois são os resultados que aumentam a pena: a morte e as lesões corporais de natureza grave. As causas incidem apenas sobre as figuras do aborto provocado por terceiros, sem ou com o consentimento da gestante. Essas duas causas específicas de aumento de pena não são aplicáveis à 1ª figura do artigo 124; por isso, quando houver participação, o terceiro responderá por homicídio ou lesões corporais culposas em concurso com auto-aborto. Os resultados que aumentam a pena são exclusivamente culposos = dolo no antecedente, no abortamento, e culpa na consequência, no resultado, na morte ou nas lesões corporais graves; g) Aborto legal (artigo 128 – aborto necessário e aborto no caso de gravidez resultante de estupro): No caso do aborto necessário, em que há que se optar entre a vida da gestante e a do não nascido, melhor que se eleja aquela, a da vida já realizada em detrimento da do feto, da expectativa de ter vida extrauterina. Maior divergência vem à colação no aborto



sentimental ou humanitário, hipótese em que a continuação da vida intrauterina não fulmina nem põe em risco a extrauterina, ou seja, não há qualquer motivo de ordem médica que impeça ou ao menos não recomende a continuação da gestação. De acordo com o princípio constitucional fundamental da dignidade da pessoa humana, é permitido à gestante vítima de tão odiosa agressão optar validamente pelo abortamento; h) Aborto necessário ou terapêutico (artigo 128, inciso I): Não se pune o aborto praticado por médico se não há outro meio de salvar a vida da gestante. Evidentemente que, na hipótese de aborto necessário, a lei se referiu aos casos em que é possível aguardar a presença do médico. Em caso contrário, caracterizado o estado de necessidade de terceiro, excludente de antijuricidade, qualquer pessoa com conhecimento para tanto poderá provocar o abortamento, desde que o perigo seja atual. É imprescindível que o abortamento seja o único meio (e não melhor) apto a salvar a vida da gestante. O legislador deixou a decisão do aborto exclusivamente a cargo do médico, não havendo necessidade do prévio consentimento da gestante ou de seu representante legal. Se houver erro de diagnóstico do médico que concluiu pela necessidade de abortamento, que não era absolutamente necessário, o erro excluirá o dolo, ou seja, não estará caracterizado o crime. Concluindo: não havendo outro meio de salvar a vida da gestante, o abortamento praticado por médico, presente ou não o perigo atual, incidirá na excludente de ilicitude específica do inciso em tela, ou seja, não será punido o aborto.

Acrescidos de: i) Aborto sentimental ou humanitário (artigo 128, inciso II): Não se pune o aborto praticado por médico se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. O médico não é obrigado a provocar o abortamento. A lei apenas faculta que intervenha. Questões pessoais ou religiosas permitem que se recuse a patrocinar a interrupção traumática da gravidez. Como é desnecessária a autorização judicial, optando por provocar o abortamento, o médico deve cercar-se de provas suficientes da ocorrência do estupro para evitar sua responsabilização penal. Comprovado que o médico foi induzido a erro, ou seja, não houve gravidez resultante de estupro, haverá erro de tipo que excluiu o dolo, portanto, não será penalizado; j) Aborto eugênico, aborto econômico e aborto *honoris causa*: As três espécies são típicas, ou seja, estão previstas em lei e são punidas; k) Aborto eugênico: não é permitido. É o abortamento realizado quando diagnosticado que o feto apresenta sérias e irreversíveis anomalias que o tornem incompatível com a vida extrauterina. Exemplo: feto anencefálico; l) Aborto econômico ou social: não é permitido. É o aborto realizado para que não se agrave a situação de penúria ou miséria da gestante, que não terá condições de criar o filho; i) Aborto honoris

causa: não é permitido. A finalidade da grávida, ao optar pelo abortamento, é ocultar desonra própria. Hipótese em que a gestação lhe trará sérias consequências morais.

Essa legalização dos procedimentos hospitalares estabelece protocolos e condutas voltadas, também, para as formas de controle de abortos clandestinos, quando o que estaria em jogo, seria mais da ordem da autorização da mulher do que da relação entre justiça e medicina, diferenciando o atendimento às mulheres em aborto espontâneo ou clandestino. O que chega aos hospitais são, na realidade, os efeitos de aborto feitos fora do estabelecimento. É realizado um processo parecido com o descrito anteriormente – coletam-se dados, e realiza-se exame físico. A diferenciação, no caso de aborto clandestino, é que este é praticado em clínicas, ou até mesmo em casa, com uso de medicação, como Misoprostol, conhecido no mercado negro com o nome genérico *citotec*, ou com utilização de instrumento pontiagudo. Comumente, são usadas agulhas de crochê ou sucção a vácuo diretamente via vaginal, com cânulas e aspiradores hospitalares.

Em minha problematização, ao descrever os processos e procedimentos de abortamento hospitalar, o que conta é a relação entre medicina e justiça, e não propriamente a opção da mulher. A compreensão é que, muitas vezes, a decisão para aborto legal vem da justiça para que o médico o realize, informa-se que tudo partiu da escolha da mulher. Porém, a medicina busca respaldo legal para que não haja complicação após aborto e solicita uma autorização legal. Desse modo, as formas que a interrupção da gestação assume é condicionada pelas práticas médicas e jurídicas, por meio de relações de poder-saber que recaem sobre os corpos das mulheres.

A partir das ideias de Foucault (2001), as discussões sobre as relações de poder têm agregado novos elementos para a perspectiva de gênero. Para o autor, o poder “deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, [...] o poder funciona e se exerce em rede” (Foucault, 2001, p. 183). Ao apontar essa ideia neste texto, quer-se amarrá-la com o que se apresenta no Direito Internacional dos Direitos Humanos, que não oferecem uma definição explícita do que é a violência de gênero. Em textos publicados sobre a abordagem utilizada para atendimento à mulher, não se aponta a discriminação de gênero, enquanto os instrumentos relacionados diretamente com a temática de aborto definem a violência contra a mulher especificando o aborto e se abstêm de referir-se ao gênero como categoria de análise, ou entendem que a violência contra qualquer mulher em aborto pode ser sinônimo de violência de gênero.

Isso ocorre em razão de duas importantes implicações: a primeira é que o conceito de violência contra as mulheres tem sido construído a partir da proibição de discriminação, de

forma que tal construção oferece diversas oportunidades de exigibilidade dos direitos; a segunda é que não existe plena consciência das diferenças conceituais entre as categorias gênero e sexo, pois o Direito Internacional dos Direitos Humanos as agrupam em uma única classe, associando normativamente os atributos masculinos e femininos e o sexo biológico das pessoas.

A violência obstétrica é compreendida como uma violação dos direitos humanos em gênero, por desrespeitar algumas prerrogativas fundamentais como corpo, como a violação do direito, e o modo como se deve realizar o aborto, a privacidade, dignidade, autonomia e liberdade. O protocolo é único para todos os tipos de aborto e estabelecimentos hospitalares. Sabemos que as mulheres têm o direito legal de receber cuidados de qualidade, com liberdade, autonomia e não coerção, bem como o direito a tratamento livre de danos, maus-tratos e discriminação, e a obter informações, com consentimento esclarecido (com a possibilidade de recusa). Têm, ainda, a garantia de respeito às suas escolhas, privacidade e sigilo, devendo ser tratadas como um todo, não como parte, conforme descrição do caso que citei logo antes.

No caso do aborto em serviço público de saúde, o conflito não é apenas entre o profissional de saúde e a mulher. A objeção de consciência pode ser analisada como conflito entre responsabilidades profissionais e direitos individuais; entre diferentes direitos individuais (direito à intimidade, liberdade de consciência, autonomia, saúde, entre outros); ou entre direitos individuais e deveres institucionais.

Os serviços de aborto legal são unidades de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento de mulheres nas situações previstas em lei. Um serviço é reconhecido como de referência para aborto legal por determinação institucional da unidade de saúde para o cumprimento das normas técnicas do Ministério da Saúde (MS).

A expulsão do feto pode ser considerada como a etapa mais dolorosa, em termos físicos, de todo o processo de abortamento, pois se trata de uma dor intensa, conforme a escala analítica da dor. Essa escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter esse tipo de informação, pois ela pode ajudar na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor, e as mulheres em aborto podem receber analgesia para minimizar o processo doloroso. Quando ocorre a expulsão do feto, muitas vezes, a mulher não deseja nem olhar para ele, quanto mais sentir a dor do corpo, que perdura por muitos dias. A posição para a expulsão do feto fica a critério da paciente. Pode ser deitada em um leito apropriado, sendo que as camas são PPP (pré-parto, parto e pós-parto), sentada, em pé ou como achar mais favorável. Isto é, é de escolha da mulher que está em processo de aborto parir o feto sentada de cócoras, deitada ou em pé. Isso significa que a mulher

é a protagonista do cenário apresentado, cabendo-lhe autonomia e participação ativa no andamento da expulsão do concepto.

Então, vamos considerar que o período de expulsão fetal, na segunda fase do trabalho de parto, é o pior momento pelo qual a mulher passa. Após a saída do feto, é realizado o Clampeamento do cordão umbilical, e o feto é enrolado em pano para que a paciente não possa vê-lo. Nesse momento, a equipe de saúde está em sala. Também pode ocorrer outro tipo de saída do feto, como escrito na segunda fase do trabalho de parto, que pode ser muito confundida com vontade de ir ao banheiro fazer necessidades fisiológicas. Em minha experiência como enfermeira, o mais cotidiano na rotina hospitalar é as mulheres ficarem sozinhas no quarto ou mesmo com acompanhante, mas não dá tempo de chamar a enfermagem e, quando chegamos, o feto muitas vezes está dentro do vaso. Nestas situações, retiramos o feto do vaso e o colocamos no recipiente próprio para enviar à patologia. Nesse instante, também pode ocorrer de todos entrarem na enfermaria, desde a enfermagem até acadêmicos e residentes, totalizando oito pessoas no quarto para atendimento, expondo a fragilidade e a intimidade da mulher.

Depois da expulsão do feto em razão do procedimento, ainda existe a saída da placenta, que demora até 30 minutos para retirada. Enquanto isso, são realizados alguns procedimentos médicos e de enfermagem que incluem as medicações para prevenir hemorragia, administração de 10 UI de Ocitocina e coleta de dados e registros do que ocorreu, os quais precisam ser acrescentados em relatórios. Logo após a saída da placenta, pode ser realizada a curetagem, ou seja, a retirada total dos restos embrionários do útero.

O serviço de aborto legal no SUS foi idealizado para atender mulheres vítimas de estupro e em risco de morte, duas situações em que o Código Penal não pune nem os médicos, nem as mulheres pela prática do aborto. A política do MS não restringe a assistência da rede pública de saúde para o aborto legal. No entanto, presume-se que ele seja realizado em hospitais públicos pela organização do modelo de assistência em torno da equipe multiprofissional e pelo fato de a Portaria 1.508/2005, do MS, regulamentar a assistência ao aborto legal no âmbito do SUS.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

Considera-se com esta dissertação que se possa entender sobre o quanto associamos os abortos a vulnerabilidade e questões de atendimento diferenciado em seus aspectos, em que o descaso são visto ao atendimentos e a indiferença da equipes de saúde. Até o presente trabalho, há poucos achados em literaturas publicadas sobre o tema que abordam a questão do aborto considerando a violência obstétrica. As literaturas gerais abordam a temática da violência obstétrica intraparto; já o aborto é discutido mais em termos de legalidade do que de atendimento, não se considerando algumas atitudes como violência obstétrica.

O aborto é um conceito simples de ser compreendido, mas complexo diante de todos os preceitos que o circundam. É um evento que pode ser único ou múltiplo na vida de uma mulher, acompanhado de sentimentos positivos ou negativos, independentemente da interrupção da gestação ter sido espontânea ou não.

Como profissionais de saúde, com o passar do tempo somos absorvidos pela rotina de atendimentos. Ao depararmos com as mulheres em abortamento, na maioria das vezes – ou até mesmo sempre – sem perceber, enquanto a mulher está abortando ou sendo atendida, continuamos com as conversas paralelas. Conversar sobre as situações da vida particular ou sobre o que se vai comer se torna natural nesses momentos, por exemplo, além de também se discutirem casos de outros pacientes diante de outro atendimento. Na saúde, isso pode se configurar como forma de violência em que a desumanização da assistência se faz pela invisibilidade da mulher. Essa invisibilidade, mesmo estando presente nos ambientes, pode ser compreendida como violência obstétrica e de gênero, em que o que está em jogo é um ato de soberania sobre essas mulheres e seus corpos.

Sob a análise de Foucault (1999), o poder como verdade vem se instituir pelos discursos que o atualizam, e pela própria intensificação das práticas. Os protocolos, rotinas e fluxos hospitalares permitem uma relação entre poder e verdade, a partir da qual a violência acaba sendo encoberta por procedimento de rotina hospitalares, jurídicas e médicas. A violência obstétrica, considerando-a como uma violência de gênero, é responsável por um importante adoecimento em mulheres após aborto. As mulheres são expostas a uma realidade de agressão cotidiana que provoca sofrimento e repercussões dessas situações, invisibilizadas pela própria normação dos procedimentos. No contexto do aborto, no contexto do momento de vulnerabilidades e necessidade de cuidado e acolhimento, essa violência se expressa de forma naturalizada e institucional, até mesmo de maneira invisível para as autoridades e para os profissionais de saúde.

Nesta escrita, operacionalizaram-se estratégias cartográficas norteadas pelo objetivo principal da pesquisa, qual foi compreender as formas de interrupção da gestação em hospitais,

atravessadas pela não valorização do atendimento às mulheres em abortamento devido às rotinas diárias do setor e fluxo de atendimento preestabelecido. Visibilizou-se a necessidade de atendimento individualizado, além da realização de orientações com relação aos cuidados a serem dispensados à mulher para que esta se sinta acolhida de forma adequada. Nesse percurso cartográfico, descreveram-se as práticas obstétricas nas situações de interrupção da gestação, articulando as práticas obstétricas com as relações de poder. Esta dissertação foi possível pela composição das leituras realizadas, bem como pela experiência e a vivência em ambiente hospitalar demonstrando as formas diferenciadas de atendimento às mulheres em processo de abortamento.

Hanna Arendt (1993) assume que a violência é uma ação humana e que a história está cheia de exemplos de seus totalitarismos. O exercício da violência, diz, é oposto ao exercício da ação política como práticas de liberdade, pois destrói as possibilidades de comunicação entre as pessoas.

Podemos pensar que a violência pode destruir o poder em torno de si. Algumas conquistas podem esfacelar práticas de liberdade, mas a violência não é capaz de construir nada em razão de seu contexto. Já para Foucault (2003), poder é exercício e age sobre a ação, e não direta e imediatamente sobre os corpos (violência), ainda que sobre eles deixe suas marcas. Poder é relação de forças sobre relação de forças: toda realidade é efeito e se produz em meio a esta rede de relações. Entretanto, é neste jogo e em seus efeitos de realidade que se produzem desvios, escapes e resistências inusitadas. Daí Foucault afirmar que, onde há poder, há resistências.

No escrever da dissertação, encontrei dispositivos produzidos e utilizados para a manutenção da prática hegemônica de assistência ao aborto. Dispositivos de violência de gênero fazem ver e dizer de relações de dominação, e dispositivos de poder-saber e subjetivação afirmam uma assistência ao aborto totalmente intervencionista e medicalizada. Contudo, muitas vezes foi possível perceber, em meio a estas práticas hegemônicas, movimentos feministas a favor da descriminalização do aborto.

Nas práticas obstétricas que têm se hegemonizado na assistência ao abortamento, encontramos as intervenções protocolares como saberes totalmente deslocados que se impõem, a despeito das circunstâncias e das singularidades da mulher em atendimento diferenciado, na formação médica e na de outros profissionais de saúde. Trata-se de uma formação baseada no intervencionismo, que condiz com essa situação. Uma das principais queixas das mulheres no processo de abortamento tem relação com as palavras e expressões corporais involuntárias dos profissionais de saúde. Exemplo comum do que ouço no dia a dia: o médico colocou o remédio

e disse simplesmente que era para ficar deitada e saiu do quarto, sem ao menos uma breve explicação das condições clínicas pelas quais a mulher em abortamento pode passar.

A assistência ao aborto proporciona um movimento humanizado e fisiológico, e as redes de saúde se envolvem e se conectam para infundir as boas práticas entre profissionais de saúde, que desafiam suas corporações, seus empregos, estabelecendo uma lógica do cuidado em conexão com a experiência da mulher e considerando uma situação mais delicada e dolorosa. A luta pela dignidade da assistência hospitalar ao aborto, ainda que apenas iniciada em alguns hospitais, que não são todos, é um desafio e uma urgência, tanto para mulheres e suas redes sociais, quanto para os profissionais que as assistem.

Perguntas-desafios, abertas a novas reconfigurações de modos de ver o abortamento, em conexão com realidades situadas, podem acionar e “trazer ao mundo algo que não existia”, fazendo funcionar outras políticas de narrativa sobre a experiência de cuidar. Para mulheres em abortamento, o cuidado humanizado faz com que se sintam acolhidas nesse processo tão doloroso pelo qual passam.



**REFERÊNCIAS**

---

- Aragaki, S. S., & Spink, M. J. P. (2009). Os lugares da psicologia na educação médica. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, 13(28), p. 85 – 98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000100008>
- Arendt, H. (2009). *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Arendt, H. (1993). *A condição humana*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Barros, R. B., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10(3), 561 – 571. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>
- Bazotti K. D. V., Stumm, E.M.F & Kirchner, R.M. (2009). Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto contexto enfermagem*, 18(1), 147-154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100018>.
- Bertolani, G. B. M., & Oliveira, E. M. (2010). Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Rev. Saúde Soc.*, São Paulo, 19(2), 286 – 301. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200006>
- Brasil. (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Presidência da República. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm\\_compacta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf)
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos serviços de Urgência*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_servico\\_urgencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf)
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações + Programáticas Estratégicas. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Canesqui, A. M. (1987). *Assistência Médica e a Saúde e Reprodução Humana*. Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO-UNICAMP. Recuperado de [http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos\\_nepo/textos\\_nepo\\_13.pdf](http://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_13.pdf)
- Carneiro, M. C. M. O. (2009). *Prevalência e Característico das Mulheres com Histórico de Aborto*. Dissertação, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, SP. Recuperado de <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/9967>

- Cavalcante Filho, J. B., Vasconcelos, E. M. S., Ceccim, R. B. & Gomes, L. B. (2009). Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. *Interface*, 13(31), 315-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000400007>
- Chauí, M. (1985). Participando do debate sobre mulher e violência. In M., Chauí, R., Cardoso, & M. C., Paoli (Org.). *Perspectivas Antropológicas da Mulher* (pp. 283). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.
- Colas, O., Aquino, N. M. R. & Mattar, R. (2007). Ainda sobre o abortamento legal no Brasil e o conhecimento dos profissionais de saúde. *Rev. Brás. Ginecol. Obstet.*, 29(9), 443-45. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000900001>
- Costa, R. S. D., Silva, D. M., Rodrigues, D. C. S., & Trigueiro, D. R. S. G. (2009). Aspectos éticos e legais do aborto: reflexão para profissionais de saúde. In *Anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireita e do III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa na Paraíba* (pp. 600 – 662). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Defensoria Pública do Estado de São Paulo - DPESP. (2013). Violência Obstétrica: você sabe o que é? Núcleo especializado de promoção e defesa dos direitos da mulher e Associação Artemis. *Escola da Defensoria Pública do Estado*. São Paulo. Recuperado de <http://www.sentidosdonascer.org/wordpress/wp-content/themes/sentidos-do-nascer/assets/pdf/controversias/Violencia-obstetrica.pdf>
- Deleuze, G., & Guatarri, F. (2011). *Mil platôs – v. I*. Rio de Janeiro: Ed. 34.
- Diniz, D. (1997). O aborto seletivo no Brasil e os alvarás judiciais. *Bioética*, 5(1), 19-24. Recuperado de [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/360/461](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/360/461)
- Diniz, S. G., Niy, D. Y., Andrezzo, H. F. A., Carvalho, P. C. A. & Salgado, H. O. (2016). A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface* (Botucatu), 20(56), 253-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.
- D'Oliveira, A. F. P. L. (1996). *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*. 1996. Dissertação, Mestrado em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Feuerwerker, L. C. M. (2002). *Mudança na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec.
- Foucault, M. (2008). *Microfísica do poder*. São Paulo: Edições Graal.
- Foucault M. (1995). O sujeito e o poder. In P. Rabinow, & H. L., Dreyfus. *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica* (pp. 231 - 249.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

- Foucault, M. (1972). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Edições Graal.
- Foucault, M. (1981). *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1982). *Vigiar e punir: uma história das prisões*. Petrópolis: Vozes
- Foucault, M. (2001). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (2003). *Estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2004). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Jesus, D. E. (1999). *Código penal anotado*. São Paulo: Saraiva.
- Mariani, A. C. & Neto, J. O. N. (2016). Violência obstétrica como violência de gênero e violência institucionalizada: breves considerações a partir dos direitos humanos e do respeito às mulheres. *Cad. Esc. Dir. Rel. Int.*(unibrasil), 2(25), 48-60. Recuperado de <http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/865>
- Marques, M. S. & Bastos, M. A. R; (1998) Aborto provocado como objeto de estudo em antropologia da saúde. *Rev. Min. Enf.*, 2(2), 57-61. Recuperado de <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/851>
- Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP (1998). *Aborto Legal: As Barreiras Enfrentadas pelas Mulheres Vítimas de Estupro no Distrito Federal*. Relatório Final. Brasília: NESP, Universidade de Brasília.
- Osis, M. J. D. 1994. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Paes, G. O. (2011). *Gerenciando o cuidado de enfermagem com protocolos assistenciais: a prática em enfermagem e sua interface com a tecnologia em saúde*. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de [http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN\\_D\\_GracieleOroskiPaes.pdf](http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_GracieleOroskiPaes.pdf)
- Palharini, L. A. (2017). Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cadernos Pagu*, (49), e174907. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201700490007>
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (2009). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina.
- Rebouças, M. S. S. (2010). *O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-existenciais*. Dissertação, Mestrado em Psicologia,

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Recuperado de [https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR\\_DISSERT.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17463/1/MelinaSSR_DISSERT.pdf)

- Rodrigues, D. P., Alves, V. H, Penna, L. H. G, Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., & Souza, R. M. P. (2017). O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*, 26(3), e5570015. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>.
- Ruiz, C. M. M. B. (2008). Ética e poder. A sujeição política, novo dilema ético. *Veritas*, 53(2), 35 – 50. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/veritas/article/viewFile/4457/3365>
- Sacramento, L. T., & Rezende, M. M. (2006). Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95 – 104. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a09.pdf>
- Saffioti, H. I. B. (2001). Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. *Cadernos Pagu*, (16), 115 - 136. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a07.pdf>
- Saffioti, H. I. B., & Almeida, S. S. (1995). *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Franca-Junior, I., & Pinho, A. A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 470 – 477. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400013>.
- Sena, L. M. & Tesser, C.D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*, 21(60), 209-220. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
- Silva, L. L. (2005). *CEVIC: a violência denunciada*. Dissertação, Mestrado em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/102249>
- Silva, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & Shimo, A. K. K. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Revista Rene*, 15(4), 820-828. Recuperado de <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/0>
- Silva, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C., & Shimo, A. K. K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev. Rene*, 15(4), 820. 828. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400020
- Stark, E., & Flitcrat, A. (1996). *Women at risk-domestic violence and women's health*. London: Sage.
- Talib, R. A. (2005). *Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004)*. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir. Recuperado de <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2005/01/Caderno-DossieAbortoLegal.pdf>

- Tesser, C. D., Knobel, R., Andrezzo, H. F. A. & Diniz, S. D. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev. Bras. Med. Fam.*, 10(35), 1-12. Recuperado de <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>
- Vieira, D. D. & Brito, L. T. A. (2015). Verdade e poder em Michel Foucault: um projeto genealógico. *Trilhas Filosóficas – Revista Acadêmica de Filosofia*, 8(2), 73 – 82. Recuperado de <http://periodicos.uern.br/index.php/trilhasfilosoficas/article/view/1862/1014>
- Vieira, S. R & Ferrari, L. P. (2011). Investigação de alterações citogenéticas em abortos espontâneos: um retrospecto de 2006 a 2011. *Cadernos da Escola De Saúde*, Curitiba, 2, 1-20. Recuperado de <http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/viewFile/2384/1956>
- Werneck, M. A. F., Faria H. P., & Campos, K. F. P. (2009). *Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>
- Zanello, V., & Porto, M. (2016). *Conselho Federal de Aborto e (Não) Desejo da Maternidade(s): questões para a Psicologia*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP\\_Livro\\_Aborto-2.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/11/CFP_Livro_Aborto-2.pdf)