



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Bianca Moraes Assucena

Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista

Rio de Janeiro

2013

Bianca Moraes Assucena

Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

A851 Assucena, Bianca Moraes.
Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista / Bianca Moraes Assucena. – 2013.
85 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Aborto – Aspectos sociais – Teses. 2. Profissional de saúde. 3. Serviços de saúde para mulheres. I. Mattos, Ruben Araújo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616-007.29

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Bianca Moraes Assucena

Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista

Dissertação apresentada, como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovado em 29 de maio de 2013.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social

Prof. Kenneth Rochel de Camargo Júnior
Instituto de Medicina Social

Prof. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social

Prof. Gustavo Correa Matta
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Ao meu querido e saudoso irmão, Ernani, que durante toda a sua curta, mas muito bem aproveitada, vida, de apenas vinte e três anos, viveu com muita garra, coragem e com muito otimismo, me ensinando que a melhor oportunidade a ser vivida é a que se está vivendo.

Superando muitos desafios, concluo este trabalho e dedico à você, meu irmão. Que, em algum lugar, bem pertinho de Deus, você comemore comigo este momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida e por estar conosco em todos os momentos;

Ao meu pequeno, Helder, pela alegria que me impulsiona pelo simples fato da sua existência. Amo você!

Aos meus pais, Vera e Sérgio, por estarem sempre ao meu lado, em todos os momentos da vida. Só tenho a agradecer pelo carinho, amor e disponibilidade.

À minha madrinha, Maria, minha “mãe dinda”, obrigada pelo seu amor e cuidado!

Ao meu tio, Fernandes, pela disponibilidade constante;

Aos meus sogros, Nilza e Netinho, pelo apoio com o pequeno Helder, pelo carinho e afeto desde que me conheceram.

Ao meu amigo e companheiro, Arlei, pela parceria de uma vida. Por comemorar e viver comigo a realização deste curso. Por seu amor e carinho!

Aos meus amigos, pelo afeto e por todos os momentos de descontração;

Ao meu querido orientador, Ruben, com quem tive a oportunidade de conviver durante esses dois anos, agradeço pela crença neste trabalho, pela disponibilidade, perspicácia, apoio e muita sabedoria. Como você sempre me disse: “É muito bom trabalhar com você!”

Às minhas chefes e amigas, Sara e Elaine, que me apoiaram e por muitas vezes, me ajudaram na realização deste curso;

À banca de qualificação, pela disponibilidade, sugestões e aprovação do projeto;

À toda à equipe do IMS, professores, recepcionistas, secretárias, faxineiras, equipes do laboratório e da biblioteca, por serem sempre zelosos, disponíveis e atenciosos conosco;

À Direção da unidade de pesquisa, que permitiu sua realização;

Aos profissionais de saúde da admissão, da instituição que escolhemos para pesquisa, por permitirem a observação dos seus processos de trabalho;

E por fim, à banca de defesa da dissertação, pela atenção, disponibilidade e aprovação deste trabalho.

Feliz de quem entende que é preciso mudar muito para ser sempre o mesmo.

Dom Helder Câmara

RESUMO

ASSUCENA, Bianca Moraes. *Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista*. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

Este estudo pretende analisar as práticas dos profissionais de saúde nos atendimentos prestados às mulheres em situação de aborto, em um hospital público, vale pontuar, que no processo de amadurecimento da pesquisa, durante o trabalho de campo, optamos em incluir, mulheres em suspeita de aborto e demais observações das práticas dos referidos profissionais. A discussão do aborto é polêmica, difícil e está em pauta em distintos cenários, sendo esta discussão reflexo do debate presente na sociedade e assim, considerando que mulheres em situação de aborto, necessitam serem atendidas nos serviços de saúde com respeito e responsabilidade por todos os profissionais, a postura do profissional de saúde no atendimento prestado é fundamental, logo, este estudo buscou analisar as práticas dos profissionais nestes atendimentos. A metodologia adotada foi da observação participante, onde o setor escolhido foi a emergência da unidade, chamada de admissão, que é a porta de entrada, um setor de grande rotatividade, tanto de profissionais, como de pessoas a serem atendidas. Buscou-se desvendar a partir dos encontros que acontecem na admissão, as normas, rotinas e o perfil dos atendimentos prestados às mulheres em situação de aborto. O estudo apontou para processos vividos no cotidiano das práticas, que expomos através das secções: É charminho?; Invisibilidade – Ninguém percebe; Não Julgar, é?; Silenciamento; Sabe que é errado...; Diálogo entre os sentados; Como garantir o atendimento? - O lado artístico da população – “Eles vão ter que resolver isso...” e A evocação do direito; Pares?; Ser bom? Você viu quantos papéis temos que preencher? Identificou questões de tensionamento sobre o não dito, algo que encontra-se naturalizado no cotidiano das práticas. Um diagnóstico da situação de invisibilidade do outro e de suas questões, bem como de silenciamento dos profissionais de saúde. Somente foi possível o encontro com esta percepção, através do estranhamento daquilo que nos era familiar, sendo esta vivência um espaço de tensionamento de posturas tomadas por nós profissionais no cotidiano das práticas.

Palavras-chave: Práticas em saúde. Atendimento a mulheres em situação de aborto. Profissionais de saúde.

ABSTRACT

ASSUCENA, Bianca Moraes. Meeting in health practices: another point of view. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2013.

This study aims to analyze the practices of health professionals in the care given to women undergoing abortion in a public hospital worth punctuate that the maturation process of the research, during the fieldwork, we chose to include women on suspicion of abortion and other observations of the practices of these professionals. The discussion of abortion is controversial, difficult and is on the agenda in different scenarios, this discussion reflects the debate in this society and so, considering that women undergoing abortion, need to be addressed in health care with respect and responsibility for all Professional, the professional attitude of health care provided is critical, therefore, this study investigates the practices of professionals in these services. The methodology was participant observation, where the sector was chosen to drive emergency, call admission, which is the gateway to a high turnover industry, both professionals as people to be met. We attempted to unravel from the meetings that happen at admission norms, routines and profile of care provided to women undergoing abortion. The study pointed to processes experienced in everyday practices that we expose through the categories: Is she being charming? Invisibility - No one perceives; Do not judge, right?; Silencing; know what is wrong ...; Dialogue between sitting; Ensuring the care? - The artistic side of the population - "They will have to solve this ..." and the evocation of law; Couple?; Being Good? You saw how many roles we have to fill?. Identified issues about the unspoken tension, something that is naturalized in everyday practices. A diagnosis of the situation of invisibility another and their issues as well as the silencing of health professionals. Was only possible encounter with this perception, through the strangeness of what was familiar, and this living space tensioning positions taken by us in everyday professionals practice.

Keywords: Health practices. Assistance to women undergoing abortion. Health professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ilustração da Sala Principal	62
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos utilizados para análise.....	47
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AADS/IPAS Brasil	– Ações Afirmativas em Direitos e Saúde/IPAS Brasil
ADPF	– Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
CCO	– Centro Cirúrgico Obstétrico
CDDLA	– Red Latino Americana de Católicas por el Derecho a Decidir
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CF	– Constituição Federal
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
IHAC	– Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMS	– Instituto de Medicina Social
MS	– Ministério da Saúde
NIR	– Núcleo Interno de Regulação
ONU	– Organização das Nações Unidas
PEC	– Proposta de Emenda Constitucional
PNH	– Política Nacional de Humanização
STF	– Supremo Tribunal Federal
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USG	– Ultrassonografia
WC	– Wintercuretagem

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	ABORTO UM PANORAMA	18
1.1	Discurso legal	18
1.2	Disputa por construção da legalidade	19
1.3	Discussão na sociedade	22
1.4	Assistência às mulheres em situação de aborto	25
2	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UMA APOSTA DE TECNOLOGIAS	29
3	METODOLOGIA	32
4	ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA – PERCALÇOS DO CAMINHO	35
5	A UNIDADE HOSPITALAR ESCOLHIDA	41
6	O ENCONTRO COM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DESCRIÇÃO DO NÃO DITO	49
6.1	Pares?	52
6.2	É charminho?	56
6.3	Invisibilidade – ninguém percebe	58
6.4	Não julgar, é?	61
6.5	Silenciamento	65
6.6	Sabe que é errado	67
6.7	Diálogo entre os sentados	68
6.8	Como garantir o atendimento?	71
6.8.1	<u>O lado artístico da população – “ eles vão ter que resolver isso...”</u>	71
6.8.2	<u>A evocação do direito</u>	74
6.9	Ser bom?	75
6.10	Você viu quantos papéis temos que preencher?	76

CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	78

INTRODUÇÃO

A temática trabalhada neste estudo foi se constituindo no decorrer do processo da pesquisa, tendo sido sua construção somente possível a partir de experiências vivenciadas ao longo deste caminho. Ser mulher compondo uma trajetória de vida enquanto profissional de saúde, militante e mãe, certamente contribuiu para este processo e neste momento nos deteremos a estas questões.

Após momentos de idas e vindas, encontros e desencontros durante a graduação de enfermagem, optei pelo campo da Saúde Coletiva, enquanto área de atuação e reflexão. Estágios, discussões em salas de aula e participação em iniciação científica foram essenciais para esta opção, que se concretiza na Residência de Enfermagem em Saúde Pública, realizada na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Já terminando a Residência, no ano de 2008, comecei a trabalhar na prefeitura do Rio de Janeiro, em um Hospital Maternidade, onde atuei em distintos setores como enfermeira assistencial. Após um período inicial de angústia, pois de imediato não me identificava com o processo de trabalho, aprendi a valorizar e a respeitar este, ampliando meu olhar para além de um cuidado focado no organismo biológico, para a singularidade e especificidade de cada mulher, diante de suas distintas demandas de saúde.

O mestrado entra na minha trajetória como uma oportunidade de reflexão de posturas e condutas dos profissionais de saúde no trato com mulheres em situação de aborto, uma reflexão que passa a ser sobre a minha própria conduta e postura profissional.

Em paralelo a minha experiência profissional, já no mestrado, me tornar mãe fazem parte deste caminho. Uma experiência incrível, intrigante e repleta de descobertas. Um mix de alegria e de profundo estranhamento. Vivências alegres e inquietantes, onde amamentar foi uma grande dificuldade, a experiência de não dormir e como consequência um cansaço exaustivo foram bastante difíceis de viver, mas parte da escolha. Um período inicial de intensa e assustadora dependência, mas atravessado por pequenos ensaios de sorriso, um carinho tímido que deslizava pela mão e até mesmo um choro com uma carinha linda e engraçada que garantiam o equilíbrio e a alegria para a vivência deste processo. Uma realidade desvelada somente a partir desta vivência. Um ser a ser conhecido, distinto daquele que imaginamos conhecer, repleto de suas próprias características e necessidades singulares desde sempre. Enfim, um processo de conhecimento, quebra de paradigmas e de construção do amor, expressando a concretude de um sonho.

Enquanto profissional de saúde, enfermeira, voltei minha reflexão para buscar entender qual o meu papel no meu ambiente de trabalho e qual assistência devo prestar para àquelas pessoas? E ainda, passei a questionar posturas profissionais que julgam e responsabilizam mulheres pela situação de vida que se encontram no momento do atendimento. Por outro lado, a experiência em me tornar mãe, dentre muitas coisas, é intensa e repleta de uma mística de construção do amor a partir do cotidiano. Optar por este novo momento, por viver essa experiência, que é bastante complexa, é algo que somente a mulher pode decidir se deseja fazê-la, devendo ser respeitada a sua opção de não vivê-la. A decisão de abortar reflete vários acontecimentos e pressões e nem sempre é uma decisão tomada de forma individual e repentina, nem isolada das condições sociais e sexuais na qual suas relações se situam (CARVALHO, 2009).

Por fim, me remeto à minha vivência enquanto militante na Igreja Católica, onde a partir da experiência em uma ala progressista da igreja, especificamente em um grupo de formação de jovens¹, aprendi a respeitar mulheres criminalizadas pela sociedade, que optam em realizar o aborto, por não ser possível o seguimento da gestação, pelos seus mais variados motivos.

Ao abordar tema tão difícil é importante dizer que, nem todas as pessoas partilham da mesma posição frente ao aborto, sendo este, o nosso posicionamento.

Independente dos posicionamentos das pessoas sobre o aborto, muitas mulheres o seguem realizando, desta maneira, apesar destes posicionamentos inclusive das próprias mulheres como um todo, mulheres em situação de aborto, bem como qualquer outra mulher, tem o direito a um atendimento de saúde repetoso, responsável e eficaz.

É neste sentido, que apontamos como questão desta pesquisa:

- Como se configura a prática dos atendimentos dos profissionais de saúde às mulheres em situação de aborto?

Apresentamos como nosso objeto: Atendimentos dos profissionais de saúde a mulheres em situação de aborto

Nosso objetivo geral é: Analisar as práticas dos profissionais de saúde frente às mulheres em situação de aborto. E como objetivos específicos, destacamos: Identificar as práticas dos profissionais de saúde presentes no cotidiano dos serviços; Identificar as práticas dos profissionais de saúde presentes nos atendimentos às mulheres em situação de aborto; Analisar as eventuais tensões entre as práticas e o respeito e responsabilidade dos atendimentos.

¹ Grupo chamado “Centros de Formação Humana Cristã”, que trabalhava com a metodologia de aplicação de cursos de formação para jovens, buscando a vivência de uma fé humanizada e racional.

Lançada a questão a ser trabalhada nesta pesquisa, acreditamos ser necessário traçar um breve panorama teórico sobre a temática do aborto, discutindo sua legalidade, embates e disputas em distintos cenários e ainda sobre as apostas tecnológicas que a Política Nacional de Humanização tem buscado dar conta no atual cenário do Sistema Único de Saúde.

1 ABORTO: UM PANORAMA

Para Brasil (2011a, p. 29) “Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento”. Partindo desta concepção, estamos trabalhando com a questão do abortamento, no entanto, optamos em manter o termo “aborto”, tendo em vista sua utilização ampla e consagrada.

O tema “aborto” se encontra em pauta em diversas pesquisas brasileiras, haja vista a abundância de fontes, que configura a importância deste tema para a saúde do País (DINIZ e CÔRREA, 2008), porém esta temática parece não ter sido suficientemente investigada, a partir de todos os focos, havendo desafios a serem enfrentados (NUNES, 2009). É neste sentido que pretendemos contribuir para esta discussão, sem a pretensão de esgotarmos o assunto.

1.1 Discurso legal

O aborto era praticado tanto como forma de controle da natalidade, como uma maneira de evitar filhos ilegítimos, sendo uma responsabilidade tão somente da mulher, a sua decisão e realização, sendo muitas vezes reflexo da situação de pobreza em que tal mulher vivia (REBOUÇAS E DUTRA, 2011; DEL PRIORI, 1994; TORRES, 2011). Por vezes, a perseguição ao aborto acontecia por intermédio da Igreja que relacionava tal prática à relação extraconjugal e ainda pela medicina que culpabilizava diretamente as mulheres pelo aborto (DEL PRIORI, 1994).

O Estado somente no século XIX se posiciona de forma a proibir, oficialmente, o aborto. A primeira lei brasileira restritiva ao aborto foi o Código Criminal do Império, datado de 1830, onde este era considerado crime em qualquer situação². Anos mais tarde, em 1940, é promulgado o Código Penal Brasileiro, onde a situação do aborto mantém-se criminalizada, porém, passa a serem previstos neste Decreto- Lei, exceção quando a gravidez resulta de

² Código Criminal do Império. Título II - Dos crimes contra a segurança Individual; Capítulo I - Dos Crimes contra a segurança da Pessoa, e vida; Seção II – Infanticídio:

Art. 199. Ocasionar aborto por qualquer meio empregado interior, ou exteriormente com consentimento da mulher pejada.

Penas - de prisão com trabalho por um a cinco anos.

Se este crime for cometido sem consentimento da mulher pejada.

Penas – dobradas.

estupro e risco de vida à gestante³. Em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou a Argüição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, que trouxe para o campo da legalidade a realização de aborto por mulheres gestantes de fetos que sejam comprovados anencéfalos.

No cenário mundial, na década de 90, aconteceram importantes encontros⁴ que estabeleceram a discussão mundial sobre diversas questões, dentre elas o aborto. Para Faúndes e Barzelatto (2005), há um consenso global que entende que o aborto deveria ser legal para salvar a vida da mulher. E ainda, há uma tendência mundial de descriminalização do aborto, ou pelo menos, de liberalização das leis sobre o aborto, proveniente do entendimento de que as leis que restringem o aborto se traduzem em graves conseqüências sociais e de saúde (FAÚNDES E BARZELATTO, 2005).

No Brasil, partimos de um panorama de total restrição ao aborto, para um cenário de autorização de casos específicos, onde não podemos deixar de constatar uma construção e evolução no que se refere à legalidade do direito ao aborto. O avanço é inquestionável, porém, lançamos um realce para sua limitação, no que se refere a sua abrangência, pois seguem sendo restritas as situações de aborto que são consideradas legais, refletindo diretamente uma limitação na formulação e execução de políticas públicas de acolhimento e prática do aborto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

1.2 Disputa por construção da legalidade

A questão do aborto se coloca a partir de avanços e engessamentos no que se refere ao seu aspecto legal. Mas há esforços e debates que vem travando disputas, no cenário legislativo

³ Decreto – Lei n 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Parte Especial. Título I - Dos crimes contra a pessoa. Capítulo I - Dos crimes contra a vida

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

⁴ Destacamos a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo e da IV Conferência Mundial da Mulher, em 1995, em Pequim, organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde os países, dentre eles o Brasil, assinaram acordos internacionais de comprometimentos. A Conferência do Cairo aponta para um reposicionamento da discussão de direitos reprodutivos tratada na esfera de controle populacional, mas como questão de direito individual da mulher. A Conferência de Pequim, através da sua plataforma de ação, declarou o aborto ilegal como um problema de saúde pública, exortando os governos dos países a fornecer serviços de abortos legais e rever as leis que punem mulheres que realizaram abortos ilegais, ambas refletem a mobilização mundial pró-aborto (Camargo, 2009). Vale apontar que a Plataforma de ação da Conferência de Pequim pode ser acessada através do link <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/docsfund/instru_inter_pequim.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012

brasileiro, buscando modificar esta questão, partindo tanto da proposta de ampliação da legalidade, considerando a sua descriminalização, como também partindo de propostas que consideram a restrição, parcial ou total, desta mesma legalidade.

A partir da década 70 até o começo da década de 80 inicia-se um período de aquecimento no que se refere a participação na discussão sobre o aborto, porém esta ainda era restrita, sendo intensificada na década de 80, inclusive no âmbito da Assembléia Nacional Constituinte. A década de 90 amplia as estratégias de disputa desta questão, abrangendo iniciativas parlamentares. O fim desta década e início dos anos 2000 é marcado pelas proposições de parlamentares ligados a entidades religiosas (ROCHA, 2005). E ainda, a partir dos anos 2000, há iniciativas religiosas contrárias à descriminalização, como também de ofensiva aos restritos permissivos legais, estabelecidos pelo Código Penal Brasileiro, no que se refere ao direito ao aborto (MATOS, 2010).

No contexto de redemocratização do país e no processo de elaboração da Constituição Federal (CF), de 1988, o discurso da Igreja Católica como de outras denominações religiosas se mostraram contraditórios, por apresentarem um discurso progressista para questões de justiça social, democracia e direitos humanos, porém, naquilo que se refere à reprodução, sexualidade e ao planejamento familiar, mantiveram seu discurso conservador (EMMERICK, 2010). É importante pontuar que é neste período que há uma intensificação dos embates entre movimento feminista e Igreja Católica, como aponta Rocha (2005):

No contexto da Constituinte, aparecem, de modo transparente, as sérias divergências em relação a essa matéria, concernentes à defesa da vida desde o momento da concepção ou, diferentemente, à defesa do direito de decisão da mulher sobre esse assunto. A primeira posição, influenciada pela opinião da hierarquia da Igreja Católica e pelas religiões de denominação evangélica; a segunda posição, influenciada pelo movimento feminista.

O acirramento desta disputa promove um aumento do debate público sobre o aborto, refletindo também, no aumento de iniciativas de projetos de leis, através de iniciativas parlamentares. Realço esta discussão, com o exemplo da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 25/95, apresentada pelo, à época parlamentar, deputado Severino Cavalcante, visando a inclusão ao cabeçalho do artigo 5º da CF, o direito à vida desde a concepção, esta emenda foi alvo de intenso debate, com atuação da igreja católica, movimento feminista, mídia e demais atores políticos, contudo foi derrotada após intensos embates (ROCHA, 2005; MELO, 2005). É importante destacar que a Igreja Católica, apoiada por parlamentares evangélicos, buscou a restrição total dos permissivos legais ao aborto, inclusive dos casos já previstos em lei

(ROCHA, 2006), vale dizer, que travou enfrentamentos frente aos grupos liderados por feministas, não obtendo êxito nesta questão. (CAMARGO, 2009).

Neste cenário, de 1985 à década de 90, foram apresentadas mais de cinquenta proposições legislativas, na sua maioria visando ampliar os permissivos legais referentes ao aborto, gerando uma reação da Igreja Católica e de outros grupos religiosos, que rapidamente mobilizaram sua articulação em torno do lema “Em defesa da vida” (EMMERICK, 2008), visando justificar seu posicionamento que há vida desde o momento da concepção, como origem do ser humano. Contudo, para Rocha (2005), até o início dos anos 90 foram apresentadas trinta proposições legislativas, onde a grande maioria refletia uma posição contrária à autorização da prática do aborto, já nas duas legislaturas da década de 90, foram apresentadas vinte e três proposições legislativas, sendo a grande maioria, de alguma maneira, favorável à prática do aborto.

Nos anos 90, somente foi aprovada a Lei nº 8.921/94, que alterou o inciso II, do artigo 131, da Consolidação das Leis do trabalho, que garante o abono para as faltas que acontecem em decorrência de aborto, independentemente da circunstância que ocorra (ROCHA, 2005). Sem dúvida, esta aprovação representa um avanço na discussão do aborto, tendo em vista, que passaram a ser abonadas também as faltas das mulheres que tenham provocado aborto. Contudo, este avanço ainda é incipiente e necessita de averiguações que dêem conta do seu cumprimento.

Já nos anos 2000, mais especificamente de 2000 a 2007, foram apresentadas mais de quarenta proposições legislativas, onde a grande maioria era contrária à permissão do aborto. Vale destacar, que a boa parte das proposições de ampliação do direito ao aborto foram arquivadas, demonstrando o poder de articulação dos grupos religiosos no Congresso Nacional (EMMERICK, 2008). Contudo, de 1999 a setembro de 2004, foram apresentadas vinte proposições, sendo onze de iniciativa de parlamentares vinculados a grupos religiosos, sete visando ampliação do direito à prática do aborto e duas buscando garantir direitos já assegurados em relação à interrupção da gestação, porém, neste período, nenhuma proposta foi aprovada (ROCHA, 2005).

Observamos um retrocesso no que se refere às iniciativas legislativas quando comparamos a década de 90 com os anos 2000, onde neste, há um grande número de proposições contrárias ao aborto como um direito da mulher, e naquele, um número maior de proposições favoráveis à prática do aborto. É notável a participação de parlamentares vinculados às religiões, estabelecendo um jogo de intensa disputa, que também é influenciado por agentes da sociedade, configurando um cenário de engessamento das políticas tanto no

que se refere à ampliação dos permissivos legais referentes ao aborto, como também no que se refere à restrição, parcial ou total dos mesmos.

Vale apontar, que segundo Ações Afirmativas em Direitos e Saúde/IPAS Brasil (AADS/IPAS Brasil), em 2011, a Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, rejeitou quatro projetos de lei que consideravam o aborto como crime hediondo⁵.

1.3 Discussão na sociedade

Há lutas, disputas, embates travados quando o assunto é o direito ao aborto, contudo estes não se configuram tão somente no âmbito do Parlamento, mas esta discussão é reflexo do debate presente no interior da sociedade, por intermédio de agentes sociais e políticos, que possuem frentes de atuação, com bandeiras de luta distintas, levando este debate e aquecendo essa discussão na sociedade como um todo e formando opiniões.

No cenário brasileiro, no processo de redemocratização do país, especialmente a partir da década de 90, inicia-se um debate sobre o aborto na sociedade, através de entrevistas, artigos, editoriais veiculados pelos meios de comunicação, que lançavam a discussão da necessidade de adequação da legislação do aborto à realidade do país (MELO, 2005).

Como destaque, o Programa, da Rede Globo, chamado “Você Decide”, exibido no primeiro semestre de 1993, em horário nobre, abordou o tema do aborto. Para esclarecimento, este programa tratava questões polêmicas, onde a sociedade ligava e votava “Sim” ou “Não”, para a questão abordada, definindo desta forma, o resultado da trama. Neste programa, a protagonista precisava definir se faria ou não um aborto. Conforme lembra Melo (2005), o público ficou dividido, optando pela não realização do aborto, contudo, a diferença foi mínima, sendo considerado um empate técnico.

Vale pontuar, que em Pesquisa de opinião-pública realizada pelo Instituto de Pesquisas, Datafolha, em 2007, que entrevistou 2095 brasileiros, revelou que 87% dos mesmos consideravam a interrupção da gravidez, aborto, moralmente errada⁶.

⁵ Entende-se por crime hediondo aquele que é insuscetível de anistia, graça, indulto e fiança, devendo sua pena inicial ser cumprida em regime fechado. “A Lei 8.072/90 define como hediondos os crimes de latrocínio, homicídio praticado por grupos de extermínio, extorsão qualificada por morte, extorsão mediante sequestro, estupro, atentado violento ao pudor, disseminação de epidemia que provoque morte, envenenamento de água potável ou de substância alimentícia ou medicinal causando morte, e genocídio”. Informação pode ser acessada no link: <http://www.aads.org.br/wp/?p=1461> acessado em 18/06/2012

⁶ http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=508 . Acesso em 17 jun. 2012

Nesta mesma década, começaram a nascer movimentos de luta pela legalização do aborto, como também grupos oriundos do dissenso da Própria Igreja Católica, assim como, movimentos de luta pelo combate à legalização do aborto. Dentre os mais variados movimentos, destacamos alguns para enfoque, dentre eles: a Organização Católicas pelo Direito de Decidir; Centros de Formação Humana Cristã; Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família. É importante dizer que optamos por tais grupos, ou por termos alguma relação de proximidade aos mesmos ou simplesmente pela proximidade através de leitura de textos dos mesmos.

Católicas pelo Direito de Decidir é uma organização não governamental feminista, fundado em 1993, que “busca a justiça social, o diálogo inter-religioso e a mudança dos padrões culturais e religiosos que cerceiam a autonomia e a liberdade das mulheres, especialmente no exercício da sexualidade e da reprodução”⁷. Em parceria com outros países da América Latina, construíram, a partir de 1996, a “Red Latino Americana de Católicas por el Derecho a Decidir” (CDDLA), atuando na luta pela legalização e descriminalização do aborto.

O movimento “Centros de Formação Humana Cristã”, fundado no ano de 2003, oriundo de uma separação com um grupo, de formação conservadora de jovens, na Igreja Católica, na arquidiocese do Rio de Janeiro. Destaco um trecho do texto de apresentação deste movimento para esclarecimento do seu perfil.

Somos Igreja que se pensa, que estuda, que discute, que analisa. A Elaboração, o Pensar Coletivo são marcas nossas. Rejeitamos o senso comum e não fazemos do Bom-senso uma amarra. Senso vem do que se sente e, mais do que sentir, queremos descobrir, através da reflexão, os caminhos para a construção do Reino. Quando a gente não pensa no porque faz isso ou aquilo, mas, ainda assim fazer isso ou aquilo é sinal de que alguém está pensando por nós. Agradecemos, mas recusamos! Preferimos recorrer ao conhecimento da Doutrina, da Sagrada Escritura, do Magistério da Igreja, da rica Tradição Católica para, com tudo isso, elaborar e agir sobre nós mesmos e sobre a realidade que nos cerca. Cada um de nós é teólogo da nossa própria realidade, confrontando-a sempre com a revelação de Deus em Jesus e produzindo pensar transformador e prática transformadora (Centros de Formação Humana Cristã, 2006)⁸.

Destacamos este movimento, não exatamente pela sua intervenção na discussão do aborto, mas como realce por ser um grupo oriundo do interior da Igreja Católica e divergente com a mesma. Como consequência da sua própria metodologia de intervenção social, o grupo se dissolveu, enquanto movimento eclesial, mas seus integrantes se encontram inseridos na

⁷ <http://catolicasonline.org.br/institucional/> . Acesso em 16 jun. 2012

⁸ <http://cfhc.wordpress.com/quemsomos/> . Acesso em 17 jun. 2012

sociedade civil travando debates, organizando lutas por questões importantes, dentre elas pela legalização do aborto.

A Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, fundada no ano de 1991, é uma articulação nacional do movimento feminista e antirracismo. É composta por organizações não-governamentais, pesquisadores, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, ativistas do movimento de mulheres e feministas⁹, profissionais da saúde e outros que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos. Atua em âmbito nacional, estando presente em 30 estados da federação. É fundadora e faz parte das Jornadas Brasileiras pelo Aborto Legal e Seguro e da Frente Nacional pelo Fim da Criminalização das Mulheres e pela Legalização do Aborto¹⁰

Em uma outra vertente, no ano de 1993, foi fundado a Associação Nacional Pró-Vida e Pró-Família, cujo principal objetivo é “divulgar e defender os valores éticos e morais da inviolabilidade da vida humana desde sua concepção e dos direitos da família”, apresentando como finalidades a defesa da vida desde a concepção até a morte natural e a defesa dos valores morais e éticos da família¹¹. Este movimento é aberto a todos aqueles que concordem com as suas finalidades, independente da religião, sendo este uma importante frente de combate a legalização do aborto, formador de opinião dentro e fora da Igreja Católica.

É importante apontar que a demanda pela ampliação do direito ao aborto é um debate que é travado não somente a partir dos movimentos feministas, mas também por agentes sensíveis a esta questão, dentre eles: advogados, juízes, profissionais de saúde e parlamentares. (MELO, 2005).

Esses agentes atuam como formadores de opiniões de parcelas da sociedade, favorecendo a configuração de um cenário de polêmica e controvérsia no que se refere ao aborto, mas acima de tudo um cenário de disputas travadas constantemente que se refletem também através das disputas parlamentares.

O que se configura são posições distintas, que predominam ora favorecendo uma determinada tendência, ora outra, havendo, desta forma, uma diversidade de posicionamentos quando se refere a esta discussão.

⁹ O termo “Movimento feminista” aparece em outros momentos anteriores do texto, contudo, optei em somente esclarecer o mesmo, a partir do confronto com o termo “Movimento de Mulheres”, para tanto, Oliveira (2005) aponta que: A Premissa “Nosso Corpo nos pertence” foi que diferenciou, conceitualmente, ambos os movimentos. “Para o feminismo, a questão do direito ao aborto, do direito à escolha de ter ou não ter filhos, a escolha do livre exercício da sexualidade é premissa básica, fundamental e necessária. Já o discurso do movimento de mulheres é mais amplo, suas reivindicações são abrangentes, trata-se de um complexo de demandas por equipamentos sociais no qual a questão do aborto não está posta” (OLIVEIRA, 2005, P. 132)

¹⁰ <http://www.redesaude.org.br/portal/home/institucional.php>. Acesso em 16 jun. 2012

¹¹ <http://www.providafamilia.org.br/site/quemsomos.php>. Acesso em 16 jun. 2012

1.4 Assistência às mulheres em situação de aborto

A prática do aborto, no Brasil, é permitida à mulher em casos onde a gravidez resulta de estupro, risco de vida à gestante e gestação de fetos que sejam comprovados anencéfalos. Cabendo ao Estado garantir a interrupção da gestação de forma ética, humanizada e segura (BRASIL, 2008).

Para Matos (2010, p. 28),

A questão do aborto, conforme já escrito, punida por lei pelo Código Penal de 1940, permaneceu, na realidade, praticamente inalterada até o fim dos anos 1980. Ou seja, legalmente considerada como um crime – salvo nos dois casos previstos por esta lei -, mas pouco cumprida e sem serviços para realização do aborto legal.

Apesar de prevista desde a década de 40, a assistência para realização do aborto previsto em lei, somente foi possível a partir da década de 80, através de pressão exercida pelos movimentos feministas sobre os governantes e porque esta possibilidade de assistência já estava prevista em lei (FREITAS, 2005). Para Duarte e Osis (2005 p. 261):

O CAISM atendia aos casos de aborto previsto em lei, desde 1986; o Hospital Fernando Magalhães, desde 1988; o Hospital do Jabaquara, desde 1989; e o Hospital Pérola Byington, desde 1994. Todos os quatro hospitais atendiam aos pedidos de aborto em caso de risco de vida para a gestante e gravidez resultante de estupro e referiram agendar consultas de seguimento pós-aborto. Apenas os Hospitais Fernando Magalhães e Pérola Byington possuíam uma equipe especial para atender aos casos de aborto legal; nos demais, o atendimento estava inserido na rotina hospitalar.

Atualmente, há em todo o país 64 centros para realização do aborto previsto em lei, sendo somente um no estado do Rio de Janeiro, tendo sido a implantação destes de acordo com a disponibilidade das administrações locais¹². Contudo, para Osis e Dutra (2005), em 2002, o número de hospitais que atendem estes casos de aborto, aumentou de sessenta e nove, em 2001, para duzentos e cinquenta.

A decisão de realização dos casos de aborto permitido em lei e previsto na jurisprudência do STF, não se configura como uma prática tão simples, pelo contrário, é extremamente complexa e delicada, dependendo da decisão não só da mulher, mas também do profissional de saúde, sendo marcada pela presença de questões importantes de aspecto moral, ético, legal e religioso. (MARQUES E BASTOS apud REBOUÇAS E DUTRA, 2011).

Destacamos como exemplo, o caso que foi notícia em todo o mundo, da menina de nove anos, estuprada pelo padrasto, que engravidou de gêmeos, no estado de Pernambuco. A menina sentia intensas dores abdominais, enjôos e tontura que fez com que sua mãe a levasse

¹²

<http://www.aads.org.br/wp/?p=1816> acessado em 01/05/2012

a uma unidade de saúde, que rapidamente identificou a gravidez, que já se apresentava na 16ª semana. Como caso legalmente autorizado para realização do aborto, o mesmo foi realizado no Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), no estado de Pernambuco. Contudo, a Igreja Católica, por intermédio do, à época arcebispo de Olinda e Recife, dom José Cardoso Sobrinho, não só se posicionou totalmente contrário ao aborto, como classificou o procedimento como um “crime grave”, excomungando¹³ todos àqueles que apoiaram a interrupção da gravidez, exceto a menina e curiosamente o padrasto. A decisão do arcebispo apesar de ter um caráter religioso, sem dúvida, cumpriu um papel de influência pública na vida dos cidadãos, no que se refere à reflexão e formação de opinião sobre a assistência à saúde aos casos de mulheres em situação de gestação passível de aborto, previsto em lei, sendo este caso, bastante transmitido pela mídia, inclusive a partir das considerações do citado representante da igreja Católica. E ainda, em entrevista, o médico Aníbal Faúndes, pontuou que “Todo mundo percebeu que o Brasil é a favor do aborto em caso de estupro e risco à vida da mulher”¹⁴. Vale dizer, que este entrave com a Igreja católica foi enfrentado por setores opositores, assim como, sofreu repúdio do Presidente da República, Ministro da Saúde e membros da sociedade civil, logo, diante de tantas pressões o citado representante se viu forçado a recuar em seu posicionamento (Loc. cit., nota 11). Ainda quando o aborto é previsto em lei, o embate e a polêmica continuam existindo.

Como observamos, há muitos dissensos no interior da sociedade, quando se trata da polêmica do aborto, logo, há questões e dissensos entre profissionais de saúde. Contudo, quando o assunto se refere ao aborto induzido, realizado na clandestinidade, a situação se agrava ainda mais.

A Organização Mundial de Saúde estima que aconteceram 21,6 milhões de abortos de forma insegura no mundo no ano de 2008, sendo este número quase 2 milhões a mais do que o estimado em 2003. E ainda, as mortes por aborto inseguro estimam 13% de todas as mortes maternas (WHO, 2008). Reforça Rebouças e Dutra (2011), a Organização Mundial de Saúde e o Guttmacher Institute estimaram, no ano de 2009, que no mundo 5 milhões de mulheres são internadas por complicações pós-aborto, provocando 13% das mortes maternas. Para a Rede Feminista de Saúde¹⁵, registros do Departamento de Informática do SUS (DATASUS),

¹³ A excomunhão é uma das penas previstas pelo Direito da Igreja. Por ‘excomunhão’ se entende a censura ou pena medicinal pela qual o réu de delito é excluído da comunhão com a Igreja Católica. Informação encontrada no link <http://www.bibliacatolica.com.br/blog/doutrina-catolica/a-pena-de-excomunhao-no-direito-canonico/>. Acesso em: 15 maio 1012.

¹⁴ <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/7978696.stm>. Acesso em: 20 abr. 2012.

¹⁵ <http://www.redesaude.org.br/portal/home/biblioteca.php>. Acesso em: 15 jun. 2012.

apontam que no ano 2000, ocorreram no país, 247.884 interações por aborto pagas pelo SUS, das quais 67 terminaram em óbito, sendo 10 óbitos no estado do Rio de Janeiro. Ainda para AADS/IPAS Brasil (2010)¹⁶, 15% das mulheres brasileiras realizam aborto uma vez na vida e de acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, 2.010 mulheres que abortaram morreram nos últimos 15 anos, sendo estes os dados provenientes dos serviços públicos de saúde, contudo, aqueles que são realizados de forma clandestina certamente a situação é muito mais crítica. E ainda de acordo com Adesse (informação verbal)¹⁷, há no país 230.000 interações/ ano no SUS, sendo aproximadamente dois terços desse total um número estimado de aborto incompletos¹⁸ que chegam às unidades de saúde.

Pelo que observamos as estimativas são bastante altas, no que se refere à prática do aborto, e ainda do aborto induzido, realizado na clandestinidade, desta forma, os abortos com previsão legal e induzido, se configuram como práticas importantes no Brasil. Contudo, vale pontuar que o aborto sempre foi uma realidade das mulheres ao longo das culturas e gerações (SCHOR E ALVARENGA, 1994), independente da sua legalidade. Ainda que na clandestinidade sempre aconteceu, acontece e certamente continuará acontecendo (REBOUÇAS e DUTRA, 2011).

Segundo Matos (2010: p.36): “Em geral há um consenso de que a criminalização do aborto atinge mais a mulher pauperizada, já que as mulheres com melhor poder aquisitivo recorrem a serviços de abortamento com maior qualidade e residual risco a sua saúde”.

Desta forma, quanto maior o poder aquisitivo da mulher, maior a probabilidade de realização do aborto em ambientes mais seguros, com menor probabilidade de risco, tendo como referência, profissionais de saúde, do contrário, quanto menor o poder aquisitivo da mulher, maior a probabilidade de realização do aborto em ambientes menos seguros, sujeito a riscos, tendo como referência pessoas que não são profissionais de saúde. Para Souza et al (2010), no que se refere à clandestinidade, a trajetória das mulheres ao optarem pelo aborto induzido, inicia-se com a utilização de chás, uso de medicamentos intravaginais e utilização de sondas inseridas por pessoas leigas, que orientam a procurar a maternidade em casos de hemorragia.

¹⁶ http://aads.org.br/noticias_old/2010_08_09.pdf . Acesso em: 18 jun. 2012.

¹⁷ Vídeo acessado através do link < <http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=3271>>, carregado em fevereiro de 2012.

¹⁸ Aborto incompleto é caracterizado pela não eliminação completa do material ovular.

As mulheres em situação de aborto que chegam aos serviços de saúde quando não se encontram em processo de aborto espontâneo¹⁹, optaram pelo aborto, contudo, conhecemos esta mulher em momentos distintos da assistência. Quando é possível optar por um aborto com previsão legal, conhecemos esta mulher desde antes da intervenção, reduzindo riscos de realização do aborto em ambientes inseguros e certamente intervindo na redução da mortalidade materna; quando esta chega ao serviço em consequência de um aborto induzido, somente a conhecemos quando já está em curso alguma intercorrência ou dano, em distintos graus, já instituído à sua saúde. É importante dizer que a assistência à saúde da mulher em situação de aborto, necessita estar amparada pelos princípios da integralidade, igualdade e resolutividade.

É relevante apontar que para realização do aborto previsto em lei e também para o caso previsto na jurisprudência do STF, além da necessidade de informação dos profissionais quanto a possibilidade legal de realização deste, sem um mandado judicial, há uma outra questão que está relacionada à disponibilidade dos profissionais médicos em realizar um aborto, e dos demais profissionais em atender, acolher e encaminhar. Quando falamos em aborto induzido, abrangendo tanto o aborto que é provocado pela mulher, como também aquele que tinha viabilidade legal, mas que acabou sendo realizado sem este amparo, é rotineiro que haja uma necessidade de atendimento imediato, devido a gravidade do caso que chega às unidades de saúde, necessitando uma intervenção técnica. Por vezes, esta situação é encarada pelos profissionais de saúde como um ato criminoso e cruel da mulher.

Desta forma, torna-se importante ressaltar que estas mulheres necessitam não somente de intervenção sobre seu estado biológico, mas um olhar ampliado para sua condição de existência, livre de preconceitos e julgamentos desrespeitosos. Para Matos (2010), as mulheres que optaram pela realização do aborto induzido, o fizeram por distintos motivos, afirmando que talvez se outros estivessem em seu lugar, é possível que não as julgassem negativamente. Complementa Motta (2005, p. 220):

Ao procurar o serviço de saúde para atendimento, a mulher, além de necessitar de tratamento de urgência para sua condição física, está vulnerável às reações dos profissionais que as atendem e que são participantes do contexto social, no qual permeiam atitudes negativas acerca do abortamento.

Por fim, o atendimento das mulheres em situação de aborto é uma garantia na perspectiva do direito, devendo estas mulheres serem atendidas de forma digna, responsável e eficaz.

¹⁹ Aborto espontâneo é caracterizado pela interrupção da gestação até a 20ª ou 22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g, de forma natural.

2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UMA APOSTA DE TECNOLOGIAS

Estamos trabalhando em um contexto de apostas tecnológicas, que talvez em políticas públicas de saúde, sejam as melhores apostas que estão postas. A Política Nacional de Humanização tem buscado dar conta da discussão e implementação destas apostas no cotidiano dos serviços de saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, reconhecendo a necessidade de implantação de práticas de humanização nas ações de atenção e gestão da saúde, contribuindo para a legitimação do SUS como política pública. Vale pontuar que entende-se por humanização a valorização dos distintos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Campos (2003), há uma Clínica oficial, que se determina como responsável exclusivamente pelas doenças e suas características, marcada por uma intensa disputa de poder, fixação em procedimentos técnicos e pouco preparo para lidar com dimensões subjetivas.

Há um processo de separação da forma de pensar o trabalho, da sua execução, onde por vezes os trabalhadores passam a serem controlados, devendo ser obedientes a normas e regras. Neste processo de gestão, Campos (2007) aponta a criação de sujeitos seriais, enquanto seres desestimulados, reduzidos a questão de objeto por uma lógica dominante, hierarquizada, que institui distintas expectativas entre os trabalhadores quanto às suas vontades, realização e acesso ao poder, eliminado o subjetivismo no momento da execução das tarefas. Explica ainda que, este modelo de gestão, induz à “Morte ao desejo de Ser Sujeito, autor de alguma Obra, alguém realizando-se, com direito à diferença e à notoriedade” (CAMPOS, 2007, p. 32).

Merhy (2007) trabalha com a noção de processos de trabalho vivo e morto, onde o primeiro é o trabalho criador, dotado de envolvimento do trabalhador com a sua obra, o instituinte que está em processo, por outro lado, o trabalho morto está ligado ao já instituído, ao já produzido. Para clarear, utilizamos o exemplo do marceneiro: a produção da cadeira, trabalho do marceneiro é o seu trabalho vivo, contudo, o martelo e madeira são resultados de um trabalho humano anterior, um trabalho vivo anterior, porém neste momento da produção é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho, e assim temos o estabelecimento do trabalho morto. É a morte da subjetividade, da possibilidade de ser pensante e reflexivo de suas próprias ações.

Como pensar em superação desta naturalização? Repensar processos, posturas não é fácil e exige um desinstalar que nem sempre é possível ou desejado.

Campos (2003) sugere a Produção da Clínica do Sujeito, onde a atenção se volta para a doença, mas também busca ampliar este olhar para o contexto e ao próprio sujeito.

Pensamos na “Clínica dos Sujeitos”, onde o profissional de saúde, entendido como sujeito partícipe e fundamental da tríade relação, profissional – usuário – instituição, pode ser colocado em questão, contextualizando tanto o sujeito como o seu contexto de trabalho, bem como regras e normas que regem a instituição, sendo estes pontos importantes para o real entendimento e a reorganização do cotidiano das práticas.

Para a PNH (2004, p. 07), a Humanização, enquanto Política, deve, portanto:

traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da **produção de sujeitos (Grifo Nosso)**.

A PNH – SUS, apresenta uma proposta de repensar o Sistema Único de Saúde, tradicionalmente marcado por formas verticalizadas e autoritárias de gestão, traduzido pelo modelo biomédico, onde a ação é centrada no processo saúde – doença - cura, para constituição de um modelo de atenção e gestão da saúde, pautado por políticas transversais, buscando modos autônomos, democráticos, responsáveis e reflexivos de fazer gestão a partir dos cotidianos de trabalho dos sujeitos responsáveis pela conformação da política de saúde.

Dentre as apostas tecnológicas da PNH, gostaríamos de destacar o acolhimento com classificação de risco enquanto uma tecnologia presente no ambiente de observação desta pesquisa.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento está relacionada a uma atitude de bondade e favor por parte dos profissionais de saúde, ou até a uma dimensão espacial, como uma recepção com um ambiente confortável, contudo, tais perspectivas quanto tomadas de forma separada dos processos de trabalho há uma redução do acolhimento a uma ação isolada e descomprometida com processos que busquem responsabilização e produção de vínculo. Logo é preciso entendê-lo como produção de saúde (BRASIL, 2010).

O acolhimento passa a ser discutido como uma postura ética, que busca dar resolutividade às demandas trazidas, através da responsabilização dos profissionais de saúde,

em combater os processos de “anestesiamento” da escuta, de produção de indiferença frente ao outro. Pressupõe o compartilhamento de saberes e angústias (BRASIL, 2010).

O ato de acolher somente é exercido a partir dos encontros, das relações estabelecidas nos cotidianos dos processos de trabalho, como possibilidade de produção mútua dos sujeitos. Um processo de reinvenção da vida de cada sujeito.

A Classificação de risco enquanto ferramenta possui alguns objetivos importantes, além de organização da fila, dentre eles:

Garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento (BRASIL, 2010, P. 24).

Avaliar o risco e a vulnerabilidade dos sujeitos, requer um olhar cuidadoso e uma escuta solidária, um exercício de percepção do não dito e valorização daquilo que é dito e trazido como demanda.

A proposta do acolhimento com classificação de risco configura-se como uma aposta de reorganização das portas de entrada das urgências, buscando melhoria da qualidade dos serviços, podendo possibilitar a reflexão sobre mudanças nas práticas (BRASIL, 2010).

3 METODOLOGIA

O ponto de partida para realização desta pesquisa foi as práticas cotidianas dos profissionais de saúde, buscando analisar a realidade dos atendimentos de saúde a mulheres em situação de aborto. Será uma tentativa de dar visibilidade ao invisível, ao não dito no contexto das decisões, posicionamentos e enfrentamentos das práticas.

O convívio e a imersão no campo de pesquisa se colocam como técnicas importantes para a análise dos posicionamentos dos profissionais de saúde no atendimento a mulheres em situação de aborto, para tanto estamos optando em utilizar a técnica de pesquisa da Observação Participante. Para Bessa (2011, *online*),

Trata-se de uma técnica de levantamento de informações que pressupõe convívio, compartilhamento de uma base comum de comunicação e intercâmbio de experiências com o(s) outro (s) primordialmente através dos sentidos humanos: olhar, falar, sentir, vivenciar... entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto dinâmico de relações no qual os sujeitos vivem e que é por todos construído e re-construído a cada momento.

Ser partícipe do contexto das relações, interagindo todo o tempo com pessoas no seu cotidiano. A proposta de imersão no campo se coloca como um dispositivo não só de investigação, mas de interação com realidades, questões, vidas, e a partir de então, como oportunidade para repensar junto ao outro nossas singularidades.

E sobreposto aos sentidos-orgânicos, Bessa (2011, *online*) aponta que é importante a utilização do “recurso do raciocínio, onde este transcende a dicotomia razão/emoção sendo um processo que envolve cálculos e sentimentos”. Como elementos deste recurso, aponta: “ a curiosidade, a criatividade, o rigor – metodológico e a observância da ética”.

De acordo com Silva (2002, p. 16),

Trata-se de proceder a uma forma de observação etnográfica dessas práticas. Portanto é necessário escolher um serviço concreto, ou alguns serviços concretos, delinear os locais nos quais transcorrem as práticas [...], para então organizar uma observação concreta.

Mapear os possíveis cenários de realização desta pesquisa foi nossa primeira ação, onde adotamos os seguintes critérios: Ser uma unidade hospitalar, estar localizada no Estado do Rio de Janeiro e possuir um grande número de internações por aborto.

Definida a unidade para realização da pesquisa, como estratégia, nos posicionamos na emergência, chamada de admissão, porta-de-entrada da unidade, realizando a observação dos atendimentos médicos e de enfermagem às mulheres em situação de aborto, contudo, para

análise incluímos a observação de conversas e observações fora do contexto dos atendimentos.

Foi fundamental como pontos essenciais para a realização da observação, identificar os atores envolvidos com o atendimento à mulher; apontar um informante – chave, que identificou o possível quadro de aborto para acompanhamento e; esclarecer aos profissionais de saúde o objetivo e método da pesquisa para que seja possível observar os atendimentos nos distintos espaços.

Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entendendo que o anonimato dos sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde, é fundamental, evitando, desta forma, riscos de exposição, embora os convidados à pesquisa pudessem recusar-se. A adesão foi total.

Em um primeiro momento, não foi possível visualizar os riscos desta pesquisa, contudo, após o trabalho de campo, na análise dos dados coletados, percebemos que havia risco tanto para os profissionais, como aos próprios gestores, desta maneira, resolvemos mascarar a unidade, que até então seria identificada.

Optamos em colher o consentimento oral das mulheres para realização da observação dos atendimentos prestados a elas. Pontuamos que em caso de mulheres adolescentes, menores de dezoito anos, solicitamos o consentimento oral das mesmas e dos responsáveis, que por ventura estivessem acompanhando-as. Em caso de mulheres adolescentes desacompanhadas de seus responsáveis, optamos em não observar os atendimentos prestados a elas.

Não aplicamos o TCLE, às mulheres atendidas, pois entendemos que entre as mulheres em situação de aborto existiram algumas que induziram ou realizaram o aborto não previsto na lei, logo, poderia haver um risco na sua participação, na pesquisa, relacionado a efeitos sobre uma eventual criminalização de sua conduta, contudo este, foi contornado pelo compromisso do anonimato e pelo uso do consentimento oral, sem qualquer registro documental que permita sua identificação. Nesta conversa para consentimento oral, informávamos que caso esta se sentisse desconfortável ou insegura com a nossa presença, a observação do atendimento não seria realizada.

Vale informar, que não houve recusa por parte das mulheres quanto à realização da observação. Na grande maioria dos atendimentos, percebi naturalidade da mulher com a minha presença observando os atendimentos. Em poucos atendimentos, percebi um incômodo das mulheres, pela redução do tom de voz ao falar, nestes momentos, procurei me localizar mais distante e não focando o olhar para o atendimento.

Quanto à análise do estudo, identificaremos os profissionais de saúde, apenas através das categorias: categoria profissional e sexo. As mulheres que foram atendidas, apenas identificamos a média de faixa etária, informando se a mesma era jovem ou não e se estava acompanhada.

A observação aconteceu durante um mês, em dias alternados e por vezes não inteiros, desta maneira, buscamos estarmos presentes em todos os atendimentos às mulheres em situação de aborto, que nos foram identificadas, ora pela equipe de enfermagem, ora pela equipe médica.

Por fim, foi utilizado no campo de pesquisa um diário de campo, onde foi possível anotar nossas impressões e observações.

4 ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA – PERCALÇOS DO CAMINHO

Optar pela unidade onde realizei a pesquisa foi uma questão levada para a banca de qualificação do projeto, onde foram apresentados questionamentos, dentre eles, questões referentes ao acesso e a qualificação das informações, visando à eficácia da coleta dos dados. Foram apresentadas duas opções de caminhos a serem trilhados, sendo colocado em discussão tanto a definição da unidade como os espaços hospitalares a serem escolhidos para realização da observação.

Em um primeiro momento, achamos que seria interessante optar em fazer a observação em uma enfermaria, tendo em vista ser um local onde os casos de mulheres em situação de aborto já se encontrariam esclarecidos, onde tais mulheres já teriam passado pela emergência e algumas pelo centro cirúrgico, já apresentando diagnóstico do quadro clínico. Para tanto, apontamos algumas instituições hospitalares, maternidade, como opções para coleta de dados.

Em uma outra opção, pensamos que poderia ser interessante seguir o caminho que a mulher em situação de aborto percorreria ao dar entrada no serviço de saúde, pensando desta forma, observar os atendimentos realizados pelos distintos profissionais de saúde, em todos os espaços hospitalares percorridos por esta. Para esta opção apontamos as mesmas instituições já antes sugeridas como propostas para realização desta pesquisa.

Lançada a questão, foi discutido e sugerida a realização da pesquisa acompanhando a mulher, observando não só os atendimentos, mas ainda, conversas e decisões dos profissionais nos distintos ambientes que por ventura estaria presente. Fechamos o método de realização da pesquisa e dentre as instituições apresentadas, optamos pela que concluímos ser de mais fácil acesso.

É importante dizer que de início não optamos em manter sigilo da instituição hospitalar, porém após realização da pesquisa, da vivência e olhar da prática dos profissionais, concluímos ser necessário o sigilo para proteção tanto dos profissionais, como também dos gestores locais.

Decidida a instituição de saúde, unidade hospitalar, nos deparamos com uma grande dificuldade para o andamento da mesma, dentro do apertado cronograma que tínhamos traçado, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para atender a um requisito ético foi necessária a aprovação do projeto de pesquisa em dois CEPs, sendo um na própria instituição de ensino, Instituto de Medicina Social (IMS), e o

outro localizado no território onde está situada a unidade escolhida para realização da pesquisa.

Em ambos os comitês a trajetória foi difícil e árdua. A espera pela aprovação dos CEPs nos levou a uma reorganização do cronograma, assim como uma redefinição dos cenários de observação. Em ambos os comitês o projeto de pesquisa foi avaliado, identificado pendências, estas foram corrigidas e reenviadas aos mesmos para aprovação.

Enfim, percalços superados, iniciamos nossa pesquisa, utilizando como parâmetro nosso cronograma que já estava atrasado.

Como ponto importante para entrada no campo, iniciamos um processo de negociação a partir do centro de estudos da unidade, antes mesmo da aprovação pelos CEPs. Entramos em contato com o mesmo que prontamente nos entregou uma lista com alguns itens para dar entrada no processo de avaliação pela unidade, incluindo a aprovação pela direção. Vale dizer, que em ambos os CEPs foi necessário a carta de autorização do diretor da unidade de saúde, sendo este processo essencial para o seguimento de avaliação e aprovação da pesquisa pelos comitês.

Nas idas e vindas à unidade, aproveitamos para apresentar nossa proposta para a enfermeira diarista da emergência, porta de entrada da unidade, a admissão, sendo desta forma que mencionaremos no texto. Aproveitamos ainda para informar à diretora de enfermagem que iniciáramos nossa pesquisa na admissão, observando os atendimentos das mulheres em situação de aborto.

Buscando manter o máximo de fidelidade à proposta da banca qualificação, iniciamos a observação objetivando acompanhar as mulheres por todos os ambientes que esta percorreria. Contudo, de imediato, chegamos à conclusão de que esta proposta não seria possível, pois em campo para coleta de informações somente haveria uma pesquisadora e ainda, como a execução do trabalho aconteceu de três a quatro dias por semana, em horários diferenciados, ou pela manhã, ou a tarde, ou excepcionalmente o dia inteiro, pois a pesquisadora não estava afastada de seu trabalho, e em apenas um mês, certamente acompanhar esta mulher por todos seus caminhos, nos privaria de observar outros importantes atendimentos e ainda não seria possível acompanhar os atendimentos a esta mulher de forma continuada. Para esta conclusão, é importante dizer que foi preciso iniciar a pesquisa, tomar conhecimento da realidade das práticas, rotinas e processos de trabalho da admissão.

Desta forma, pelo pouco tempo em campo, optamos em permanecer na porta de entrada da admissão, observando os atendimentos da equipe de enfermagem e da equipe médica, pois estes são os únicos atendimentos que acontecem neste setor.

Todos os dias, independente do horário de chegada na admissão, realizava uma apresentação aos profissionais que se encontravam no setor e que ainda não havia encontrado, onde inicialmente fazia a apresentação à(s) enfermeira(s) do setor e as técnicas de enfermagem, solicitando autorização para permanecer no setor e observar os atendimentos ali prestados à população. Vale dizer que muitas vezes, não me apresentava, ao chegar no setor, ao profissional médico, pois o mesmo quando estava na admissão, encontrava-se em atendimento, logo, aguardava entre um atendimento e outro para me apresentar e solicitar sua autorização para observação dos atendimentos e/ou aguardava até que surgisse um atendimento “para mim”²⁰. Dependia do movimento.

Com o passar dos dias a presença na admissão me fez ir conhecendo os profissionais, tanto médicos, quanto a equipe de enfermagem, me tornando reconhecida pelos mesmos. Muitas vezes, ao chegar no turno da tarde era surpreendida pela seguinte frase “ Poxa, você perdeu! Pela manhã tiveram vários casos para você”, ou ainda, “ Ontem (Pela manhã, ou outro dia da semana) foi o dia dos abortos! e ainda, “ você perdeu!”.

Como não estive presente todos os turnos de trabalho, de 07:00 às 19:00h, de segunda a sexta, em algum momento que não estava presente, diversos atendimentos de mulheres em situação de aborto eram realizados, o que gerava os comentários acima mencionados, no momento que chegava à admissão. Porém, é importante dizer quer, com as horas de trabalho de campo, consideramos que o trabalho foi satisfatório, onde foi possível perceber as práticas dos profissionais de saúde lotados na admissão, a partir dos atendimentos a mulheres em situação de aborto e outras observações

Fomos estabelecendo relações com os profissionais da admissão, sendo partícipe daquele contexto, nos tornando par, naquele ambiente. Vale apontar, que a construção de vínculo com seus informantes é um desafio chave ao trabalho etnográfico (MENEZES, 2006; FOOTE-WHITE, 1980).

Como já pontuamos, aos poucos fui sendo identificada como pesquisadora e já prontamente, pela parceria e vínculo estabelecido dia após dia, era informada dos casos de mulheres em situação de aborto. Fui informada por diversos profissionais, em momentos distintos e em casos distintos. Me tornando parte daquele espaço, aos poucos não só aguardava, mas também me sentia a vontade de perguntar se havia algum caso de mulher em situação de aborto.

²⁰ Durante a pesquisa, aos poucos fui sendo conhecida pelos profissionais., os mesmos já identificavam os casos que era “ para mim”, que seriam , quadros de mulheres em situação de aborto.

E a partir desta interação, em uma conversa com uma enfermeira que tinha me passado um caso de uma mulher que estava sangrando muito, com nove semanas de gestação, mas não tinha confirmado o aborto, pois não tinha ultrassonografia, foi que me deparei com um erro do método de captação de mulheres para o atendimento. Percebi que somente estava incluindo na pesquisa os atendimentos, ainda que de emergência, de mulheres em situação de aborto confirmado, não abrangendo os casos suspeitos. E a partir desta conversa, me foi sugerido incluir mulheres com presença de sangramento em quantidade moderada, com até 20 semanas de gestação.

Confesso que ao me deparar com esta questão, fiquei bastante confusa e com receio de coletar dados de mulheres que não fossem casos de abortos de fato, porém, após conversa com meu orientador, concluímos que não haveria tempo perdido, não haveria informação errada e não haveria problema observar e refletir a partir do atendimento a uma mulher em suspeita de aborto. Seria um momento importante de observar os profissionais, assim como as rotinas de realização dos atendimentos. E assim, incluímos na nossa observação casos de mulheres em aborto confirmado e casos de mulheres em suspeita de aborto.

E ainda, fiquei mais tranqüila, para no meu diário de campo, fazer minhas anotações referentes a minha percepção do cotidiano da admissão e das rotinas e práticas que movem os profissionais.

A admissão é a porta de entrada da unidade, um setor de alta rotatividade. É composta por uma sala principal onde ficam enfermeiras e técnicas de enfermagem²¹, onde as mulheres são recebidas, verificado sinais vitais e ainda, onde é feita a classificação de risco. Há ainda uma sala recuada e aberta, sem porta, com acesso pela sala já mencionada. São duas salas interligadas onde a equipe de enfermagem atua. O setor possui três boxes para atendimento médico, com portas, estilo bang-bang. Ao fundo do ambiente, há ainda três banheiros, sendo dois para mulheres e um para funcionários e ainda uma copa para pequenos lanches. Há duas portas de entrada, onde circulam tanto profissionais, como mulheres e seus acompanhantes.

O ambiente da sala principal e a sala recuada é composto por três mesas, sem cadeiras ao lado, somente atrás da mesa e duas cadeiras próximas à porta, entre um monitor cardíaco, para verificação de pressão arterial, saturação de oxigênio e pulso.

Ao entrar na sala principal, logo à frente da porta, há duas mesas, a primeira sempre ocupada por um técnico de enfermagem que faz as anotações de entrada das pessoas que serão atendidas em um livro preto, a segunda mesa se localiza logo atrás da primeira, e sempre está

²¹ Utilizamos o gênero feminino, pois não vi nenhum homem, da equipe de enfermagem trabalhando na admissão, enquanto estava presente.

ocupada por uma enfermeira, sendo este um espaço para classificação de risco. A outra mesa destinada à classificação de risco se localiza na sala recuada. É um espaço recuado, porém não privativo, pois não há porta, logo há tanto uma exposição visual, bem como, exposição sonora. Vale dizer, que os próprios profissionais circulam o tempo todo entre as salas, sendo este o espaço de trabalho da equipe de enfermagem. Os boxes de atendimento médico são divididos por paredes, que não vão até o teto, logo o som ultrapassa todas as salas

Ainda na sala principal há quadros informativos sobre doença hipertensiva na gravidez, dois grandes quadros, sendo um envidraçado, para divulgação de informações, onde há rotinas, protocolos, comunicados para os profissionais, portarias e ainda, informações para a população em geral.

Os boxes de atendimentos são compostos por uma mesa com duas cadeiras, sendo uma localizada ao lado da mesa e outra atrás, uma cama para exames e uma pia. Variam de tamanho e o menor de todos, conta ainda, com um ar condicionado, por ser o mais distante da sala principal.

Para a realização da pesquisa, procurei me localizar em locais estratégicos para a observação, buscando não atrapalhar a rotina de trabalho dos profissionais. Na sala principal como é uma sala de alta rotatividade e com pouco espaço, com poucas cadeiras, se tornou necessário sempre circular no ambiente, ou para ceder o lugar a algum profissional, ou a uma mulher ou até mesmo para me localizar em local mais estratégico para observar o atendimento realizado pelas enfermeiras. Não foi diferente a minha localização nos boxes para observação dos atendimentos médico, pois como também eram salas apertadas, acabava me localizando logo após a porta para não atrapalhar os mesmos.

Ao decorrer da pesquisa percebi que seria fundamental observar o caminho de entrada da mulher até chegar à admissão. Todas que chegavam para serem atendidas, já traziam em mãos uma ficha, já elaborada por outro setor, antes de passar pela admissão. Vez ou outra, uma profissional se referia à recepção, como local de encaminhamento das mulheres, uma primeira porta-de-entrada e a admissão seria “uma segunda” porta-de-entrada. Diante da minha curiosidade em entender tal caminho, resolvi por alguns dias, por poucas horas, me posicionar nas recepções.

No que se refere às recepções, há uma recepção principal e uma interna. A recepção principal está localizada em um ambiente amplo, é composta por duas recepcionistas, que se localizam atrás de um grande balcão e por grande bancos, na frente do balcão. Há um Cartório, um cavalete com informações da Rede Cegonha, sanitários e bebedouro. Esta

recepção é de referência para todos que chegam, mulheres, acompanhantes, pais e visitas à mulheres internadas de uma forma geral.

A recepção interna é composta por uma recepcionista que fica sentada em uma cadeira, com uma mesa à sua frente. Há fileiras de bancos de espera também neste setor. Esta recepção é caracterizada por ser o local, onde as mulheres que chegam para serem atendidas na admissão aguardam serem chamadas.

Buscando entender este fluxo resolvi me localizar em ambas as recepções, observando não somente as recepcionistas, como também guardas e a própria população, tendo sido esta experiência bastante interessante e reveladora de uma percepção sobre os atendimentos prestados.

5 A UNIDADE HOSPITALAR ESCOLHIDA

Como critérios para escolha da unidade de saúde para realização desta pesquisa, optamos por ser uma unidade hospitalar, maternidade, estar localizada próximo à residência da pesquisadora responsável, incluindo nesta possibilidade e ainda possuir um grande número de internações por aborto.

Quanto ao último critério, utilizamos dados para tabulação, oriundos do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Ministério da Saúde, com auxílio do professor Mário Monteiro, do Instituto de Medicina Social.

Elaborados os dados acima mencionados e a partir das considerações da banca de qualificação do projeto, fechamos a escolha da unidade de saúde para realização do nosso estudo.

Optamos em manter o sigilo da unidade, porém podemos dizer que a mesma está situada em área urbana composta tanto por periferia, como população de classe média, em uma determinada cidade, no estado do Rio de Janeiro. E ainda, manteremos o uso do termo “unidade de saúde”, ou “unidade hospitalar”, “unidade” e/ ou ainda, somente “instituição”.

Nos arredores da instituição há: padaria, salão de beleza, mini mercados, jornaleiro, farmácia, clube, escola, creche, chaveiro, e ainda há muitos prédios residenciais, casas e vilas de casas.

Conta ainda, com as seguintes categorias profissionais: Enfermagem, médicos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogo, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, recepcionistas, odontólogos, dentre outros profissionais. Há diversas categorias profissionais de nível médio e fundamental, porém se fosse descrever todas, certamente ficaria cansativo ao leitor.

Dentre os vínculos trabalhistas dos profissionais, há um *mix* de situações. Há profissionais de saúde com vínculo estatutário, trabalhando em quase todos os setores da instituição, como também há profissionais contratados através de duas distintas fundações. As remunerações, pelo que fui informada, são distintas, assim como a carga horária de trabalho.

Vale dizer, que a unidade conta apenas com poucos serviços totalmente terceirizados, sendo eles: ambulância, lavanderia, serviço de manutenção de equipamentos, nutrição, sendo este último serviço com característica de gestão tanto própria como terceirizado.

Na admissão da unidade observei que há profissionais, na equipe de enfermagem, com distintos vínculos atuando, tal constatação realizamos, pois estatutários, na grande maioria,

usavam crachá do serviço, ou pelo menos não utilizavam o jaleco que os outros profissionais contratados, deste setor, utilizavam. Já os contratados utilizavam jaleco padronizado, crachá e realizavam atividades que somente estes profissionais eram responsáveis.

Com relação à carga horária, esta também era distinta entre profissionais estatutários e contratados da admissão, tendo os primeiros que cumprir 32,5 horas por semana e os outros 40 horas semanais. Desta forma, o esquema de plantão também diferenciava, sendo ele reespectivamente: 12 por 60 e 12 por 60, com 3 complementações²². Neste momento, estamos falando da equipe de enfermagem, pois é a única categoria profissional que tem lotação fixa na admissão.

Apesar de haver um grande quadro no corredor da unidade com a escala de todos os profissionais, confesso que não consegui identificar os profissionais da admissão, logo, pelo que observei, quase sempre há uma enfermeira diarista estatutária, duas enfermeiras contratadas, uma ou duas técnicas de enfermagem contratadas e pelo menos uma técnica de enfermagem estatutária. Fui percebendo essa divisão estando nos setores e conversando com os profissionais.

No que se refere à função dos profissionais da equipe de enfermagem contratados, tanto técnicos de enfermagem, como enfermeiros, todos atuam através da “Rede Cegonha”.

Em 2011, de acordo com a Portaria nº 1.459 do Gabinete do Ministro da Saúde, datada de 24 de junho, foi instituída no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, que é:

Uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL,2011b).

Dentre os princípios orientadores desta Rede, destacamos: “o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e a promoção da equidade”. Gostaríamos de apresentar os seguintes objetivos:

Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL,2011b).

²² No Plantão 12 por 60, o esquema é trabalhar 12 horas e descansar 60 horas. No outro esquema de plantão é igual, porém com o acréscimo das complementações, que são mais 12 horas de trabalho em cada dia, ou seja, os profissionais contratados trabalham 48 horas a mais por mês que os profissionais estatutários, o que de alguma maneira justifica a diferença salarial. Não estamos levantando a bandeira de uma ou outra forma de contratação, até por que não é este nosso objetivo, contudo achamos interessante este panorama para situar a unidade e seus profissionais.

E ainda, as seguintes diretrizes para organização da Rede no território de atenção

garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2011b).

A Rede se organiza a partir de quatro componentes: Pré – natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e; Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Exceto o primeiro componente, os demais observamos a partir da equipe “Cegonha” na admissão.

Acreditamos ser pertinente destacar as ações, previstas na citada portaria, esperadas para cada componente, exceto o primeiro, Pré-natal, pois não é realizado no âmbito da admissão, sendo de responsabilidade da atenção básica.

Componente PARTO E NASCIMENTO: suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011b).

Componente PUERPÉRIO E ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011b).

Componente SISTEMA LOGÍSTICO: TRANSPORTE SANITÁRIO E REGULAÇÃO: promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011b).

Como estratégia da Rede Cegonha, utiliza-se a Classificação de risco para organização das demandas do serviço. Na recepção interna há dois informativos, expostos, sobre a classificação de risco realizada pelas enfermeiras. Um contendo as seguintes informações:

Em vermelho – atendimento médico imediato

Em laranja – seu atendimento médico será em até 10 minutos

Em amarelo – seu atendimento será em até 30 minutos

Em verde- seu atendimento será em até 2 horas

Em azul – seu atendimento será em até 4 horas

Em outro informativo, há a apresentação em cores realizada pela classificação de risco, como o informativo anterior, acrescido da frase “Enfermeiras acolhendo e classificando a prioridade no atendimento médico”.

Na Sala Principal, onde a equipe de enfermagem presta atendimento, há um cartaz contendo os significados das cores na classificação de risco, sendo estes: emergência, muito urgência, urgência, pouco urgência e não é urgência. Não havendo a informação do tempo para o atendimento.

Há ainda na parede da admissão, assim como em outros espaços da unidade uma placa, com a seguinte informação:

“Neste setor toda cliente deve ser acolhida, incentivada quanto à amamentação até o 6º mês de vida de seu filho. Toda gestante deve ser informada sobre as vantagens e benefícios da amamentação”

Trata-se de uma Unidade Credenciada pelo Ministério da Saúde, na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Este é um Título recebido por unidades de saúde que são aprovadas por um processo de certificação, que se repete anualmente. Tem como principal objetivo promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (BRASIL, 2011c). Há ainda em vários pontos da unidade, inclusive na admissão, quadros contendo os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, sendo este um critério da IHAC²³.

Dentre as rotinas da Unidade, gostaria de destacar duas interessantes iniciativas que são apostas da Política Nacional de Humanização. Uma delas é a visita aberta aos pais. O pai

²³ Dez Passos do Aleitamento Materno: 1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados da saúde; 2. Capacitar toda a equipe de cuidados da saúde nas práticas necessárias para implementar essa política; 3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento; 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos; 6. Não oferecer aos recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica; 7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia; 8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda; 9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas; 10. Promover grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

pode permanecer na unidade, de 8:00h até 18:00h, desde que a gestante/puérpera esteja no alojamento conjunto ou setor de gestantes e ainda, ao pai é permitido o acompanhamento do trabalho de parto e parto, desde que a gestante esteja dentro da sala de parto, e no caso de parto cesáreo é permitido a entrada no centro cirúrgico.

Na Admissão, há sempre uma técnica de enfermagem estatutária responsável pela tarefa da “alta”, que encaminha as mulheres e Recém-nascidos, internados na unidade, que estejam liberados à sala da alta, que se localiza em um espaço, dentro de uma sala chamada “repouso”²⁴. Na sala da alta, não fiquei presente para observar, mas percebi que as mulheres recebem algum tipo de orientação, recebem uma documentação, ex: cartão de vacina do recém-nascido e são liberadas. Não observei se o acompanhante pode permanecer nesta sala.

A Sala de repouso é uma sala que fica em frente a uma das portas da admissão, acredito que para facilitar o acesso dos profissionais, que são responsáveis por este espaço. As mulheres que são avaliadas pelo médico na admissão e necessitam ficar em observação, são encaminhadas para esta sala, onde permanecem até estarem bem para serem liberadas. A sala conta com duas macas para repouso, um biombo que divide o espaço com a sala da alta, onde há uma mesa com cadeiras de ambos os lados e, ainda, há um aparelho chamado, cardiotocógrafo²⁵ que é utilizado por médicos obstetras que atendem na admissão, quando avaliam a necessidade de realização do exame de cardiotocografia nas gestantes.

Os médicos que atendem na admissão, normalmente são residentes de obstetrícia, tanto do primeiro ano, como segundo, assim como do terceiro ano. Atendem as pacientes nos boxes, sozinhos ou acompanhados por outro residente. Pelo que observei, por diversas vezes, quando se deparam com alguma dúvida de conduta, acionam o médico staff²⁶, ou por telefone, ramal, ou ainda vão até onde estes se encontram, para avaliação e definição da mesma.

Durante o tempo que permaneci na unidade foram poucas as vezes que o médico staff veio à admissão para atendimento clínico. Somente em duas situações, recordo a presença do staff na admissão. Em uma primeira vez, após a equipe de enfermagem da admissão chamar algumas vezes a equipe médica, por telefone, para agilizar o atendimento, chega o “staff”, porém observando que já havia médicos residentes atendendo, o mesmo pareceu que iria embora, mas a técnica de enfermagem que estava presente no dia, bastante perspicaz, solicitou que ele ajudasse e assim, acabou atendendo algumas mulheres. E em uma segunda

²⁴ A sala de repouso está localizada fora do espaço da admissão, mas bem próxima a esta.

²⁵ O cardiotocógrafo, é um aparelho utilizado para avaliação da vitalidade do feto, visando investigar hipoxia. Normalmente a cardiotocografia é utilizada poucas semanas antes do parto.

²⁶ Médico staff é o médico, contratado ou estatutário, que faz parte do quadro de recursos humanos do hospital.

vez, percebi que a médica staff compareceu à unidade, somente para tentar resolver alguns desentendimentos de um acompanhante que estava bastante irritado, pois achava que sua esposa, gestante, deveria internar, pois estava com dor, porém, a médica residente que a tinha avaliado informou que ainda não era o momento de internar, pois estava somente no início do trabalho de parto.

Os Profissionais da “Cegonha”, como os próprios profissionais se identificam, atuam somente na porta de entrada. Enfermeiros fazem a classificação de risco e encaminham para o atendimento médico. Quando necessário já antecipam a solicitação de exames, como EAS. Há ainda uma atividade da “Cegonha”, que é apresentar a maternidade para as mulheres que são encaminhadas pelas unidades básicas, para conhecerem a unidade, onde a princípio terão seus bebês.

A visita é sempre realizada por uma enfermeira e acompanhada por uma técnica de enfermagem. Há um horário marcado, tanto no turno da manhã, como no turno da tarde e um quantitativo de mulheres são previamente agendadas para as visitas que se distribuem ao longo da semana. Primeiramente é realizada uma conversa com as mulheres e acompanhantes no auditório, onde são passadas informações sobre o trabalho de parto, parto, a hora de ir para a maternidade, internação e alta. Depois da conversa, prossegue-se com a visita a todos os setores da unidade e no final, recebem um enxoval para o bebê, contendo uma bolsa com alguns mimos e ainda, são informadas do número da ambulância da “Cegonha” para quando entrarem em trabalho de parto, poderem ligar e serem encaminhadas à maternidade, sendo já avaliadas e acompanhadas por um enfermeiro obstetra, na ambulância.

Durante o período da pesquisa, houve muita movimentação dos enfermeiros, inclusive da Líder da equipe²⁷ sobre a inclusão de novos dias e horários da visita, “Cegonha”. Pelo que percebi, a equipe questionou a ampliação de alguns horários da visita que consideravam difícil de realizar, mas ao final a orientação foi de manter a ampliação. A idéia seria ampliar o acesso, porém, segundo os próprios enfermeiros, não havia melhora nas condições de realização da visita, onde na conversa realizada no auditório, enfermeiros passavam as informações, quase sempre duas vezes ao dia, duas visitas, sem um microfone, tendo que falar alto e até gritar, assim como durante a apresentação da maternidade.

Há uma cobrança de realização da classificação de risco de todas as mulheres que chegam à unidade para serem atendidas, com isso, há uma mobilização das enfermeiras que se sentem pressionadas e questionam a impossibilidade de dar conta da demanda que chega em

²⁷ O “Cegonha” trabalha com a referência de uma líder em cada unidade, que busca organizar as demandas, pelo que entendi, sendo esta pessoa premiada por uma liberação, de 12 horas ao mês.

muitos momentos do plantão, dentre eles o horário da visita da “Cegonha”. Há uma cobrança intensa de produtividade, que de certa forma garante o acesso, mas não qualifica o atendimento e que esbarra em obstáculos da vida normal que não nos pareceu serem levados em consideração.

Na classificação de risco como já apontamos, não há um espaço privativo para sua realização, nem sempre é solicitado que a mulher sente ao lado da enfermeira, por vezes, a classificação é realizada enquanto a mulher está sentada na cadeira verificando sinais vitais, pressão arterial, temperatura, pulso e saturação de oxigênio e então, enquanto a técnica faz suas anotações, vez outra a enfermeira aproveita o momento e já faz perguntas de abordagem do impresso da “Cegonha”, do tipo: você tem alergia a algum remédio? O que aconteceu? (Por que você veio?). Vale ressaltar que, a Admissão é um setor com uma grande rotatividade de pessoas entrando e saindo para atendimento e ainda profissionais, médicos e equipes de enfermagem, circulam o tempo todos entre os espaços do setor.

Não observei a presença de outros profissionais na Admissão e com isso a observação dos atendimentos foi restrita aos atendimentos da enfermagem e médico, pois, somente estas categorias atendem na admissão, os demais profissionais atuam em outros setores do hospital e não na admissão.

Não foi observado articulação dos saberes para planejamento de ações e estratégias de conduta. As categorias profissionais não referenciam e pouco interagem com outras categorias profissionais para discussão dos casos.

Algo que me chamou a atenção foi a permanência do acompanhante na admissão. Na grande maioria das vezes é solicitado ao acompanhante que aguarde do lado de fora da sala, enquanto a mulher é atendida pela equipe de enfermagem. Esta é uma rotina comum em todos os plantões que estive presente, porém ora era seguida ora não, percebi que dependia da pessoa que atendia e de como estava o ambiente, cheio ou vazio. Praticamente uma questão de sorte. Observei diversos atendimentos realizados pela enfermagem muitos sem o acompanhante e alguns poucos com o acompanhante. Vale dizer, que no atendimento médico sempre é permitida a entrada do acompanhante, contudo o espaço do atendimento é proporcionalmente maior e não atrapalha a passagem.

Não há Privacidade visual nos espaços de atendimento. Profissionais circulam em todos os espaços durante os atendimentos, tanto médico como de enfermagem, como também há muita circulação de barulho dificultando, por vezes, o entendimento das falas.

Não há roupa de cama sendo trocada após cada atendimento médico, a mesma só é trocada em caso presença de sujidade, quando observado por algum profissional ou quando

solicitado pelo médico. Não há lençol disponível nos boxes para cobrir as mulheres, que serão examinadas, as mesmas retiram a roupa dentro do box e deitam na cama desprotegidas e expostas. É importante pontuar, que pelo que observei também não há roupa disponível para troca a cada saída de mulheres sendo examinadas.

Todos os médicos atendem com a roupa que utilizam no centro cirúrgico obstétrico (CCO) e profissionais da enfermagem utilizam o tempo todo um jaleco branco.

Observei, ainda que, quando há alguma movimentação com gritos no setor, presenciei algumas²⁸, as mulheres que aguardam atendimento sentadas em uma cadeira, ficam muito nervosas, algumas até choram, pedem para se retirar, querendo ir embora.

Após relatar nossa entrada no campo de pesquisa e fazer algumas observações gerais, partimos, neste momento, para a análise em si dos dados coletos durante o trabalho etnográfico.

²⁸ Situações: Mulher parindo no setor, que não deu tempo de ser encaminhada para o centro obstétrico; mulher em trabalho de parto, com muita dor na hora do exame médico, toque vaginal e ainda, mulher com outro tipo de dor, sendo também examinada.

6 O ENCONTRO COM AS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: DESCRIÇÃO DO NÃO DITO

Ao iniciar este estudo, traçamos um objetivo que seria nos voltar à análise da relação dos posicionamentos religiosos dos profissionais de saúde com suas posturas no atendimento às mulheres em situação de aborto, contudo, ao entrar no campo de observação das práticas, nosso campo analítico foi se conformando de forma diferente da maneira inicialmente esperada.

Estudar práticas de saúde, buscando dar sentido e voz ao que não está dito e que não fora antes pensado para determinada realidade, se tornou nossa meta e inquietação. Percebemos que posicionamentos religiosos não estavam definindo o tipo de atendimento que era prestado às mulheres em situação de aborto, mas havia algo em outra ordem que assim o definia, não muito bem explicado no início, mas que foi se revelando e se constituindo dia-a-dia.

Não conhecíamos, exatamente, como funcionava a metodologia da observação participante, lemos bastante, sem dúvida partimos para esta jornada com um norte teórico orientador, mas o estar inserida no campo e ser parte do contexto foi o melhor aprendizado para realização da metodologia do trabalho etnográfico.

Após trinta dias, não corridos e não inteiros, de observação, muitos sentimentos foram ficando a flor da pele, dentre eles destacamos uma angústia e frustração. A frustração, pelo olhar ampliado criado a partir da inundação de práticas que foram observadas, tendo sido muito mais amplo que àquele esperado no início deste estudo e a angústia, por não entender exatamente o que fazer com os dados colhidos. Mas, este cenário deflagrou muito empenho, por convicção e um repensar nossas próprias posturas.

É importante pontuar que o campo de pesquisa nos mostrou a importância da observação não somente dos atendimentos às mulheres em situação de aborto, mas do conjunto de atendimentos presenciados e alguns observados, incluindo gestantes e ainda puérperas. Havia algo de outra ordem, provavelmente no campo moral, e não religioso, pautando os atendimentos, logo, se tornou necessário a observação das posturas que definiam os atendimentos às mulheres em situação de aborto.

A experiência se fez reveladora. Foi um encontro com as práticas do invisível, com o não dito, um revisitar nossa formação, atuação e posturas. Não era possível nos acovardar diante da nossa experiência. Tornou-se necessário relatar e repensar as práticas, repensando

nossas próprias práticas. Foi um repensar e um reinventar a cada dia. Um verdadeiro Estado da Arte das nossas práticas.

Diante dos dados, Malinowski ainda nos mobiliza quando aponta que,

Se um homem parte numa expedição decidido a provar certas hipóteses e é incapaz de mudar seus pontos de vista constantemente, abandonando-os sem hesitar ante a pressão da evidência, sem dúvida seu trabalho será inútil (MALINOWSKI, 1984, P. 22)

E assim, a partir da experiência do encontro, repensando nossas ações e posturas, nos designamos a tarefa de interagir, renarrar, criar instrumentos para reflexão, de tensionamento e quiçá mobilizar a quem quer que seja para repensar práticas de saúde.

Lembramos que este estudo se deu em um espaço de uma emergência, que é chamado de admissão, por ter característica de porta de entrada da unidade. Este é um espaço que tem uma cara, que não é única, mas uma cara de todo mundo, que deixa um pouquinho de si a cada dia trabalhado, a cada plantão, a cada atendimento.

Vivendo e partilhando o dia-a-dia com os sujeitos, fomos conhecendo essas “caras”, que se mostraram mutáveis. É um *mix* de práticas pautadas em vivências que criam e recriam os sujeitos.

Sujeitos entendidos como produtos de uma história, individual e coletiva que estão inseridos em um constante jogo de experiências, que só se revelam a partir das situações cotidianas, utilizando a noção de *Habitus*, Bourdieu e Chartier (2011), afirmam que trata-se de disposições submetidas a experiências e transformadas por estas

Este novo campo analítico que foi construído, inaugura um novo *Habitus*, o estranhamento do familiar, do que não estava dito e sim naturalizado, nos colocando em um posicionamento inimaginável enquanto profissional de saúde, mas somente possível a partir da entrada no campo, enquanto pesquisadora.

Revelar e renarrar as práticas, só foi possível a partir deste afastamento do cotidiano, e ainda, a partir, de um estranhamento do que havia se tornado natural. Somente possível, através da possibilidade de estarmos inseridos em um contexto de práticas enquanto pesquisadores, não nos sendo possível essa percepção nos colocando apenas como profissionais de saúde. A mudança de posicionamento e de local, nos leva a um novo *Habitus*. Há uma mudança de postura. Este trabalho, antes de tudo, nos leva a um repensar nossas próprias práticas e posicionamento frente às mulheres, em situação de aborto ou não.

Roberto da Matta (1978) afirmou que para vestir a capa do etnólogo é preciso aprender uma dupla tarefa: transformar o exótico em familiar e/ou transformar o familiar em exótico.

O problema reside em tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social para poder estranhar alguma regra social familiar e assim descobrir o exótico no que está petrificado em nós pela reificação e pelos mecanismos de legitimação.

E neste viver de novas experiências, tomando posse da “capa do etnólogo” é que pretendemos descrever o que até então não era perceptível aos nossos olhos, nos tornando partes do processo de aprendizado.

Dário Pache um dos principais líderes da Política Nacional de Humanização, ao pensar nas mudanças de práticas, afirma que para novos modos de fazer são importantes novos modos de narrar, sendo estes mesmos produtores dos sentidos de mudanças. Vestir a capa do etnólogo nos leva a um renarrar as práticas observadas, através de uma reflexão da não naturalização, buscando elementos de tensionamento. Vale dizer que, não temos a pretensão de modificar nenhum sujeito, profissional de saúde, mas é possível que isto aconteça (PACHE, 2009).

Para orientação do leitor, optamos em elaborar a seguinte tabela com os casos utilizados para análise e preparo dos grupos analíticos de discussão.

Tabela 1

Grupos de Discussão	Caso
Pares	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher gestante com sangramento - Diálogo entre médica e enfermeira - Mulher em situação de aborto - Diálogo entre profissionais - Comentário sobre uma Carta elaborada por um serviço à direção da unidade
É Charminho?	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher gestante acompanhada do pai, com fortes dores – Em suspeita de aborto - Mulher gestante em trabalho de parto
Invisibilidade – Ninguém Percebe	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher em situação de aborto, acompanhada do marido - Mulher em situação de aborto, desacompanhada. - Mulher em situação de aborto, desacompanhada.
Não Julgar, é?	<ul style="list-style-type: none"> - Mulher gestante, acompanhada por um

	senhor que não a conhecia direito - Mulher não gestante, usuária de crack, acompanhada da amiga
Silenciamento	- Mulher gestante com sangramento – Aborto Provocado - Diálogo entre enfermeiras
Sabe que é errado	- Mulher em situação de aborto, com sangramento, desacompanhada
Diálogo entre os sentados	- Mulher, puérpera, com o seu bebê
Como garantir o atendimento - O lado artístico da População - A evocação do direito	- Mulher não gestante, com sangramento - Mulher não gestante, usuária de crack, acompanhada da amiga - Mulher gestante, em trabalho de parto, acompanhada do marido
Ser Bom?	- Comentários de pessoas que aguardavam na recepção
Você viu quantos papéis temos que preencher?	- Frase de um médico após um atendimento. - Incômodo da equipe de enfermagem

6.1 Pares?

Em um espaço normativo e de indução a uma política de produtividade, profissionais de saúde encontram-se envolvidos por suas questões profissionais, suas responsabilidades, por vezes sem estabelecer relações, linhas de conversa e diálogo com outras categorias profissionais, para além da sua própria. Na admissão, percebemos embates entre profissionais de distintas categorias, o que pode identificar o não diálogo e ausência de parceria para resolutividade e discussão dos processos de trabalho. Contudo, por vezes, a evocação de algum senso de equipe, se fez necessária para resolver questões de incômodo.

Apontaremos alguns casos que observamos para discussão:

Entra uma mulher gestante na admissão, informando que estava com sangramento, mas que naquele momento tinha cessado. Técnica de enfermagem informa que era só fazer a ficha²⁹, em seguida, retornar à admissão para realização da classificação de risco pela enfermeira e depois passaria pelo atendimento médico. A mulher sai para fazer a ficha no Núcleo Interno de Regulação (NIR) e então a técnica de enfermagem fala “elas não aprendem que tem que fazer a ficha”.

Há um conjunto de “elas” que são evocados em distintas situações pelos profissionais, em muitas vezes se referindo às mulheres que são atendidas, neste caso, “elas” se referia às recepcionistas, que se localizavam na recepção externa e que não tinham orientado a mulher quanto a realização da ficha no NIR, mas a encaminhou diretamente para a admissão. Após este fato, não há um diálogo com as recepcionistas e o assunto termina após os comentários.

Em um dia agitado de atendimentos, uma profissional da equipe de enfermagem chama um médico obstetra, pela fonia interna³⁰, dizendo: “Obstetra na Admissão, obstetra na admissão”. Ao chegar, a médica justifica sua ausência do setor, dizendo que precisou retirar uma mulher do aparelho de cardiotocografia, que se localizava em outro andar. Então a enfermeira fala: “Eu te chamei, porque o desespero é grande do Dr. 3 atendendo sozinho”; “Ele não vai atender sozinho”, responde a médica expressando entendimento do desespero da enfermeira. Enfermeira continua sua fala: “Depois que Dr. 3 chegou, isso aqui só fica assim...”, esta última frase foi dita apontando para uma pilha de fichas de mulheres para serem atendidas (havia sete fichas).

A enfermeira comenta: “**Ele é muito burro. Ele é muito lento**” (grifo nosso).

Não nos dispomos a tratar sobre a competência de tal profissional, nem tal avaliação nos compete, mas algo que nos intrigou na fala da enfermeira foi a associação do burro ao lento, um julgamento baseado na velocidade de atendimento deste profissional. Vale dizer, que optamos em substituir o nome do profissional, por questões éticas, buscando manter o sigilo.

Observamos uma avaliação negativa deste profissional baseado na sua velocidade em atender às mulheres, porém, na tentativa de resolver este “problema” é acionado pela enfermeira, um senso de equipe, que solicita parceria da médica que chega à admissão, e esta por sua vez, entende a questão, como um “problema”.

²⁹ A ficha é um boletim para atendimento médico que é realizada pelo Núcleo interno de regulação – NIR, por ocasião da chegada da mulher à unidade para atendimento, após a realização deste boletim é encaminhada à admissão para classificação de risco pela enfermeira e aguardo para atendimento médico.

³⁰ Um microfone interno do hospital, utilizado para chamar os profissionais e dar avisos às mulheres e acompanhantes, como por exemplo: É informado todos os dias o término do horário de visita.

Quando este profissional estava atendendo na admissão, tanto entre a equipe de enfermagem, como entre a equipe médica, parecia haver um murmurinho presente, com falas, gestos, sobre o atendimento “lento” prestado por este profissional.

Dentro de uma lógica de atendimentos que devem ser ágeis, induzidos por uma política de produtividade, o atender “lento” se torna um problema, algo a ser superado, não pela garantia de qualidade do atendimento, mas pela tentativa em dar andamento à demanda. É o acúmulo do número de fichas para atendimentos, causado pela demora do médico em atender, o que nos pareceu gerar o incômodo. Para tanto, resolvemos apontar um atendimento do Dr. 3.

Em atendimento a uma mulher, em situação de aborto, Dr. 3 solicita informação sobre suas queixas e antes de examiná-la, **a cobriu**, para que não ficasse exposta; **esquentou sua mão**, esfregando uma na outra, antes de examinar sua barriga e em seguida fez o toque vaginal. Após o exame **ajudou a mulher a se levantar**. Na conversa de anamnese, perguntou se tinha sofrido algum aborto, mulher informou que sim, e então pergunta se os abortos foram espontâneos ou provocados. Neste momento mulher responde em voz baixa, provocado, e me pareceu que começou uma explicação, porém não foi possível ouvir. Enquanto médico preenchia a papelada da internação, mulher fica sentada em uma cadeira próxima ao médico, mantendo uma postura curvada na cadeira e em silêncio. Ao final, chamou a mesma para dar prosseguimento à internação, dizendo: “vamos lá?” (**grifo nosso**).

Este atendimento nos mostrou ações que não visualizamos em outros atendimentos (em destaque). Não é possível identificar se a nossa presença observando o atendimento, levou o médico a ter uma atitude mais cuidadosa durante o mesmo, contudo, foi um atendimento com mais cuidado à mulher, mesmo não tendo abordado nenhuma questão para além da queixa clínica.

Vale dizer, que foi o único atendimento, de mulher em situação de aborto, que presenciamos, onde foi perguntado se o aborto foi provocado ou espontâneo. Indagamos a distintos médicos se havia a necessidade de fazer esta identificação, a resposta, na maioria das vezes, era que sim, contudo, este foi o único atendimento que presenciamos este questionamento.

Em um outro momento, após um atendimento, há um diálogo de uma técnica de enfermagem com a enfermeira, sendo este:

Técnica de enfermagem: “Nessas horas que deveria ter um Dr. 1”;

Enfermeira: “Dr. 1 não, Dr. 2 examinando”

Foi um atendimento onde a mulher, jovem, gestante, apresentando um intenso sangramento, estava sendo atendida bastante nervosa, chorando, gritando, não aceitando ser examinada. Pelo relato da enfermeira chegou até a bater em profissionais. Neste cenário que ambas as profissionais se remetem aos citados médicos não pela capacidade técnica, mas pela possibilidade de resolver a questão, por outros meios. Há uma aposta, nestes profissionais, como tentativa em resolver algo que extrapola.

Há uma fama de que tais profissionais não abrem espaço para que as mulheres possam ter o tipo de reação que foi relatado, com choro, gritos, dentre outras reações. O desejo de que tais profissionais estivessem atendendo reforça um espaço burocrático, onde o atender parece ser mais importante que o que se faz no atendimento.

Uma enfermeira da admissão ao contar que foi elaborada uma carta pelo serviço social da unidade e encaminhada à direção, se referindo a alguma desaprovação ao serviço da enfermagem, diz: “guerra é guerra”. Sendo esta frase bem característica dos nichos corporativos, e ainda mais, da falta de diálogo e parceria entre as profissões.

Entre profissionais da mesma categoria percebemos parceria, solicitação de apoio e uma relação empática. Enfermeiras muitas vezes, ajudam técnicos de enfermagem, verificando sinais vitais, realizando o preenchimento do livro de registro de todas as pacientes que chegam à unidade e até mesmo administrando medicações quando prescrita pelo médico na admissão. Médicos um ajudando ao outro quando há dúvidas na conduta dos atendimentos, bem como, quando é grande o número de atendimentos a serem realizados.

Contudo, percebemos que vez ou outra, alguns médicos conversam com a equipe de enfermagem, um assunto rápido, entre um atendimento e outro, em pé enquanto aguardam a entrada da mulher. Certa vez, observei que uma médica ao entrar na sala principal, sentou e permaneceu conversando junto à equipe de enfermagem, aguardando o próximo atendimento.

Quando algum médico sentava ao lado de alguma enfermeira ou técnica de enfermagem, normalmente era para pegar alguma informação.

O trabalho com pouca conversa e parceria entre as profissões de alguma maneira dificulta a reflexão sobre o papel individual e coletivo de cada profissional, bem como, em dar resolutividade às demandas trazidas pelas mulheres que serão atendidas.

6.2 É charminho?

Vejamos o seguinte caso:

Uma Mulher, jovem, gestante de aproximadamente seis meses, chega à admissão, de ambulância. Apresentava queixa de intensas dores abdominais e sangramento. Estava acompanhada pelo pai. Com expressão facial de dor e desespero, rapidamente é realizada a classificação de risco, pela enfermeira, e tendo recebido a cor amarelo, urgente, já ficou aguardando, na sala principal, o atendimento médico. De imediato, ao entrar no box para o atendimento, não permitiu a avaliação médica através do toque vaginal e não permitindo também a punção de acesso venoso para instalação de soro. Gritava intensamente. Pela mobilização do caso desta mulher, havia duas médicas e duas enfermeiras no interior do box, uma das enfermeiras ao sair do box diz: “Não vou fazer nada, ela não deixa examinar e ainda está batendo”. Após muitas orientações e ainda ameaças de um prognóstico ruim, tanto pela equipe, como também pelo próprio pai da mulher, a mesma permite o exame, com muitos gritos e choro. Em seguida é encaminhada ao centro cirúrgico obstétrico, acompanhada por um maqueiro e por uma enfermeira.

A outra enfermeira que permaneceu na admissão comenta: “Não tenho paciência. Ela tem que entender que ela é adulta”. Uma técnica de enfermagem diz que o pai ajudou bastante, mas **“se a mulher estivesse sozinha certamente deixaria colocar o soro (grifo nosso)”**.

Por fim, sabemos que esta mulher tinha perdido seu bebê, não sabemos se estava dentro dos critérios para ser considerado um quadro de aborto³¹, tendo em vista a não possibilidade de identificação exata da idade gestacional desta mulher, não havia informações no setor sobre seu estado geral, mas somente que estava melhor.

Por responsabilidade ética, optamos em substituir os nomes dos médicos citados na última frase, por números indicando somente que foram falados por dois distintos profissionais.

Não observamos o atendimento dentro do box, mas foi possível seu relato, por presenciar a correria que se travou no setor, por ser possível ouvir as falas mais altas que aconteciam e ainda por presenciar os comentários das profissionais ao saírem do box.

Com medo de sentir mais dores do que a que já estava sentindo e em reação a sua dor, a mulher se colocou em uma postura de enfrentamento, onde chega a bater em uma

³¹ Lembrando que aborto é a interrupção da gravidez até 22 semanas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas (BRASIL, 2011a).

enfermeira. Foi um atendimento muito difícil para a equipe, que se manteve bastante empenhada em correr para resolver a questão clínica que se colocava.

A equipe conversou e orientou quanto aos riscos do sangramento, um possível aborto e foi investido um esforço para prestar um atendimento o mais rápido possível, tendo em vista a gravidade do caso e diante desta correria não foi possível a percepção de uma mulher que estava perdendo seu bebê. Medo e angústia nos pareceram sentimentos perceptíveis, contudo não foi possível percebê-los.

A idéia de que se desejou que a mulher estivesse sozinha para deixar que o atendimento acontecesse, está relacionada à noção de um “charminho”, da mulher, que só aconteceu por ocasião da presença do pai e ainda, que se talvez o mesmo não estivesse no ambiente do atendimento, teria sido possível que ela deixasse que as profissionais a avaliassem, sem gritos e tapas.

Passemos a outro caso:

Em um dia calmo, entra a recepcionista da unidade na admissão e avisa que havia uma mulher, do lado de fora da instituição, que já estava quase tendo seu bebê. Alguns segundos depois, uma enfermeira sai com uma luva, levando a cadeira de rodas, em direção ao lado de fora. A mulher é trazida para o interior da admissão e apresentava face de intensa dor. Seu risco é classificado pela enfermeira e rapidamente é encaminhada ao box para avaliação médica. Já saiu da avaliação médica, direto para o centro cirúrgico obstétrico, tendo sido acompanhada pela própria médica que a atendeu. Já estava na hora do bebê nascer.

Uma enfermeira ao entrar no setor fala: **“Achava que era um pouco de charminho” (grifo nosso).**

A médica, que acompanhou a mulher, ao retornar do centro cirúrgico informou que a bolsa amniótica tinha acabado de romper e que havia um médico já assistindo ao seu parto.

A idéia do “charminho” novamente aparece como algo normalmente realizado pelas mulheres. Não houve um entendimento da dor enquanto processo individual vivido por cada mulher, mas nos pareceu, que mulheres quando apresentam um inflamar de sua manifestação de dor, por vezes são encaradas como fazendo charminho, caracterizando um afastamento do profissional àquilo que está sendo vivenciado pela mulher.

Apesar da agilidade e responsabilidade dos profissionais em cumprir seu dever, há uma invisibilidade do sofrimento, que norteia não só este, mas alguns dos atendimentos e condutas observadas.

6.3 Invisibilidade – ninguém percebe

Em um cotidiano de trabalho de muita correria, enfrentamentos constantes, cobrança de produtividade, competição e disputa de poder, tendemos a treinar nosso olhar para enxergarmos somente algumas questões, na grande maioria, questões clínicas, deixando de lado uma outra dimensão de análise do sujeito, onde o contextualizar o modo concreto de viver a vida das pessoas, frente ao sofrimento clínico apresentado, pode possibilitar a percepção do que até então tem estado invisível.

Destacamos o seguinte caso:

Uma mulher vem à unidade, acompanhada pelo marido, já com diagnóstico de aborto retido³², apresentando uma ultrassonografia. Não foi possível visualizar a classificação de risco pela enfermeira. No atendimento médico, mulher senta ao lado da mesa, onde a médica se posiciona e seu marido logo atrás da sua cadeira. Médica solicita seus exames, constatando o aborto, através da ausência de batimento cardíaco do feto.

Médica conversa, rapidamente, com a mulher sobre a possível conduta e sai do box, informando que faria uma ligação para ver o que iria fazer “colocar o remédio ou fazer a curetagem”.

No ambiente sem a profissional médica, mulher e marido conversam sobre qual procedimento seria melhor, concluindo que o melhor seria usar o remédio. Ao retornar, a médica solicita que a mulher retire a calcinha e deite na cama para ser examinada. Após o exame é explicado que seria utilizado o remédio, mas também a mesma seria submetida à curetagem. Depois de algum tempo calada, mulher pergunta: “Vai demorar?” e a médica, então, informa que a curetagem é um procedimento rápido, mas o colo do útero poderia “demorar para abrir”, logo isso poderia atrasar um pouco a sua alta. Em seguida, foi realizada uma breve busca da história obstétrica e de saúde da mulher.

Marido pergunta: “**Posso ficar com ela?**” e a médica responde: “Agora ela vai para o pré-parto³³ para colocar o remédio e depois vai para a enfermaria. Na enfermaria tem horário de visita”. Médica pergunta se há dúvidas e a resposta é não, mas logo em seguida a mulher pergunta: “Quais são os cuidados após a curetagem?” e a resposta foi: “Você tem direito a quinze dias em casa” (**grifo nosso**).

³² De acordo com Brasil (2011a, p. 31) o abortamento retido “curso com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sangüínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça”.

³³ Pré-parto é um espaço dentro do centro cirúrgico obstétrico, onde mulheres aguardam para cesárea, curetagem e/ou parto normal, quando não há sala de parto vazia.

Durante o atendimento acompanhante suspirando, olhando para o chão e para o teto, mulher angustiada e com expressão de medo. Um atendimento cuidadoso no que se refere à saúde da mulher, à clínica oficial e pouco cuidadoso frente a uma outra dimensão do sujeito. Não foi perceptível o momento difícil, de sofrimento e de angústia, que esta mulher estava passando.

É a invisibilidade da dor e do sofrimento que não aparece como objeto do cuidado da prática profissional. Imbuídos pela responsabilidade profissional, a emoção e a tensão da mulher e do seu marido não são vistas e não são trabalhadas pela profissional de saúde. É possível que esta invisibilidade seja fruto do olhar treinado e focado, no que de alguma maneira vem sendo o objeto do cuidado, a sintomatologia apresentada pelas mulheres.

Muito nos chamou atenção, a não informação quanto à visita aberta dos pais, mesmo em casos de mulheres que sofreram aborto, os maridos podem entrar na unidade, na enfermaria, às 8:00h e permanecer até 18:00h, mas esta informação não foi passada. Será desconhecida?

Vale dizer que, durante todo o atendimento aconteciam conversas em vozes altas sobre questões particulares do lado de fora da sala, dificultando o diálogo entre a médica e a mulher e ainda, dificultando a escuta das falas.

O diálogo e a escuta são ferramentas tecnológicas de altíssima complexidade, uma opção, mas também uma questão de incentivo da política institucional de valorização dos processos de trabalho e de qualificação dos atendimentos.

Ouvir e olhar os sujeitos objetos de nossa atenção nos remete a um desalojar, onde repensar práticas, posicionamentos e ações se tornam partes do processo.

Atentemos para outro caso:

Uma mulher jovem, com nove semanas de gestação, apresentando quadro de aborto retido, confirmado por exame de ultrassonografia (USG) chega à admissão para atendimento. Já no box de atendimento, médica pergunta: “Já te explicaram isso aqui?”, no momento da fala segura o exame de ultrassonografia e o aponta; e então a mulher responde: “Sim”.

Médica explica a possibilidade de ficar internada, observando a expressão facial da mulher, pergunta: **“Porque você se assustou quando falei que poderia já ficar internada hoje?”**. Não foi possível escutar sua resposta, pois falou em voz muito baixa. **(grifo nosso)**.

Foi solicitado que retirasse a roupa para ser examinada. Mulher, envergonhada, retira a calça e permanece de pé, em posição curvada, ao lado da cama. Médica fala: “Tira a Calcinha e deita”. Mulher sorri e muito sem graça retira a roupa. **“Não precisa ter vergonha, pois todo mundo é acostumado com isso”**, diz a médica. **(grifo nosso)**.

Vale uma pausa, para apontar a percepção da médica primeiro com o susto da mulher frente à possibilidade de internação e ainda diante da sua vergonha em retirar a roupa.

Mulher ao deitar permaneceu envergonhada, tentando esconder a genitália, mas não havia nenhum pano próximo que ela pudesse utilizar para se cobrir. Aos poucos foi relaxando e foi examinada pela médica. Após o exame, toque vaginal, é solicitado que continuasse deitada e assim permanece. A médica que a estava atendendo, sem falar nada, sai do box. Mulher olhando para o teto o tempo todo.

Ao retornar ao box, sem falar nada, profissional senta e começa a escrever. Entra uma segunda médica, fala com a que já estava sentada, pega uma luva e indo na direção da mulher, fala que irá dar um toque. Após o toque, ambas as médicas falam em voz baixa, mas foi possível ouvir a seguinte frase: “Lá em cima nós conversamos”.

Entra uma terceira profissional para devolver um equipamento que tinha retirado daquele box, se debruça por cima da mulher, que permanecia deitada e descoberta, para colocar o mesmo em uma prateleira.

As duas médicas se retiram do box e então a médica que iniciou o atendimento, fala para a mulher: “Pode se levantar e colocar a roupa”. Mulher com o corpo curvado levanta e se veste.

Médica termina de preencher a papelada da internação e libera a mulher, acompanhando-a até a equipe de enfermagem para prosseguimento da internação.

Após o atendimento, perguntei à médica: “Faz diferença identificar se é aborto provocado ou espontâneo?”; e a resposta foi: “Não fez, pois só muda para tratarmos infecção”.

Neste caso, é interessante notarmos o cuidado inicial da médica com a mulher, foi perceptível o susto com a internação, bem como a vergonha em retirar sua roupa para ser examinada, visibilizando aspectos não tocados e não ditos pela mulher. Porém, submersa na sua rotina de trabalho, e após a entrada de outras profissionais no espaço do atendimento, a médica não percebe que a mulher permanecia envergonhada, deitada e desprotegida, gerando um processo de invisibilidade frente à mulher que estava atendendo.

Em outro caso:

Uma mulher jovem, desacompanhada, apresentando quadro de aborto retido, comprovado por USG, chega à unidade. Estava na décima nona semana de gestação. Seria seu primeiro filho. Apresentava-se bastante abalada e com face de choro. Não foi possível observar a classificação de risco realizada pela enfermeira. No atendimento médico, foi

prestada orientação clínica, onde a mulher foi informada que precisaria ficar internada para realização de curetagem.

Durante todo o atendimento médico, permaneceu calada e com olhar de tristeza. Ao sair do Box, é orientada a aguardar a internação. Sentada em uma cadeira na sala principal. Chora de forma contínua e contida. **Ninguém percebe.** Há tristeza no seu olhar. **Ninguém percebe (grifo nosso).**

Os três casos tem em comum a não percepção do sujeito, de cada mulher, frente à experiência do aborto. A atenção focada, exclusivamente na clínica, não abre espaço para um olhar ampliado à dor e ao sofrimento vivido como experiência.

Profundamente abalada e mobilizada com esta última mulher, frente à ausência dos profissionais no acolhimento, ao final do período da observação, fui ao andar que estava internada, apenas para dizer uma palavra de conforto e carinho. Ao chegar no quarto, encontrei uma mulher em prantos e sozinha. Ao sair solicitei à enfermeira do setor, que a apoiasse neste momento tão difícil que estava vivenciando.

6.4 Não julgar, é?

No decorrer da realização do trabalho, ouvimos algumas vezes a frase “Não estamos aqui para julgar e sim para atender”, nos remetendo a uma reflexão sobre que atendimentos temos prestado?.

Para debate, utilizaremos dois casos que observamos:

Entra uma mulher gemendo, aparentando mais idade que tinha, mal vestida, descabelada, sem falar, apresentando sua ficha para o atendimento na mão e um exame de urina. Seu nome não foi perguntado, pois já era conhecida. Todos os dias comparecia à unidade acompanhada por um senhor, que nos informou que não a conhecia muito bem. Estava muito confusa e descuidada. Gestante de gêmeos, se queixava de dor. Na classificação de risco realizada pela enfermeira, foi classificada pela cor verde, que indicava “não urgência”, tendo sido dito por esta enfermeira, que seu exame de urina estava normal, logo ficaria aguardando na recepção interna.

Após avaliação médica, retorna ao ambiente principal, a mulher apresentava uma receita, para pegar um remédio na farmácia e informa que teria uma outra receita de um medicamento para ser realizado, na admissão. Mulher ficou aguardando em pé que alguém a atendesse para administrar seu medicamento. Neste momento, havia uma enfermeira lixando a unha e uma técnica de enfermagem tinha saído para tomar um café (saiu antes desta mulher

ser liberada pelo médico). Após alguns instantes, foi oferecido que a mulher aguardasse sentada. Ao retornar do café, a técnica de enfermagem questiona o que a mulher ainda estava fazendo ali e se desresponsabilizando pela administração do remédio diz: “Não é possível! Estou fora!”. Mulher seguiu aguardando por algum tempo, até que foi encaminhada, pela técnica de enfermagem, à sala de repouso para administração do medicamento.

Esta mulher parece ser atendida de forma mais precária, havendo um retardamento do seu atendimento pela equipe de enfermagem no momento da administração do seu medicamento, onde os profissionais pareciam não estarem ali para prestar atendimento.

Em um outro dia, a mesma mulher:

A equipe de enfermagem a recebeu pelo próprio nome. Apresentava-se muito gemente, quieta, com queixa de dor, náusea e vômito. Seu risco foi classificado por uma enfermeira e foi solicitado que aguardasse na recepção interna, até que fosse chamada para o atendimento médico.

Após a saída da mulher da sala principal da admissão, uma pessoa fala: “Todo dia ela vem, come e dorme, enfim, mas é o serviço social quem está resolvendo isso. Todo dia quando chego, pela manhã, vou lá no repouso e desligo o ar condicionado para ela se incomodar e sair”.

Ao retornar à sala para o atendimento médico, médica ao vê-la, diz: “Voltou?”, então mulher diz: “To com dor. Eu to fraca”. Foi atendida e encaminhada à sala de repouso para realizar hidratação venosa, pois já estava desidratada. Técnica de enfermagem diz, de uma forma geral: “Tá vendo é isso que ela gosta, mas pra que soro?”, médica responde: “ta desidratada, não tem jeito” e a técnica conclui “quer é comer. Tudo bem, precisamos fazer a medicação” e volta seu olhar para a mulher e diz: “ Não fica me olhando com essa cara não”; e esta fala: “ Médica?”, e então responde: “ Sou médica não, sou técnica de enfermagem”; mulher diz: “Minha perna tá fraca”, e por fim, a técnica: “Eu sei. Você já vai fazer o que você quer. Você já vai deitar”.

Note-se que foi sendo construída uma rejeição a esta mulher, onde apesar da prescrição médica de um quadro clínico importante de desidratação, a técnica de enfermagem entendia que a mulher estava no serviço somente para comer e deitar, estranhando a prescrição de soro frente ao quadro de desidratação.

Quando se indaga que o seu problema é relativo às necessidades humanas básicas, sono e fome, esta demanda é interpretada, pela enfermagem, como não sendo de sua responsabilidade, contudo, há o relato de um "jeitinho" em tentar resolver o problema enquanto este não era resolvido.

Uma enfermeira conta que esta mulher era abusada, sexualmente, na comunidade onde morava e então fugia, indo para a casa do senhor que a traz e este diz que só a ajuda quando ela foge.

Em um dia chegando à unidade, percebi um alvoroço em um determinado espaço, antes da entrada, de fato, na maternidade, ao me aproximar, percebi que havia uma pessoa deitada no chão e muito me espantou ao perceber que era a mulher citada. Havia algumas pessoas ao redor dela, pelo que percebi eram da empresa de limpeza. Então perguntei a uma dessas pessoas: "O que aconteceu com ela? Tá passando mal?"; e então ouvi a resposta: " Não é só a Fulana".

Trata-se de uma mulher que é conhecida pela equipe e pelo relato acima, conhecida até por muitas outras pessoas que trabalham na unidade hospitalar. "Tem vínculo" com a equipe, é conhecida, chamada pelo nome. Conheciam sua história de vida, e mesmo procurando o serviço todos os dias, com queixas comuns, mas por alguma circunstância não claras, perde seus bebês. Esta perda corrobora para uma postura de abandono, reforçada por um rótulo criado a esta mulher.

Apresentou um quadro importante, quanto à gravidade, foi internada em uma de suas vindas à unidade, contudo, seus bebês morreram, sofreu um aborto e conforme expressão popular no serviço começou a "afundar"³⁴.

Apesar de "ter vínculo" com a equipe, não foi acompanhada. Logo que foi internada, os profissionais da admissão, que não estavam presentes no dia da sua internação, não sabiam que tinha internado, não sabiam seu estado geral.

Ao perguntar para uma técnica de enfermagem, que estava em determinado dia na admissão e que tinha trabalhado no setor onde esta mulher estava internada, como ela estava, fiquei sabendo que a cada dia, estava "afundando" cada vez mais. Não levantava da cama, não comia, só ficava deitada, não tomava banho, mantinha-se muito quieta e calada. Por fim, foi transferida para outro hospital.

Observamos uma postura de descuido com esta mulher, onde o atendimento nos pareceu ser um favor. Este atendimento nos remete à noção de qualidade da assistência, para Mattos (2009), a noção de Integralidade nos oferece caminhos importantes para reconceitualizar essa questão, onde para além de sua ampla discussão de sentidos, de uma forma abrangente, ela se revela como recusa ao reducionismo dos sujeitos e necessariamente deve pautar as práticas profissionais, por uma perspectiva dialógica, com uma escuta

³⁴ O termo "afundar" é usado indicando que uma pessoa está apresentando uma queda do seu estado clínico geral. No caso específico, ela encontrava-se prostrada em seu leito, sem falar, sem comer, pelo que me pareceu em um quadro de depressão.

cuidadosa que busque entender as reais necessidades dos sujeitos. Perceber os sujeitos, ampliar o olhar, traçar novos horizontes transversais ao ser humano que se apresenta e não somente à doença.

Era conhecida pela equipe e no hospital, grávida de gêmeos, que perde seus bebês é um caso dramático, pois demonstra o não reconhecimento da mulher como sujeito, não se tratando de uma questão religiosa. Nos pareceu que esta mulher não foi vista nem a partir da sua demanda biológica, que de alguma maneira vinha sendo trazida em cada visita diária à unidade, à admissão, tendo como produto da sua internação uma transferência a um hospital geral, por ocasião de um agravamento do seu caso e perda de seus filhos.

Observemos outro caso:

Uma mulher chega à admissão, com uma amiga, para avaliação médica. Apresentava-se mal vestida, suja, com roupas não apropriadas para o seu tamanho e com o cabelo por pentear. Amiga, ao final do atendimento, informou que a mesma era usuária de crack. Apresentava queixa de dor e edema em genitália, logo, não estava conseguindo andar direito. Não olhava diretamente para as pessoas. Trazia na mão um encaminhamento de um posto de saúde, informando ser um caso de violência sexual, por múltiplos homens.

A enfermeira que estava sentada à mesa, a uma distância de aproximadamente dois metros da mulher, indagou à mesma: “Você fez porque quis?”, obteve como resposta que sim, então se levanta e vai falar com a médica que estava atendendo. Desclassificando o caso como violência sexual, a enfermeira e a médica orientam a mulher a procurar um hospital com serviço de ginecologia, por meio próprios. Mulher sai andando com as pernas entreabertas.

O encaminhamento do posto de saúde dizia se tratar de um caso de violência sexual, contudo, baseadas na resposta da mulher, que informou “ter feito por que quis”, o pressuposto de violência é desconsiderado.

O tema da Violência contra a Mulher é reconhecido como uma violação dos direitos humanos, sendo entendido como “Qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2013). Aplicar o reducionismo “Ela quis / ela não quis” não desqualifica a existência de uma violência à mulher, independente da autorização desta mulher na realização do ato sexual. Havia um ser humano, uma mulher, tratada como objeto, doente e em condições de vida em estado de muita precariedade.

A partir de um julgamento reducionista não houve um acolhimento para talvez àquela que mais necessitasse de acolhida, não sendo cuidada nem mesmo em sua demanda biológica, sua queixa- dor, apesar de mal conseguir andar.

Na ausência dos profissionais frente a esta mulher, perdeu-se a oportunidade de dar encaminhamentos que talvez fossem importantes para a vida desta mulher. É a ausência no cuidado, mas também a ausência de possibilidade de repensar e ressignificar suas práticas, suas posturas.

Se tomemos a idéia de Mattos (2001), a integralidade se expressa como um valor na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, a integralidade desta mulher, por sua vez, não foi respeitada.

A postura de banalização à demanda desta mulher se torna evidente na abordagem do atendimento e ainda quando sua questão não é tratada em sigilo. Os comentários realçam de forma importante esta postura que se mantêm ainda após a saída da mulher da admissão.

Lançamos um realce ao descuido e rótulo às mulheres atendidas, criando uma banalização do sofrimento destas, como exercício de julgamento, onde este aparece como definidor do atendimento e seus sofrimentos não, nestes casos, nem mesmo suas queixas biológicas foram resolvidas, a dor e dificuldade de andar, configurando uma invisibilidade do sofrimento visível, trazido pelas mulheres, observado através desta banalização das suas questões.

6.5 Silenciamento

Percebemos no cotidiano das práticas um processo que identificamos, como um silenciamento dos profissionais de saúde frente ao outro e suas questões. Por vezes, profissionais são mobilizados pela postura de não querer se envolver com determinada situação, deixando de realizar perguntas importantes, não explorando fatos que poderiam complementar o contexto de queixas clínicas das mulheres que são atendidas.

O atendimento pautado por uma postura mais fragmentada por vezes é influenciado por regras institucionais que devem ser cumpridas pelos profissionais, fortalecida por uma rotina com muitos papéis a serem preenchidos, que possibilita a criação de limites à realização de um atendimento mais cuidadoso e ainda, percebemos uma dúvida sobre o papel profissional, não ficando claro suas responsabilidades.

O cumprimento da produtividade tornou-se algo necessário e obrigatório para o funcionamento da unidade dentro da lógica hierarquizada do município. O quantitativo de

atendimentos, os números produzidos por aquela unidade, garantem de alguma maneira o posicionamento de importância daquela perante à Secretaria de Saúde.

Atentemos ao caso observado:

Uma Mulher jovem chega à admissão para ser atendida, gestante com onze semanas de idade gestacional. Apresentando relato de sangramento e febre. Durante toda a classificação de risco, realizada pela enfermeira, falava em voz baixa e com a mão sempre na boca. Na folha de atendimento da enfermeira, percebo a seguinte frase **“refere aborto provocado com uso de citotec”**. (**grifo nosso**).

Após o atendimento pela enfermeira, a mesma diz: **“Trato como normal, não faço muitas perguntas. Às vezes falo, ‘não faz isso’, mas ninguém sabe sobre o corpo e a história da mulher, o que a levou a optar pelo aborto”**; e então, pergunto: “Você não acha arriscado para a mulher escrever que a mesma refere aborto provocado?”; enfermeira responde: “A gente tem que anotar o que a mulher diz, né?” (**grifo nosso**).

...

No atendimento médico, é perguntado: “O que você tem?” e a mulher responde: “Febre e dor na barriga”; Médica: “O que vc fez?”; resposta da mulher foi em voz muito baixa, logo não foi possível escutá-la. Médica diz: “Pode falar não to aqui para te julgar”. Então é examinada e informada que seu colo do útero estava fechado e que precisaria de um exame de ultrassonografia para avaliar se havia restos ovulares. Médica fala ainda: “Do jeito que tá não dá pra saber. E aí o ideal é que fizesse hoje mesmo e trouxesse para dependendo do caso internar e fazer Wintercuretagem (WC). Você pode fazer, hoje, particular?”³⁵

Há uma postura de não envolvimento frente ao caso da mulher que chega e declara aborto provocado, simplificando o atendimento e o reduzindo apenas à queixa apresentada.

Há uma postura de naturalização, frente ao considerado como anormal, o aborto, gerando como consequência o não envolvimento, um “tratar como normal”, justificado por um provável entendimento das histórias que levaram a mulher a realizar o aborto.

Não é claro o entendimento da profissional sobre o relato do aborto provocado, não atentando para o atesto de crime, mas entende que seu papel é “anotar o que a mulher diz”.

Por ter achado interessante, optamos em destacar o diálogo entre duas enfermeiras, sobre a necessidade de registro pelas mesmas de um determinado caso.

Enfermeira 1: “Evolui na mesma folha do médico?”

³⁵ O serviço de ultrassonografia da unidade funciona de segunda a sexta –feira, porém, naquele dia, que era uma sexta-feira, não havia médico, por alguma razão, logo mulheres que necessitavam de ultrassonografia, por vezes, o médico solicitava a sua realização por meios próprios, particular.

Enfermeira 2: “Faz na outra”

Enfermeira 1: “Mas não precisa evoluir”

Enfermeira 2: “Evolui na prescrição”

Enfermeira 1: “ A técnica de enfermagem já evoluiu na prescrição”

Enfermeira 2: “Ah, então não precisa”.

Ressaltamos este diálogo por se tratar de uma forma de silenciamento, pós atendimento, o não registro das questões e da conduta, gera um silenciamento, uma não visualização do que foi realizado, uma ausência, formal, destas profissionais frente à mulher que atenderam. Vale dizer, que esta ausência é gerada independente da postura destas profissionais no atendimento.

6.6 Sabe que é errado...

A criação desta análise se deu a partir de um caso observado, que descrevemos a seguir:

Uma mulher jovem chegou à admissão para ser atendida, apresentando sangramento vaginal. Ao ser examinada pela médica é constatado a presença de restos ovulares e que seria necessária a internação para realização do procedimento de curetagem³⁶. Após a saída da mulher do atendimento médico e da admissão, a enfermeira comenta “Se você visse como ela chegou. Eu acho que ela tomou alguma coisa. Elas têm medo. **Sabe que é errado, mas fazer o que?**. Não estamos aqui para julgar e sim para atender”. Resolvo questionar a enfermeira sobre como ela sabia que a mulher tinha ingerido alguma substância abortiva, e ela responde: “Pelo jeito dela falar, pelo que falou e ainda ‘quando elas chegam assim marrentas...’; pergunto: “Elas não falam que abortaram, não é?”; responde: “ Elas tem medo. Fazer o que?. **Não muda nada.** Elas serão atendidas da mesma forma” (**grifo nosso**).

A postura de silenciamento da enfermeira frente à mulher em situação de aborto é motivada pelo entendimento de haver um “silenciamento” da mulher, onde a enfermeira interpreta este silêncio como a afirmação de que a mulher tem consciência que fez algo errado, sendo possível que tenha medo das consequências do falar sobre.

Este silenciamento da mulher passa a ser entendido pela profissional, enfermeira, como baseado em um sentimento de culpa por algo errado que ela fez, e assim, o atendimento da enfermeira se restringe somente ao que a mulher se sente a vontade para contar. É um

³⁶ Procedimento de esvaziamento uterino, onde é realizada a raspagem da cavidade uterina, com um instrumento chamado “cureta” (BRASIL, 2011a).

território onde o julgar está relacionado ao perguntar, ao questionar, logo a enfermeira faz a opção de não fazer perguntas, não se envolver. É o entendimento de um silenciamento que produz um silenciamento.

É a certeza de realização de algo errado pela mulher, baseada em suas atitudes, seu jeito de falar, de se portar, “marrenta”. É o julgamento não dito que pauta o atendimento. Silencia-se o julgamento, mas este não deixa de existir e pautar a condução do atendimento prestado pela enfermeira, que no final, afirma este pensamento quando diz, “Não muda nada. Elas serão atendidas da mesma forma”.

O sentimento de culpa da mulher pode ser real, nem sempre a mulher que abortou ou sofreu um aborto espontâneo se sente a vontade para expressar seus sentimentos, podendo estar triste ou até aliviada pela situação, contudo, para que seja possível o falar é preciso que haja alguém capaz de ouvir, sem pré-julgamentos (BRASIL, 2001). Não somente ouvir, mas querer ouvir, buscando criar espaço de acolhimento e proteção a esta mulher.

Saber ouvir, através de uma escuta cooperativa e interessada, pode ser uma ferramenta potente para implementação de uma assistência mais acolhedora que busque dar conta das demandas das mulheres.

6.7 Diálogo entre os sentados

Dentre deveres e responsabilidades dos profissionais da admissão, a orientação às mulheres quanto a amamentação é uma ação estratégica que necessita ser realizada em todos os setores, como critério para manutenção da certificação do título “Unidade Amiga da Criança”. Em diversos espaços da unidade há uma placa com a seguinte orientação:

“Neste setor toda cliente deve ser acolhida, incentivada quanto à amamentação até o 6º mês de vida de seu filho. Toda gestante deve ser informada sobre as vantagens e benefícios da amamentação”

Pontuaremos um caso observado:

Em um dia do trabalho de campo, entra uma mulher, mãe, com seu bebê no colo, na admissão³⁷ para ser atendida. Apresentava aspecto de irritação. Como já seria atendida, **sentou** em uma cadeira na sala principal para aguardar o atendimento médico. Neste momento, uma técnica de enfermagem do setor que também **estava sentada**,

³⁷ Para retomar, o termo admissão é como é chamada a porta de entrada da unidade, a emergência.

aproximadamente a um metro da mulher, faz um comentário, direcionado à mesma, dizendo que o bebê estava mamando errado, “com a boca aberta”. Mulher reage e diz “faço o que quiser”. No mesmo instante, uma enfermeira, também do setor, que **estava sentada** em outra parte da sala, entra na conversa e diz, novamente à mulher, que o seu bebê estava mamando de forma incorreta e que, a técnica de enfermagem estava fazendo o **papel dela** orientando a amamentação. Nesta hora, a mesma técnica de enfermagem aponta para a placa descrita acima. A Mulher que neste momento apresentava-se mais irritada com a situação, reage novamente, dizendo: “Faço o que quiser” (**grifo nosso**).

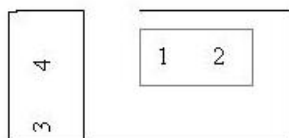
Profissionais envolvidas no caso ficaram bastante irritadas com a postura da mulher e acabou acontecendo uma discussão, que se encerrou quando a mulher foi chamada para o atendimento médico.

A enfermeira após a saída da mulher da sala, diz em voz alta para a técnica de enfermagem “**Elas gostam de desorientação. Não orienta, desorienta**” (**grifo nosso**).

O espaço da admissão é um espaço de normatividade, com regras que devem ser seguidas pelos profissionais, mas também é um espaço que aponta para uma lógica que se coloca o tempo todo: É o espaço do saber, daqueles que possuem um conhecimento capaz de causar intervenção na vida e nas questões trazidas pelas mulheres. Nesta lógica estabelece-se uma fronteira, a fronteira do invisível, onde de um lado aponta-se profissionais de saúde e do outro a população. De um lado pessoas que detêm um conhecimento e de outro, a população. A Transgressão desta fronteira apontou para uma questão importante, o não silenciamento dos profissionais frente ao incômodo.

Primeiramente, é importante situar como o caso aconteceu, imaginemos uma sala pequena, de alta rotatividade de profissionais, clientes e acompanhantes. Fizemos uma pequena ilustração para ampliar a noção do leitor. Na figura, os números 1 e 2 são mesas com cadeiras, 3 e 4 são só cadeiras. A mulher encontrava-se sentada na cadeira 4, a técnica de enfermagem na cadeira 3 e a enfermeira na cadeira 2. Toda a situação aconteceu com a mulher e as duas profissionais sentadas nestes espaços, por isso o grifo na descrição do caso.

Ilustração da sala principal



A placa, que está presente em diversos setores da unidade, como informe à população e aos profissionais de saúde, fala sobre a necessidade de acolhimento de toda cliente que chega na unidade, incentivo à amamentação e informação sobre as vantagens e benefícios desta. A evocação da placa pela técnica de enfermagem no momento da fala da enfermeira objetiva legitimar a abordagem que foi realizada pelas profissionais à mulher, contudo, esta mesma abordagem não diz respeito à norma que está exposta na placa, onde o acolhimento que deve ser prestado a todas as clientes, fica reduzido à ação de dar informações.

Não houve uma orientação cuidadosa, de abordagem próxima à mulher, que pudesse ser uma tentativa de auxílio na amamentação, o acolhimento e o incentivo à amamentação enquanto normas da instituição, não foram realizados, mas reduzidos a uma informação que foi manifesta por algo que identificou-se como errado.

É a rotinização das ações sendo justificada pelas normas institucionais, causando uma cegueira para as próprias ações, criando a sensação de “fiz o que tinha que ser feito”, independente da maneira como foi feito.

A discussão sobre a abordagem da técnica de enfermagem para realização do comentário não foi pautada como questão a ser trabalhada na equipe para qualificação do atendimento, mas diante da sensação de “fiz o que tinha que ser feito”, a orientação passa a ser “Não orienta. Desorienta”.

A reação da mulher que ficou claro ser frente a conduta pouco acolhedora da equipe de enfermagem, passa a ser captada pela equipe como recusa à orientação, se colocando como um desafio à autoridade expressa por aquelas profissionais, gerando revolta e insatisfação da equipe que se via cumprindo seu papel, travando-se uma discussão entre a equipe e a mulher.

O silenciar deixa de ser opção e o não silenciamento dos profissionais deixa claro a transgressão de um espaço que é o do saber, mas também o do poder.

6.8 Como garantir o atendimento?

Por ocasião da possibilidade de não ser atendida, a população, que já conhece as fronteiras e limites dos serviços, se utiliza de artifícios para a garantia do direito à saúde. Estratégias de impacto da equipe de saúde e ainda de cobrança dos direitos, são estratégias que foram presenciadas e tentaremos trazer neste momento.

6.8.1 O lado artístico da população – “Eles vão ter que resolver isso...”

De acordo com Menezes (2002, p. 33) o “lado artístico da população” é a forma como a população busca garantir um atendimento, quando há possibilidade deste não ser realizado. É a criação de artifícios, de uma linguagem que é interpretada pela equipe como digna de atendimento ou até mesmo de atendimento imediato. Por vezes está relacionado a gritos e choros.

A partir de dois casos, travaremos esta discussão:

Uma mulher chega à unidade, informando ser gestante, apresentando queixa de sangramento intenso no dia anterior. Enfermeira faz a classificação de risco. Como foi classificada pela cor amarela, logo passou na frente de outras mulheres que estavam classificadas pelas cores: verde ou azul. Ficou aguardando, sentada, na sala principal, o atendimento médico. Como caso suspeita de aborto, aproveitei a oportunidade e antes mesmo de entrar no box³⁸ para observar o atendimento, já solicitei autorização à mesma, explicando que somente iria observar o atendimento que seria prestado pelo profissional médico. Acredito que a mulher se sentiu a vontade comigo, e também antes de entrar para o atendimento me diz, “*in off*”, que na última gestação fez laqueadura tubária, porém como estava sangrando havia algum tempo, diz: “**eles vão ter que resolver isso**”. Pelo que entendi ela não estava grávida, apenas se utilizou deste artifício, pois sabia que esta informação seria pré-requisito para seu atendimento naquela unidade, que não atende serviço de ginecologia. **(grifo nosso).**

³⁸ Para lembrar, quando nos referimos a “box”, significa a sala onde os médicos realizam o atendimento na admissão. Este é o termo como é falado no setor.

Médico staff³⁹, experiente, questiona o que aconteceu. Pela avaliação do médico, com base na data da última menstruação, informada pela mulher, estaria com aproximadamente dezoito semanas de gestação. Mulher diz que estava sangrando muito e direcionando seu olhar para mim, diz: “O senhor não sabe como foi inesperada, imprevista, essa gravidez”. Médico pergunta o número de filhos, mulher responde três, e ele comenta “Ta na hora de parar, né, moça?”, a mulher, de imediato, responde “ já devia ter parado. O senhor, não tem idéia de como essa gravidez foi inesperada”. Ao examiná-la, médico fala que o colo do útero estava fechado e que a barriga não estava compatível com a idade gestacional de dezoito semanas. Ao final solicita um exame de ultrassonografia para avaliar se ela já teria abortado ou se haveria restos ovulares, informando que nesta última situação ficaria internada para realização do procedimento de curetagem.

Mulher com o pedido de ultrassonografia é orientada pela equipe de enfermagem a ir para o local de realização do exame, que era exatamente em uma sala logo após a porta da admissão, porém deveria aguardar no banco em frente à sala. Aproximadamente alguns minutos que a mesma saiu, resolvi ir falar com ela, para entender melhor sua questão e então, percebo que tinha ido embora⁴⁰.

Após o atendimento, após a saída da mulher do box, médico diz que era possível que estivesse apresentando um quadro de aborto completo, onde a cavidade uterina encontrava-se vazia.

Sabendo que não seria atendida caso dissesse que não estava grávida, a mulher diz que estava apenas com um sangramento, não informando a realização da laqueadura tubária em outra gestação e ainda diz estar grávida. Diante da possibilidade de descoberta da fraude, caso realizasse o exame de ultrassonografia, a mulher não só, não realiza o exame, como também não retorna à admissão, para que sua questão pudesse ser resolvida, como disse ser sua intenção.

Apesar de dizer uma informação errada, para garantia do atendimento naquela unidade, o não retorno à admissão é um indicador do possível medo em ser descoberta e

³⁹ Termo utilizado para identificar os médicos contratados ou servidores públicos, se diferenciando dos residentes e estagiários.

⁴⁰ Ela não se encontrava na sala de ultrassonografia, nem no banco. Fui, ainda, procurar no banheiro e nos bancos de espera de ambas as recepções, interna e externa, mas não a encontrei. De fato, constatei que tinha ido embora, pois após a realização da ultrassonografia todas as mulheres que saem da admissão são orientadas a retornarem para avaliação médica na admissão para posterior liberação e esta mulher não apareceu mais. Perguntei em outro dia se a mesma tinha retornado, busquei no livro de anotações da equipe de enfermagem e ela não tinha retornado.

possivelmente o medo de uma internação errada, talvez como um castigo, pela mentira contada.

O “lado artístico” abordado por Menezes, neste caso, se revela a partir da sutileza da informação errada, não com gritos e ou choros, mas com a inteligência em dizer aquilo que precisava ser dito para garantir seu atendimento. Não nos cabe avaliar se esta conduta foi adequada ou não, mas apenas trazê-la para reflexão.

Quando a mulher não está dentro dos critérios para atendimento na unidade de saúde e não se utiliza de “seu lado artístico” para garantia do atendimento, retomemos um caso já citado.

Uma mulher chega à admissão, com uma amiga, para avaliação médica. Apresentava-se mal vestida, suja, com roupas não apropriadas para o seu tamanho e com o cabelo por pentear. Usuária de Crack, informação fornecida pela amiga. Apresentava queixa de dor e edema em genitália, por isso não estava conseguindo andar direito. Trazia na mão um encaminhamento de um posto de saúde, informando ser um caso de violência sexual, por múltiplos homens.

A enfermeira ao indagar à mulher se tinha feito por que queria, e ao obter a resposta que sim, vai falar com a médica e então, desclassificam o caso como violência sexual e encaminham a mulher ao hospital mais próximo com serviço de ginecologia, por meios próprios. **Mulher sai andando com as pernas entreabertas (grifo nosso).**

Mesmo falando a verdade, de forma bastante objetiva, sendo clara, sua questão não foi resolvida e esta mulher, que estava em condição de bastante precariedade, não foi atendida nem em sua queixa de dor, para posterior encaminhamento ao hospital, mas sendo encaminhada, sai “de pernas entreabertas” para buscar o hospital que qualifique sua demanda como atendível.

Este caso, demonstra o porque da necessidade de uma nova linguagem, criada pela população, para garantia do atendimento de saúde nas unidades. É a necessidade de formulação de um “lado artístico”, consciente, para legitimar um direito, que não é evocado, um direito à saúde.

6.8.2 A evocação do direito

O seguinte caso nos chamou a atenção para travarmos essa discussão:

Uma mulher chega à admissão para reavaliação médica⁴¹. É reavaliada e liberada, pois não estava em trabalho de parto, logo em seguida, retorna à admissão com o marido. Ao abrir a porta da admissão, mulher cai no chão chorando. Então marido fala: “Não quero saber mais. Vocês irão internar ela”. Marido é abordado pela equipe de enfermagem, que chama um médico obstetra. Equipe médica e de enfermagem recepcionam este marido. É perguntado seu nome e explica-se sobre o trabalho de parto e a internação e então é informado pela médica que **“se for o caso irá internar, caso contrário não”**.(grifo nosso).

Não foi possível identificar se de fato a queda da mulher gestante quando o marido abriu a porta foi por conta da dor, desespero ou apenas uma estratégia para um atendimento imediato, mas independente da intenção, neste momento a família consegue um atendimento diferenciado, onde a enfermeira e duas médicas fazem orientações, que não tinha ouvido ainda tão detalhadas. A própria médica, staff, atende junto com a residente esta família, buscando esclarecer e independente da fila de espera para atendimento, é encaminhada ao box e examinada, onde então é constatado pelas mesmas que esta mulher não estava em trabalho de parto.

Marido encontrava-se nervoso e exaltado.

Médica diz: **“Pra mim não faz diferença internar, mas ela vai ficar na cadeira, pois não tem vaga”**

Marido responde: “Não vou embora”.

...

Médica diz: **“SUS não dá direito à ela a ter parto sem dor. Só no particular tem a anestesia”**

Marido: **“Eu pago”**

Médica: **“Ela não tem direito”**

Marido nervoso, mulher chorando.

Médica: **“Você não poderá ficar. Ela internando vai ficar sozinha na cadeira”**

Então ele reage: **“Ela não vai ficar sozinha” (grifo nosso)**.

Tudo termina com a mulher sendo internada, o marido proibido de acompanhá-la na internação e durante o trabalho de parto.

⁴¹ Mulheres gestantes são avaliadas pelo médico e quando estão em início do trabalho de parto ou ainda não estão em trabalho de parto, são liberadas, e então, solicita-se que retornem, em determinada quantidade de horas, para uma reavaliação.

A família é acolhida, as demandas e angústias do marido são ouvidas, explicações sobre o processo de trabalho de parto, parto e internação são oferecidas. A partir do enfrentamento do marido uma nova abordagem é realizada. É o embate para a garantia de direitos que de fato garante um acolhimento, com a solução do caso para a família, a internação.

A internação foi realizada não porque “estava na hora” de internar, mas como resposta ao enfrentamento e na tentativa da equipe em minimizar a questão, quando pareceu que daria alguma repercussão maior. A condução deixa de ser clínica, mas política. Gera-se uma mobilização da equipe, em priorizar o que gera murmúrios e ruídos, independente da prioridade clínica do caso.

Por outro lado, há uma afirmação da autoridade e do poder da médica que se coloca o tempo todo, que está refletida em várias falas da mesma, como quando diz que se for o caso irá internar, ou ainda: “Você não poderá ficar. Ela internando vai ficar sozinha na cadeira”.

A evocação da autoridade anterior ao atendimento gera um sentimento de desrespeito e angústia na família, talvez, melhor seria o uso do conhecimento e da sua autoridade, no atendimento *in ato*, para definir e esclarecer a família quanto à possibilidade/necessidade da internação.

6.9 Ser bom?

Buscando tentar entender melhor o fluxo de entrada das mulheres na admissão, resolvemos observar as recepções interna e externa⁴². Assim, em uma tarde, sentada em uma cadeira na recepção externa, ao lado de duas senhoras, que aguardavam notícias de suas parentes, que estavam na maternidade e tinham sido encaminhadas ao Centro Cirúrgico Obstétrico, para terem seus bebês, escuto o seguinte comentário:

- “Hoje é dia de um médico baixinho. Ele que fez o parto da minha outra filha. **Ele é muito bom! Ele é muito atencioso!**” (grifo nosso).

Após esta frase, a outra mulher concorda com a cabeça.

Não identifiquei quem seria este médico, pois não havia médico baixinho atendendo, mas o que me chamou a atenção não foi a lembrança do médico, até porque é possível que a mulher tenha se enganado com relação ao profissional, mas a sua percepção do que é ser bom.

⁴² Lembrando que recepção interna é o espaço onde mulheres que serão atendidas na admissão aguardam, com seus acompanhantes. A recepção externa é um ambiente mais amplo e mais geral, onde todos passam para entrar na unidade. Ambos os espaços se localizam dentro da unidade.

O ser bom nos pareceu estar associado ao ser atencioso, não sendo, nesta fala, levado em consideração sua competência na avaliação clínica.

Há uma contradição posta no jogo de acontecimentos dos encontros das práticas, por um lado percebemos profissionais de saúde, por muitas vezes, com o olhar focado na clínica apresentada pelos sujeitos, se posicionando somente perante a esta questão, por outro lado, temos a população que reconhece este mesmo profissional como “bom” não quando tem uma adequada atuação frente à demanda clínica, mas quando é atencioso.

Por um lado, ser bom, nos pareceu estar relacionado à possibilidade e agilidade em responder aos sintomas apresentados como demandas pelas mulheres, por outro lado há um entendimento que o “ser bom” é algo que valoriza as posturas dos profissionais.

Ser bom é ser atencioso ou ser bom é dar respostas clínicas?

Talvez fosse melhor, não criar esta separação, seria interessante unir nossas definições, fundir horizontes, onde ser bom, poderia ser atencioso, mas também em dar respostas às demandas.

6.10 **Você viu quantos papéis temos que preencher?**

A rotina de trabalho pautada em normas e regras, por vezes é interpretada como excessiva pelos profissionais, gerando um incômodo referente a esta normatização e burocracia do processo de trabalho.

Após a observação de um atendimento médico de uma mulher em situação de aborto que foi internada para realização de wintercuretagem, fui apresentar o termo de consentimento livre e esclarecido ao médico, que imediatamente disse **“Você viu quantos papéis temos que preencher?” (grifo nosso).**

Observando diversos atendimentos, percebi que quando uma mulher é internada, há uma série de papéis, de preenchimento obrigatório pelo médico, para internação. Na grande maioria das vezes, a mulher permanecia sentada ao lado do profissional médico e este passava alguns minutos preenchendo a “tal papelada”.

A rotina de preenchimento de papéis faz parte do processo de trabalho do médico, há uma rotina, com regras e normas, a serem seguidas que devem orientar este processo, contudo, o que percebemos é uma ação movida pela necessidade de fazer, nem sempre apropriada do porque.

Havia um incômodo da equipe de enfermagem, contratada pelo Programa Cegonha⁴³, com relação à alteração das rotinas, sem planejamento, onde em certo dia, a equipe foi informada da possibilidade de ampliação dos horários da visita do Programa⁴⁴. Apesar da líder da equipe tentar estabelecer uma discussão sobre as dificuldades desta ampliação, esta foi ordenada e então a equipe precisou incluir mais dias e horários de visitas na sua rotina.

Uma das questões apresentadas é que não havia microfone para realização da visita e com o numero cada vez maior de mulheres que vinham conhecer a maternidade com seus acompanhantes, as enfermeiras tinham que praticamente gritar para dar todas as orientações e apresentar a unidade, e ainda havia uma grande quantidade de papéis que necessitavam preencher ao final da visita para entregar a cada mulher.

As enfermeiras se preocupavam também em não deixar de realizar a classificação de risco de nenhuma mulher que chegava à unidade, mesmo quando esta já estava sendo atendida pelo médico, contudo por situações do cotidiano do processo de trabalho, nem sempre era possível a realização da classificação de risco em todos os atendimentos, gerando desconforto e tensão na equipe.

A rotina cria um desconforto para a equipe e sua alteração sem parceria também. Há uma postura de resignação frente ao estabelecido, que cria atrito e desmotiva a equipe.

Diante de normas e rotinas a serem seguidas, há uma sensação de formulação de uma conduta implícita que é “fazemos o que dá, fazemos o melhor possível”, que nos leva a um campo da naturalização das práticas, gerando bloqueio da percepção, produzindo invisibilidades e silenciamentos no cotidiano dos processos de trabalho. Talvez fosse interessante o questionamento do porque tem que ser assim, ou ainda, tem que ser de tal maneira? Acreditamos que tais questionamentos podem ajudar a criar uma postura no mínimo desnaturalizante e de enfrentamento à postura de resignação.

⁴³ Lembrando que a equipe da admissão é composta por servidores e contratados, sendo estes para atuação exclusivamente na porta de entrada da unidade, na implementação do Programa Cegonha.

⁴⁴ A visita do Programa era realizada por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem do Programa, em alguns turnos da semana, passando para todas as manhãs, exceto domingo e a tarde, na terça, sexta e sábado. Tem como objetivo apresentar a maternidade às mulheres que terão seus bebês nesta unidade, reforçando o momento de ir para a maternidade e o que é necessário levar.

CONCLUSÃO

Este estudo surge a partir da expectativa de tentar apreender possíveis influências das posturas religiosas na qualidade do atendimento às mulheres em situação de aborto. Imaginávamos haver uma expressiva condenação às mulheres em situação de aborto por profissionais de saúde, contudo no decorrer da pesquisa, o campo de observação nos levou a uma nova percepção.

Percebemos com a vivência no campo das práticas que havia outras questões, nesse momento não religiosas, que estavam definindo os atendimentos, relacionadas às posturas dos profissionais de saúde, na maneira de tratar as mulheres no cotidiano do serviço de saúde.

Configurou-se uma nova descrição, onde observamos a presença de juízos morais desqualificando mulheres, onde a vivência, como observadora, das práticas foi dando lugar à preocupação com as características dos atendimentos. Posturas de silenciamento, não escuta e invisibilidade do outro e de suas questões não trazidas foram achados importantes e potentes para a proposição de tensionamentos.

Antes de imaginarmos provocar tensionamento em qualquer pessoa que seja, o movimento realizado nesta pesquisa, já nos levou a um refletir e repensar nossos posicionamentos e práticas cotidianas de trabalho. Um repensar a nós mesmos que foi acontecendo durante todo o processo e que insistimos em dizer, só foi possível a partir do deslocamento para o lugar de observador, que permitiu estranhar coisas que antes eram assustadoramente familiares, logo, buscamos com este trabalho enunciar questões antes não percebidas e por vezes naturalizadas.

Foi preciso viver esse encontro, experiências, a partir de um outro olhar para ser possível questioná-las e ser possível uma nova percepção. A experiência de James⁴⁵ nos é semelhante quando o campo de pesquisa dá lugar a um outro ponto de vista das práticas.

São os encontros observados no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde que passamos a querer entender e desvendar. Fomos percebendo posturas não ditas, não percebidas que configuravam os atendimentos prestados, tanto a mulheres em situação de aborto, como as mulheres de uma forma geral, contudo, lançamos um realce para a situação de vulnerabilidade e sofrimento, psíquico e / ou físico, as mulheres em situação de aborto.

⁴⁵ James durante uma viagem pelos Montes Apalaches, a uma clareira onde a floresta tinha sido derrubada, o seu entendimento, ao ver aquela imagem, foi de destruição da floresta, porém ao encontrar um lavrador, o mesmo lhe diz, feliz, que somente ficam felizes quando começam a plantar aqueles descampados. O que para James era o cenário de morte, para o lavrador era uma batalha, uma luta que se iniciava (RORTY, 1989, p. 81)

No contexto das práticas dos profissionais percebemos o uso constante do termo “Elas” demarcando uma separação daqueles que atendem e aquelas que serão atendidas, como expressão de um senso comum.

Se tomarmos a discussão trazida por Richard Rorty (1989), o autor aponta a necessidade dos sujeitos se haverem com suas contingências, destacando a importância da diluição entre “Nós” e “Eles” no cotidiano dos encontros da vida.

Rorty aponta ainda, para a criação do “Tipo errado de ser humano”, como sendo uma segregação reproduzida no cotidiano da vida, dos processos de trabalho, onde para os distintos e variados “Nós”, tem existido diversos “Eles”. “Eles” como uma representação social do ser humano que não pode ser incluído no “Nós”, não existe esta possibilidade, e ainda, aquele com quem não é possível estreitar e manter relações de afeto e até de solidariedade.

No cotidiano da vida, para cada “Nós” que reúne um determinado grupo de pessoas que possuem semelhanças entre si, cria-se um grupo de “Eles”, que destoa destas similaridades, e que talvez por esta razão, não são capazes de serem incluídos no “Nós”.

Como é possível esta separação “Elas” e “Nós?” Como é possível essa reprodução social do tipo errado de ser humano em um cotidiano de um serviço de saúde?

Esta separação “Nós” e “Elas” reforça, ainda, uma relação de poder, no que se refere ao campo do saber e da decisão, configurando um “Eles” composto por sujeitos em situação inferior a de “Nós”, onde os direitos de atendimento digno são interpretados como benesse, frente a um “Nós”, donos de um poder de decisão sobre o tratamento e cuidado de “Eles”.

Ao repensar o atendimento e cuidado de saúde prestado às mulheres em situação de aborto, torna-se inerente a este a autocriação e autossuperação do “Eu”, através da inclusão do “Nós”.

“Devemos estar atentos às pessoas marginalizadas – às pessoas em quem ainda pensamos, instintivamente, como “Eles”, em vez de “Nós”. Devemos tentar observar nossas semelhanças com elas” (RORTY, 1989, p. 323)

Há similaridades? Há possibilidades de encontros? Tornar o imperativo do “Nós” um campo de diálogo com o “Eles”. Encontrar semelhanças, apesar de um estranhamento ao que não é comum, criando uma linguagem que seja possível estabelecer um diálogo. É a constituição de um grande “Nós”, que difunda esta diferença.

Então nos fica a questão: É possível nos apropriar de nossas contingências para construção de um ser humano distinto daquele que temos escolhido ser?

Não sabemos a possibilidade de intervenção para modificação de posturas, nem temos esta pretensão, porém, é possível dizer que há uma prática que gostaríamos que mudasse, e

assim, buscamos com este estudo produzir elementos de reflexão e tensionamento. Esse é o nosso campo de ação, a mudança vai da ação de cada um, de cada pessoa e de cada instituição.

REFERÊNCIAS

AÇÕES AFIRMATIVAS EM DIREITOS E SAÚDE/IPAS BRASIL. *Faltam centros de aborto legal onde há mais violência contra a mulher*. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/wp/?p=1816>> Acesso em: 01 maio 2012.

_____. *Abortos Resultam Em 10% Dos Casos De Mortalidade De Mães*. Disponível em: <http://aads.org.br/noticias_old/2010_08_09.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2012

_____. *Rejeitados Quatro Projetos Que Caracterizam Aborto Como Crime Hediondo*. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/wp/?p=1461>> Acesso em: 18 jun. 2012

ADESSE, Leila. Vídeo exibido no site aborto em debate. Disponível em: <<http://www.abortoemdebate.com.br/wordpress/?p=3271>>. Acesso em 23 jul 2012.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL PRÓ-VIDA E PRÓ-FAMÍLIA. Disponível em: <<http://www.providafamilia.org.br/site/quemsomos.php>>. Acesso em: 16 jun. 2012

BBC NEWS. *Abortion Row Shakes Brazil Opinion*. Disponível em: <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/7978696.stm>> . Acesso em: 20 abr. 2012.

BESSA, Fernando Manuel. *Considerações Metodológicas Sobre a Técnica da Observação Participante*. 2011. Disponível em: < <http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=438>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

BÍBLIA CATÓLICA NEWS. *A pena de excomunhão no Direito Canônico*. Disponível em: <<http://www.bibliacatolica.com.br/blog/doutrina-catolica/a-pena-de-excomunhao-no-direito-canonical/>>. Acesso em: 15 maio 2012.

BOURDIEU, Pierre. CHARTIER, Roger. *O Sociólogo e o Historiador*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011, 134 p.

BRASIL. *Lei De 16 De Dezembro De 1830*. Manda executar o código criminal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm. Acesso em 15 mar. 2012.

_____. *Decreto-Lei N. 2.848, De 7 De Dezembro De 1940*. Código Penal. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102343>. Acesso em: 15 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção Humanizada ao Abortamento*: Norma Técnica. 2ª Ed. Brasília: Editora MS, 2011a. 60 p.

_____. _____. *Portaria N° 1459 de 24 de junho de 2011*. Rede Cegonha. 2011b Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 18 jan. 2012

BRASIL. _____. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança*. 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf>. Acesso em: 15 de mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: Ed. MS, 2010. 56p.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Magnitude do Aborto no Brasil*. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual. Brasília: Ed. MS, 2008. 70 p.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS*. Brasília: Ed. MS, 2004, 19p.

_____. _____. Secretaria De Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada À Mulher*. Brasília: Ed. MS, 2001. 202 p.

CAMARGO, Thais Medina Coeli Rochel de. *O Discurso do Movimento Feminista Sobre o Aborto*. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) – Escola Superior de Ciências Sociais, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um Método Para Análise e Co-Gestão de Coletivos*. 3ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 236 p.

_____. *Saúde Paidéia*. 3ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003, 185 p.

CARVALHO, Simone Mendes. *Mulheres Jovens E O Processo Do Aborto Clandestino: Uma Abordagem Sociológica*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/institucional>>. Acesso em 16 jun. 2012.

CENTROS DE FORMAÇÃO HUMANA CRISTÃ. *Quem Somos*. Disponível em: <<http://cfhc.wordpress.com/quemsomos/>>. Acesso em 17 jun. 2012.

DAMATTA, Roberto. *O Ofício Do Etnólogo Ou Como Ter “Anthropological Blues”*. In: NUNES, Edson de Oliveira. *A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p.23-35.

DECLARAÇÃO E PLATAFORMA De AÇÃO DA IV CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE A MULHER. Pequim, 1995. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/docsfund/instru_inter_pequim.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012

DEL PRIORI, Mary Lucy Murroy. *A Árvore e o Fruto: Um Breve Ensaio Histórico Sobre o Aborto*. *Revista Bioética*, v.2, n.1, 1994.

DINIZ, Debora; CORRÊA, Marilena (Coord.). *Aborto e Saúde Pública: 20 anos de Pesquisas no Brasil*. Brasília,DF, 2008. 313p.

DUARTE, Graciana Alves; OSIS, Maria José Duarte. *A pesquisa sobre aborto nas ciências da saúde*. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (org.). *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 295.

EMMERICK, Rulian. *Aborto: (Des)criminalização, Direitos Humanos e Democracia*. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008. p. 233

_____. *As relações Igreja / Estado no Direito Constitucional Brasileiro*. Um esboço para pensar o lugar das religiões no espaço público na contemporaneidade. *Rev. Sexualidad, Salud Y Sociedad – Revista Latinoamericana*, v. 5, p. 144-172, 2010.

FAÚNDES, Aníbal; OSIS, M.J.D.; DUARTE, G.A.; PÁDUA, K.S. O médico ginecologista e obstetra frente ao aborto. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da (Org.). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. São Paulo: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009. 284p.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. *O drama do aborto – em busca de um consenso*. São Paulo: Komedi, 2004. 303 p.

FOOT-WHITE, William. *Treinando a observação participante*. In: GUIMARÃES, Alba Zaluar. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980, p.77-86.

FREITAS, Elizabeth Saar de. *Aborto Como Questão Pública*. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (org.). *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 295 p.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DIREITOS HUMANOS. *Uma Vida Sem Violência é um direito das mulheres*. “ Em briga de marido e mulher o poder público mete a colher”. 2ª Ed. Rio de Janeiro: 2013.

INSTITUTO DE PESQUISAS DATAFOLHA. *Opinião Pública*. Disponível em: http://datafolha.folha.uol.com.br/po/ver_po.php?session=508 . Acesso em: 17 jun. 2012.

MALINOWSKI, Bronislaw. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. Um Relato Do Empreendimento E Da Aventura Dos Motivos Nos Arquipélagos Da Nova Guiné Melanésia. 3ªed. São Paulo: Abril Cultural, 1984. 418 p.

MARQUES, Myriam Silva; BASTOS, Marisa Antonini Ribeiro. *Aborto Provocado Como Objeto De Estudo Em Antropologia Da Saúde*. *Rev. Min. Enfermagem*, v.2, n.2, p. 57-61, 1998 apud REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. *Não Nascer: Algumas Reflexões Fenomenológico-Existenciais Sobre a História do Aborto*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.16, n.3, p. 419-428, jul./set. 2011

MATOS, Maurílio de castro. *A criminalização do Aborto em Questão*. São Paulo: Almedina, 2010. p. 109

MATTOS, Ruben Araujo de. *Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Humanização das Práticas de Saúde*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl.I, p. 771-80, 2009.

MATTOS, Ruben Araujo de. *Os Sentidos Da Integralidade: Algumas Reflexões Acerca De Valores Que Merecem Ser Defendidos*. IN: MATTOS, Ruben Araujo de; PINHEIRO< Roseni. *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e na Unidade de Saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco, 2001.

MELO, Jacira Vieira de. *A Construção de Opinião no Debate sobre Aborto*. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (org.). *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 295.

MENEZES, Rachel Aisengart. *Difíceis decisões: Etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006, 107p.

MERHY, Noberto Elias. *Em Busca do Tempo Perdido: A Micropolítica do Trabalho Vivo em Saúde*. In: *Agir Em Saúde: um desafio para o público*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007, 385 p.

MOTTA, I.S. *A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”*. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, Pernambuco, v.5, n. 2, p. 219-228, abr./ jun. 2005.

NUNES, Maria José Rosado. *Aborto e religião: as pesquisas no Brasil*. In: ROCHA, Maria Isabel Baltar da (Org.). *Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. São Paulo: Núcleo de Estudos de População – Nepo /Unicamp, 2009. 284p.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. *Os Sujeitos da Luta pela Legalização do Aborto*. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (org.). *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 295.

PACHE, Dário Frederico. *Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl.I, p. 701-8, 2009.

PLATAFORMA BRASIL. Disponível em: <
<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/publico/pesquisarProjetoPesquisa.jsf> >
Acesso em: 11 dez. 2013

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; DUTRA, Elza Maria do Socorro. *Não Nascer: Algumas Reflexões Fenomenológico-Existenciais Sobre a História do Aborto*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.16, n.3, p. 419-428, jul./set. 2011

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS.

Apresentação. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/institucional.php>>. Acesso em 16 jun. 2012

_____. *Dossiê Aborto Inseguro*. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/home/biblioteca.php>> . Acesso em: 15 jun. 2012.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. *Planejamento Familiar e Aborto: Discussões Políticas e Decisões no Parlamento*. In: ÁVILA, Maria Betânia; PORTELLA, Ana Paula; FERREIRA, Verônica (org.). *Novas Legalidades e Democratização da Vida Social: Família, Sexualidade e Aborto*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. 295 p.

_____. *A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese*. *Rev. Brás. Est. Pop.*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 369-374, jul./dez.2006.

RORTY, Richard. *Contingência, Ironia e Solidariedade*. Ed. Martins: 1989. 331 p.

SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta Thereza. *O Aborto: Um Resgate Histórico e Outros Dados*. *Rev. Brás. De Crescimento e desenvolvimento humano*. Disponível em: <http://www.abmp.org.br/textos/489.htm>. Acesso em: 03 maio 2012.

SILVA, Claudia Meneses. *Da Condição de patinho Feio ao Sonho da Transformação em Cisne: Um Estudo Sobre a Recepção aos Pacientes Ambulatoriais...* Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento *et al.* *Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade*. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v.23, n. 6, p. 732-736, 2010.

TORRES, José Henrique Rodrigues. *Aborto*. Legislação Comparada. *Revista Epos*, v.2, n.2, jul./dez. 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Unsafe Abortion: Global And Regional Estimates Of The Incidence Of Unsafe Abortion And Associated Mortality In 2008*. 6.ed., 2004. Disponível em:< http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.