

ISSN 2525-6904



DOSSIÊ

Aborto legal e direitos reprodutivos femininos

Concepções de trabalhadoras da enfermagem de uma maternidade pública paulistana



Anna Carolina Arena SIQUEIRA, *Universidade de São Paulo*

Antônio Augusto Dall' Agnol MODESTO, *Universidade Cidade de São Paulo*

Márcia Thereza COUTO, *Universidade de São Paulo*

Cristiane CABRAL, *Universidade de São Paulo*

Rosana MACHIN, *Universidade de São Paulo*

O referencial teórico e legal de direitos reprodutivos brasileiros foram delineados a partir dos preceitos da Organização Mundial da Saúde, na perspectiva de extrapolar os aspectos biomédicos alcançando os determinantes sociais do processo saúde-doença e das relações de gênero. A temática do aborto, criminalizado no país, está inserida no debate e implementação das normas e condutas para os profissionais de saúde, incluindo a equipe de enfermagem. Este artigo objetiva explicitar concepções de trabalhadoras da enfermagem de uma maternidade pública paulistana acerca dos impactos do aborto (legal/inseguro) e desfechos reprodutivos relacionados a este sobre seu cotidiano do trabalho. Trata-se de investigação qualitativa, realizada entre 2016 e 2017, com uso de observações participantes e dez entrevistas em profundidade. O conjunto desse material empírico foi analisado por técnica de triangulação de métodos e o processo analítico foi desenvolvido sob referencial conceitual hermenêutico-filosófico dando origem a duas categorias temáticas: “A enfermagem tem sexo”: contextualizando o serviço investigado; O aborto provocado e os desfechos reprodutivos a ele associados. Foi possível depreender que as trabalhadoras da enfermagem tinham dificuldade em lidar com o aborto, sinalizando os desafios da superlotação, poucos funcionários e desamparo técnico/psicológico que permeavam esse enfrentamento. Explicitaram julgamentos controversos frente à temática, ora solidários, ora pejorativos. Conclui-se que a experiência cotidiana de trabalho em contextos agravados pela carência de recursos materiais e suporte psicológico era fonte de angústia e desgaste para as entrevistadas e se faz necessário desvelar suas concepções sobre o aborto para efetivação do cuidado pautado na humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Aborto legal. Mulheres trabalhadoras. Pessoal da saúde. Identidade de gênero. Pesquisa qualitativa.



Introdução

As políticas sociais brasileiras direcionadas à saúde sexual e reprodutiva começaram a se consolidar efetivamente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, em que ao Estado foi atribuído da assunção generalista das responsabilidades nesse campo (Brasil, 2005). A elaboração desse arcabouço de políticas foi orientado pelas diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU) oriundas da Conferência do Cairo (CIPD – Cairo, ano de 1994) e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher ano de 1995). A partir delas foram incorporadas as noções de saúde reprodutiva como um direito humano e gênero, empoderamento feminino e transversalidade na atenção à saúde como preponderante para a qualidade de vida dos indivíduos (Alves, 1995; Brasil, 2004; CIPD, 1994; Cerqueira, 2008; Cerqueira; Cabecinhas, 2012; ONUBR, 2017; Patriota, 1994). Essa proposição se coaduna com a construção e consolidação do SUS enquanto política universal de saúde.

No âmbito do SUS, os anos de 1990 até 2000 foram marcados por uma tônica de avanços e retrocessos na institucionalização e implementação de ações relativas aos direitos reprodutivos, podendo-se citar a “Lei do Planejamento Familiar” (Lei 9.263/1996) como avanço no acesso à métodos contraceptivos e legalidade da esterilização (Brasil, 1996; Planalto, 2017; Vioti, 2017; Yamamoto, 2011). Evidencia-se também, em 2004, a consolidação do PAISM como “Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, tendo como princípios norteadores a integralidade, a promoção da saúde e os conceitos de gênero, raça/etnia e destacando a humanização como pilar do desenvolvimento das ações (Brasil, 2004; Ratter, 2014).

Nesse cenário, a situação do abortamento é colocada na berlinda e, no ano de 2005, o Ministério da Saúde lança a Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil 2005a), com vistas a fornecer material de apoio, com estratégias de abordagens de acolhimento, para profissionais e serviços de saúde (Brasil, 2005b). Em sua primeira edição (Brasil, 2005a), o texto continha redação focada exclusivamente na figura da mulher e da gestação, invisibilizando o lugar do masculino na situação. A segunda edição (Brasil, 2011) enfatiza os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, buscando aprofundar o aspecto da humanização do cuidado e a qualificação dos profissionais de saúde frente à situação de abortamento (provocado ou não), do ponto de



vista da assistência obstétrica e neonatal, evidenciando a problemática do aborto em condições inseguras (Brasil, 2011).

Os serviços públicos de saúde brasileiros recebem os três tipos de situações de abortamento: o aborto espontâneo (que não será tratado neste estudo), o aborto legal e complicações do aborto inseguro. O aborto legal é realizado por serviços públicos especializados em poucas situações específicas. No ano de 2015, o país contava com 68 serviços referenciados, sendo que apenas 37 deles estavam em funcionamento e 2 realizavam coleta de material biológico quando de violência sexual (Diniz; Madeiro, 2016). No caso do aborto provocado em situação de insegurança (ausência de recursos humanos e físicos adequados), a procura da mulher pelo serviço de saúde se faz por complicações ou para finalizar o procedimento que está em andamento e, não é incomum, que as mulheres sofram discriminação e violência por parte dos profissionais (Oliveira, 2003; Brasil, 2004). Um dos elementos que configuram a distância entre a lei e a garantia de direitos no ponto de vista da assistência passa pelo trabalho das equipes de enfermagem, que precisam lidar com dificuldades relativas tanto ao trabalho quanto às percepções engendradas que têm sobre o aborto e sua legalidade.

O aborto inseguro pode ser definido como um procedimento que interrompe a gestação por meio de indivíduos (terceiros ou a própria mulher) desprovidos das capacidades técnicas profissionais necessárias e/ou em ambiente sem os padrões médicos mínimos necessários para tanto, colocando em risco a vida da mulher que a ele se submete (WHO, 2004; 2007). O aborto provocado é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres brasileiras: acontece em todas as classes sociais, grupos de cor-raça-etnia, níveis educacionais e crenças religiosas. A *Pesquisa Nacional do Aborto* (PNA) (2016) estimou que 1 em cada 5 mulheres que chega aos 40 anos realizou, ao menos, um aborto na vida. A interrupção voluntária da gravidez é mais prevalente entre mulheres com renda familiar e escolaridade mais baixa, de cor amarela, preta, parda ou indígenas, comparativamente às mulheres brancas, praticado em todas as regiões do país, por mulheres de todas as idades, casadas ou não, com ou sem filhos e em uso regular de métodos anticoncepcionais (Diniz, Medeiros e Madero, 2017).

Os profissionais das equipes de enfermagem do serviço público estão na linha de frente do cuidado e, por isso, absorvem a magnitude do impacto das demandas referentes ao abortamento nos serviços de saúde. Assim, se configura um enorme desafio no cotidiano de trabalho e



desvela elementos para além da técnica profissional. Uma tônica de tensão se estabelece nesse enfrentamento, que expõem carências materiais e simbólicas dos serviços. Nessa relação revelam-se impasses morais e julgamentos de gênero que acabam por impactar negativamente na atenção à saúde das mulheres (Benute et al, 2012; Heilborn et al., 2009; Mortari; Martini; Vargas, 2012; Strefling et al, 2013).

Objetivos

O presente artigo discute as concepções de trabalhadoras da enfermagem de uma maternidade pública paulistana acerca do abortamento (legal/inseguro) e outros desfechos reprodutivos negativos e seu impacto no cotidiano de trabalho dessas mulheres.

Desenvolvimento

1 - Sobre a origem da pesquisa

Este trabalho é oriundo do estudo “Concepções de trabalhadoras dos turnos diurno e noturno acerca do processo saúde-doença de mulheres e seus descendentes”. Foi realizado em uma maternidade pública do município de São Paulo, referência da rede SUS para partos, procedimentos de saúde da mulher e aborto legal.

2 - Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado entre outubro de 2016 e março de 2017, cuja produção de dados foi orientada pela aplicação dos instrumentos de observação participante, em dois setores da maternidade, e entrevistas em profundidade, com roteiro semi-estruturado, junto às trabalhadoras das equipes de enfermagem de ambos setores. O roteiro das entrevistas versava sobre os imbricamentos entre a organização do trabalho (horários, turnos, número de vínculos de trabalho; ritmo de trabalho); aspectos da cronobiologia e nutrição (horários e tipo de alimentação); gênero (trabalho reprodutivo, maternidade, gestação) e seus impactos para a saúde das trabalhadoras.

As observações participantes perpassaram diferentes etapas da investigação de campo, como o da entrada da pesquisadora em campo,



para reconhecimento do local, as rotinas assistenciais de trabalho, as relações entre as participantes da pesquisa e os signos e significados do grupo estudado. A partir delas foram delimitados os setores da maternidade onde seria desenvolvida a pesquisa e foram organizadas em Diários de Campo, o que também alicerçou a construção do roteiro das entrevistas em profundidade.

As entrevistas foram realizadas com profissionais dos setores: *Alojamento Conjunto e Clínica Cirúrgica de Ginecologia e Obstetrícia (Posto 2)*. Os critérios de seleção destes setores para realização do estudo foram: a) setor com turno ativo à noite; b) semelhança entre os setores, que representavam locais de internação, com possibilidade de visitação constante pela pesquisadora, rotinas correlatas e alocação do binômio mãe/recém-nascido; c) viabilidade do livre acesso e presença da pesquisadora nos espaços e turnos, junto às trabalhadoras; d) aceite pela chefia e trabalhadoras da enfermagem dos setores. Os critérios de seleção das participantes para entrevista foram: a) ser mulher b) ser trabalhadora da equipe de enfermagem de algum dos setores selecionados. Ambos os critérios de seleção (dos setores e das entrevistas) estiveram relacionados aos objetivos da investigação mais ampla, que visava o desvelamento das concepções das entrevistadas acerca dos imbricamentos entre as atribuições de gênero e o trabalho noturno.

Foram realizadas dez entrevistas em profundidade, utilizando o método de indicação bola de neve (onde cada entrevistada sugeria outra colega para a próxima entrevista), sendo quatro com trabalhadoras do turno diurno e seis do turno noturno, sendo duas do setor *Posto 2* e oito do setor *Alojamento Conjunto*. O roteiro semiestruturado das entrevistas foi o mesmo para trabalhadoras dos turnos diurno e noturno, com questões de identificação (idade, local de moradia, estado civil, número de filhos); da profissão e organização do trabalho (formação profissional, número de vínculos empregatícios; turnos de trabalho, ritmo de trabalho no local; pausas, relacionamento com a equipe); cronobiologia e alimentação (horários e tipo das refeições, horas de sono, uso de aparelhos de celular e telas de luz led); e outras relativas à conciliação do trabalho remunerado com o reprodutivo, cuidado dos filhos e parentalidade. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável pelo projeto e transcorreram na própria maternidade, segundo a disponibilidade de horário das participantes. O critério de saturação balizou a finalização da produção de dados via entrevistas, em



complementação com os dados produzidos a partir das observações participantes (Minayo, 2017).

Para todas as participantes foi lido, explicado e entregue cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por ambas, pesquisadora e entrevistada. Respeitando o aspecto da confidencialidade, as entrevistas foram identificadas por número, com subtração do setor de trabalho. Os depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos pela mesma pesquisadora. Apenas uma das entrevistas foi realizada em duas tomadas pela demanda de trabalho do setor da participante. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (registrado na Plataforma Brasil sob o número 58051916.6.0000.5421) e da maternidade onde foi realizado o estudo.

3 - Análise dos dados empíricos

O material produzido foi analisado por meio de técnica de análise triangulação de dados, explorando as possibilidades dialéticas que o método permite (Minayo, 2005). Assim, posteriormente à análise das principais temáticas extraídas do *corpus* empírico produzido, reuniões de discussão sobre os resultados foram realizadas pela equipe da pesquisa principal, dada a multidisciplinaridade e diversidade dos referenciais teóricos dos pesquisadores envolvidos. O tipo de tratamento escolhido para o material analisado foi referencial hermenêutico-filosófico, com visão analítico-interpretativa. A orientação hermenêutico-filosófica quando empregada apresenta a potencialidade de alcance interpretativo das ações humanas, que sempre acontece de forma contextualizada e norteadas pelo repertório acadêmico do pesquisador (Couto, 2001). Como procedimento metódico, a hermenêutica por si só remete à interpretação dos significados não explícitos imediatamente nas falas e nos textos. Quando associada e descrita enquanto hermenêutica-filosófica busca a potencialização das bases interpretativas-compreensivas, da capacidade de elucidar os sentidos e significados expressos pelos sujeitos para uma dada realidade ou contexto de experiência. Pode ser definida, então, como exercício reflexivo sobre a compreensão da existência em dado contexto, numa forma dialética, não linear, numa fusão de horizontes entre pesquisador e sujeitos de pesquisa. Ressalta-se que os produtos são circunstanciais e



aceitam suas limitações frente a generalizações (Ayres, 2008; Pinheiro et al, 2011).

4 - Resultados e discussão

A presente investigação se desenvolveu em uma maternidade pública do município de São Paulo, referência para partos, internações para procedimentos cirúrgicos de saúde da mulher e abortamento legal. Ainda, contava com um serviço anexo de internação para gestantes de alto risco. As trabalhadoras entrevistadas tinham entre 34 e 49 anos, uma delas era solteira e sem filhos, duas eram separadas com filhos, e sete estavam em união estável/casamento com filhos. O tempo de trabalho na enfermagem variou entre cinco anos e mais de vinte anos e apresentavam três tipos de formação: técnico, auxiliar e superior em enfermagem. O tempo de trabalho no local variou entre três meses até 15 anos no momento da coleta de dados e sua contratação aconteceu via concurso público, com escolha de vaga por oferta direta e permutas entre funcionários de outros locais do serviço público.

Apresentavam a característica de múltiplos vínculos empregatícios, dado encontrado em outros estudos sobre as equipes de enfermagem (Borges; Fischer, 2003; Silva; Rotenberg; Fischer, 2011; Portela; Rotenberg; Waissmann, 2004). Neste caso, a manutenção de dois ou até três vínculos empregatícios estava atrelada à necessidade financeira de provimento do lar, uma vez que elas desempenhavam de forma exclusiva ou compartilhada o papel de chefe da família.

Quadro 1: Características gerais das trabalhadoras entrevistadas

Trabalhadora	Setor	Idade (anos)	Tempo trabalho local	Turno	Tempo de trabalho na enfermagem	Número de vínculos empregatícios
Trabalhadora 1	AC	46	15 anos	D	Mais de 10 anos	2
Trabalhadora 2	AC	39	4 meses	D	Mais de 10 anos	1
Trabalhadora 3	AC	49	4 anos	N	Mais de 20 anos	2



Trabalhadora 4	AC	37	4 anos	D	Mais de 10 anos	
Trabalhadora 5	Posto 2	41	5 anos	N	Mais de 10 anos	2
Trabalhadora 6	Posto 2	42	8 anos	D	Mais de 8 anos	2
Trabalhadora 7	AC	39	9 meses	N	Mais de 5 anos	2
Trabalhadora 8	AC	45	2 meses	N	Mais de 10 anos	2
Trabalhadora 9	AC	39	3 meses	N	Mais de 5 anos	1
Trabalhadora 10	AC	47	8 anos	N	Mais de 20 anos	1

4.1 - “A enfermagem tem sexo”: contextualizando o serviço investigado

Dos setores estudados, o setor *Alojamento Conjunto (AC)* era destinado exclusivamente para acomodação dos “binômios saudáveis” (mãe/recém nascidos). Comportava até 50 leitos, divididos em quartos que agregavam de três a quatro binômios e seus respectivos acompanhantes. Cada trabalhadora desse setor era responsável pelo cuidado de no mínimo quatro e máximo sete binômios, dependendo dos desfalques na equipe do turno (faltas/férias/afastamento) e lotação dos leitos. Havia um entendimento, por parte da chefia, de seria mais adequado que o cuidado dos binômios fosse executado por mulheres, o que acabava por funcionar como barreira para a alocação de homens no setor e reforçava o padrão de feminização dessa força de trabalho (Brito et al, 2015). A presença de um profissional de enfermagem do sexo masculino implicava em restrições das ações rotineiras que eram desempenhas por colegas de profissão do sexo feminino:

Tenho um funcionário homem no turno da noite. Dizem que o profissional da enfermagem não tem sexo. É mentira! Tem sim. Meu funcionário está na equipe porque ele é muito respeitador (...) Se elas deixam ele entrar, ele entra (...) As mãe e os pais não querem um homem examinando a mulher que teve bebê, nem pegando nelas quando elas estão amamentando. Por isso, neste setor, a gente dá prioridade para as mulheres. (Enfermeira chefe/Diários de Campo)

O outro setor estudado foi a *Clínica Cirúrgica de Ginecologia e Obstetrícia* ou *Posto 2*. Havia, pelo menos, três homens integrando a



equipe desse setor cuja atribuição institucional era receber casos cirúrgicos. Contudo, por se tratar serviço de referência em saúde da mulher para a região, recebia demandas diversas de saúde da mulher¹, inclusive casos de abortamento legal e complicações resultantes de aborto inseguro.

Durante o período do trabalho de campo ficou evidente que o treinamento para as rotinas de trabalho acontecia durante o cotidiano do serviço, aspecto de sobrecarga para os funcionários mais antigos que se tornavam, informal e forçosamente, responsáveis pelo treinamento e avaliação dos colegas em período estágio probatório². A própria pesquisadora presenciou uma dessas situações, em que uma das auxiliares em enfermagem ensinava a prática dos procedimentos para o banho com um dos bebês recém-nascidos para outra colega.

No setor do AC foi possível presenciar também uma série de desfechos reprodutivos diferentes da alta do binômio saudável, como a parentalidade da mulher em situação de rua e a drogadição.

Vem bastante [gestantes usuárias de droga]. Então, como o período de internação é curto, se ela estiver muito alterada ou o nenê já nascer em abstinência, ele fica no berçário. Ele fica lá em cima, que aí já é problema do juiz, é problema social. Então, aqui com a gente, o tempo é muito pouco ou é 2 ou 3 dias. Então, não chega a entrar naquele quadro [abstinência]. Então, aqui a gente não pega. Eu acho que se fosse uma clínica que o período de internação fosse maior, o risco seria maior, aqui não. (Trabalhadora 2)

Em alguns casos, a assistência social era acionada para avaliar a capacidade da puérpera em zelar pelo bem-estar do recém-nascido pós-alta hospitalar. A pesquisadora presenciou em uma única sessão de observações etnográficas duas visitas dessa equipe no setor de AC. O desconforto daquela situação se expressava pelo silêncio das trabalhadoras, que continuavam executando suas rotinas, já acostumadas com aquele tipo intervenção. Justificavam e apoiavam a separação do binômio pelo Estado a partir de suas concepções de maternidade ideal e de argumentos sobre a incapacidade de famílias de

1 O serviço recebia pacientes terminais de câncer, puérperas que necessitam de retorno, casos de isolamento por doenças infectocontagiosas, casos ambulatoriais sem vaga na *Casa da Gestante*, os “binômios saudáveis”.

2 O tempo de estágio probatório é característica do serviço público brasileiro e tem duração variável entre dois e três anos. Representa período em que as capacidades para o serviço são avaliadas sob pena de exoneração do cargo.



baixa renda sustentarem adequadamente a criação dos filhos, principalmente em se tratando de mulheres jovens, multíparas diversos parceiros. As trabalhadoras elucidaram pontos de embate com as pacientes, como a resistência ao cumprimento das regras prescritas pela equipe.

Às vezes elas deixam com a acompanhante da outra, que ninguém sabe quem é. É muito complicado, porque eu acho que o desgaste maior é isso. Quando era só a nossa parte profissional, você ia lá, explicava, junto com o lado humanizado, tentava tornar a coisa o melhor possível. Mas agora ficou bem mais complicado. (Trabalhadora 2)

O atendimento integral a partir dos preceitos da humanização se colocava como impossibilidade prática no cotidiano do serviço. A Norma Técnica (Brasil 2005a) orienta o exercício da atenção obstétrica e neonatal pautado na humanização e cuidado integral das mulheres, seus filhos e suas famílias, levando em conta suas necessidades intelectuais, emocionais, culturais e sociais, e não somente o cuidado biológico, compartilhando as tomadas de decisão com elas (Brasil, 2005a).

Olha, eu acho legal quando você consegue trazer as duas coisas [técnica e humanização] e me decepciono quando é pra ser assim e, não é. Por mais que seja a visão disso aqui, as vezes acaba não acontecendo. É, tem um nível de exigência alto porque você vai ter que fazer a parte técnica e ter essa parte humanizada e, as vezes o nível da população é mais difícil. (Trabalhadora 1)

A humanização é elemento necessário para o pleno exercício do cuidado (Ayres, 2004), contudo não se concretizava no cotidiano do serviço. As trabalhadoras acreditavam na importância desse elemento para o exercício do cuidado mas o colocavam como algo dissociado e de difícil obtenção.

Além das questões de saúde, tem as questões de humanização? Sim. [Como faz isso?] Bom senso. É complicado, a enfermeira ela sofre pressão, nós sofremos pressão. Tem uma pressão, tem uma vigilância que chateia a equipe inteira, porque ninguém está aqui escondendo vaga e a gente quer trabalhar, atender a todos. Mas não dá, dentro de um limite de uma lógica, humanização. Então, é complicado, jogo de cintura, paciência, vamos tentar fazer da melhor maneira. (Trabalhadora 5)



4.2 - O aborto provocado e os desfechos reprodutivos a ele associados

Alojamento Conjunto, não tem óbito lá. Quando o nenê está mal, você transfere para o berçário. Acompanha como um determinado quadro. Aqui, no Posto 2, termina aqui. É daqui pra rua ou pro necrotério. Essas 2 opções. Ele vem pra cá pra terminar a vida, então você acabou de perder uma mãe, acabou de falecer e você tem que entrar no outro quarto e a outra está toda feliz com o nenezinho dela lá (...) Mas você está pensando naquela que você viu lá na geladeira ou naquele nenê que você vestiu, preparou e pôs num caixão. (Trabalhadora 5)

As trabalhadoras revelaram dificuldades de ordem moral e prática no manejo do trabalho cotidiano de desfechos reprodutivos adversos, principalmente relativos à morte. Elas apontaram a ausência de qualquer tipo de suporte psicológico para os trabalhadores das equipes de enfermagem e a superlotação do serviço como fatores negativos para a efetivação da humanização no cuidado, nesses casos explicando sua impotência frente ao ajuste entre as demandas de saúde das usuárias e possibilidades oferecidas pelo serviço. Exemplificaram dilemas éticos que enfrentavam quando eram obrigadas a acomodar em leitos vizinhos casos que consideravam moralmente incompatíveis, como “binômios saudáveis” ao lado de casos de óbito fetal ou aborto (aspecto também relatado por Madeiro e Diniz, 2016).

Já vi mulher madura, que ela veio, mas ela foi, como é que fala quando foi por crime, foi por estupro, ela contou uma história lá. Aparece bastante aqui. A gente vê, pega o histórico, a gente não fica perguntando porque é indelicado, se a mulher quiser conversar e falar, ela fala, eu procuro ver o histórico. Eu acho assim, tenho muita pena (...) ela já passou pelo ato da violência e aqui, vai induzir, então ela vai passar pela dor de um parto, de novo. É outra dor, é outro tipo de dor, mas vai passar. [Vcs tem que lidar com isso. Tem algum preparo psicológico?] Aqui não, nunca teve. (Trabalhadora 6)

A temática do aborto provocado sobressaiu enquanto problema a partir do qual as dimensões da moral e da técnica do exercício da prática profissional se entrelaçam de forma desafiadora. Ela emergiu nas entrevistas, durante as observações participantes, como demanda revelada espontaneamente pelas trabalhadoras da enfermagem: uma delas aproveitou o momento de abordagem da pesquisadora para dividir a insatisfação quanto a obrigatoriedade do exercício do aborto legal como rotina de seu trabalho. Tamanho era o incomodo da equipe frente



a esse fato que sua narrativa foi interrompida pela colega, que também participava dessa conversa. Durante o período das observações participantes e entrevistas ficou evidente que a prática do aborto legal era tabu entre as trabalhadoras das equipes de enfermagem dos setores estudados. Dois estudos sobre atendimentos em hospitais de urgências e emergências, sob a perspectiva de profissionais de saúde e usuários, referem a ocorrência de indiferença, agressividade ou mesmo desconsideração em relação às categorias de usuários que realizaram atos considerados autoinfligidos e socialmente reprovados, como aborto, abuso de álcool ou tentativa de suicídio (Giglio-Jacquemot, 2005; Machin, 2009). Segundo as autoras, esses julgamentos e atitudes negativas durante o cuidado a esse tipo de usuários do serviço são compartilhados por médicos, enfermeiras e outros profissionais, e ocorreriam na medida em que a situação que levou esses usuários a buscar o serviço é vista como resultado de uma escolha, uma opção. Esse relato traz a tona elementos que devem permear as discussões nos serviços de aborto legal do país: estrutura física, capacitação da equipe, amparo legal, por exemplo. As entrevistadas revelaram que julgamentos de ordem moral e religiosa acabavam por interferir no atendimento prestado às usuárias, fosse na situação do aborto legal ou complicações do aborto provocado.

Eu acho que aqui a demanda é grande, que nem CTG - curetagem, acho aqui um absurdo, tem final de semana. [O que é CTG?] É aborto, aqui tem muito, principalmente final de semana. Porque eu falo pra minha mãe que eu estou na balada, estou com a minha amiga, eu fico, eu apronto algo de alguma forma, porque a gente sabe que tem coisas que acontecem e depois eu venho pra casa no domingo à noite, minha mãe nem vai perceber. (Trabalhadora 3).

É frequente encontrar na literatura a constatação de que uma mulher, se considerada suspeita de abortamento provocado, sofre discriminação e atendimento negativamente diferenciado ao procurar um serviço de saúde para atendimento por complicação ou para finalizar o ato (Diniz; Madeiro; 2012, Diniz; Castro, 2011; Madero; Diniz, 2015). Durante o tempo de internação, a relação de cuidado é tocada pelo constrangimento e discriminação, que se manifestam na forma de brutalidade no contato físico, ameaças e internações em quartos coletivos com puérperas e seus bebês (Strefling et al, 2013; Santos; Brito; 2014; Brito et al 2015). Sobremaneira, a veracidade da história da mulher era colocada em xeque pelas trabalhadoras durante o cuidado e os julgamentos morais e de gênero permearam fortemente os relatos das



trabalhadoras. Havia uma valorização dos procedimentos técnicos nesse cuidado como defesa das trabalhadoras no enfrentamento daquela situação, elemento também encontrado por Adesse et al. (2016)

Já peguei [aborto legal] [E vcs recebem treinamento?] Não. (...) Por mais que você seja profissional da saúde, neutro, tem crenças. (...) olha, eu não julgo. Tem casos aqui que, de repente, o aborto legal é pra estupro, é violência. Só que você não precisa provar. Você faz um BO, diz que foi e pronto. Ninguém vai atrás, então, nem sempre é. ‘Quem foi o estuprador?’ Foi o meu marido.’ Sai de alta, quem assina a alta: o marido. Se te estuprou você não vai querer, mas eu não posso julgar. Guardo a minha informação pra mim, o que eu acho. Agora, normalmente essas pacientes ficam, quando tem disponibilidade no isolamento. E vai por o comprimido, e aí, vai no vaso, tem que nos chamar. Faz [o procedimento do aborto] aqui mesmo [no Posto 2]. (Trabalhadora 5)

Esses elementos são reveladores da necessidade de melhor preparo das equipes, num movimento de concretização das premissas da humanização do cuidado frente às diversas demandas de saúde das mulheres, evitando que crenças pessoais interfiram de forma prejudicial na assistência prestada. Situações de objeção da consciência e recusa em realizar o procedimento para casos em que não haja risco iminente de morte podem ocorrer. No entanto, o serviço deve se responsabilizar pelo atendimento à qualquer mulher em situação de abortamento (Madeiro e Diniz; 2016). O advento do medicamento misoprostol nos anos de 1990, que começou a ser amplamente utilizado no país sob recomendação da OMS até o terceiro trimestre de gestação, acabou por reduzir índices de morbimortalidade feminina pois substituiu métodos mecânicos de abortamento, que causavam mais complicações de saúde para as mulheres. Ele também acaba sendo consumido de forma ilegal por aquelas que não conseguem acessar o aborto legal (Madero; Diniz, 2015; WHO, 2012).

Por fim, emergiu dos relatos a importância do suporte entre as colegas como forma de enfrentamento dos desafios impostos por um cotidiano de trabalho com carências materiais e permeado de dilemas morais.

A gente não tem [apoio psicológico]. Profissional não tem. Com a paciente tem, desde que esteja solicitado. Tem os procedimentos clínicos [para lidar com o abortamento e outros desfechos reprodutivos], porque o serviço prima pela humanização, um óbito fetal não é normal. Não, para o paciente tem tudo, para o



profissional não tem aporte nenhum. Quem ajuda, as vezes, são os próprios colegas, quando consegue ou quando percebe que você não sabe. Mas se falar que o profissional vai te ajudar, vai chegar: ‘Poxa, vc nunca tinha visto um nenê morto, como que foi?’ Não tem Tem.” (Trabalhadora 4).

O aconselhamento reprodutivo da mulher pós-abortamento, prática preconizada no âmbito do SUS, não apareceu como dado nos relatos das entrevistadas (Brasil, 2011).

Considerações Finais

O estudo sobre as concepções de trabalhadoras da enfermagem de uma maternidade pública paulistana revelou as dificuldades dessas profissionais em lidar com o aborto provocado e outros desfechos reprodutivos a ele relacionados no exercício profissional. Partindo do achado de que o trabalho da enfermagem é generificado e que se expressa em uma cultura no serviço de saúde que define prerrogativas baseadas em estereótipos de gênero na designação de equipes de funcionários ao exercício da atenção à saúde de pacientes, o artigo discute como esses elementos simbólicos acabam por reproduzir padrões de discriminação contra mulheres que buscam o serviço em decorrência de aborto provocado. Neste cenário, julgamentos orientados por moral e estereótipos de gênero atribuem reprovação moral a tais mulheres e amplificam questionamentos a cerca de suas escolhas reprodutivas.

A falta de uma reflexão crítica do serviço (nível institucional), da equipe de enfermagem (nível técnico), e de cada uma das profissionais (nível individual) sobre os condicionantes de gênero e suas repercussão na prática profissional, acarreta incompletude e ausência da efetiva execução das premissas da humanização do cuidado da mulher que aborta, ou sofre desfecho reprodutivo adverso, previstas na legislação. As justificativas apontadas pelas entrevistadas em termos de carências materiais do serviço e de sobrecarga de trabalho, incluindo aspectos como longas jornadas, múltiplos vínculos empregatícios, número reduzidos de funcionários, superlotação, ausência de treinamento técnico e de apoio psicológico, embora sejam concretas e compreensíveis dentro de um contexto de trabalho precarizado, não justificam a desumanização da assistência, que foi por vezes observada durante o trabalho de campo. Se dilemas morais incidem no cotidiano do trabalho de equipes de enfermagem na assistência à mulher que aborta, os



mesmos deveriam ser enfrentados considerando-se a capacitação técnica (níveis individual e técnico) e a política de humanização da assistência do serviço (nível institucional).

Em síntese, neste estudo, apresentamos como a temática do aborto emergiu das trabalhadoras da enfermagem e, a partir disto, buscou-se compreender suas percepções sobre a questão. Torna-se clara necessidade de investimento em treinamento dessas trabalhadoras, que estão na linha de frente do cuidado às mulheres, para que a assistência e os pressupostos da humanização alcancem o exercício das práticas e a orientação ético-política dos serviços de saúde.

Referências

ADESSE, L.; JNNOTTI C.B.; SILVA, K.S.; FONSECA, V.M. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 12, p. 3819-32, 2016.

ALMEIDA, H.B. Aborto: o grande tabu no Brasil. *Católicas pelo Direito de Decidir*. Disponível em: <http://www.catolicas.org.br/no_cias/conteudo.asp?cod=3409/> . Acesso 07 dez. 2017.

ALVES, J.A.L. A Conferência do Cairo sobre populace e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Rev. Bras. Estudos Pop. Campinas.*, v.2, n. 1 e 2, p. 3-20, 1995.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado e os modos de ser do humano. *Saúde e Sociedade*, 2004, v.13, n.3, p.16-29, 2004.

AYRES, J.R.C.M. Para compreender el sentido práctico de las acciones de la salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud colectiva [online]*, v. 4, n. 2, p. 159-172, 2008.

BENUTE, G.R.; NONNENMACHER, D.; NOMURA, R.M.; LUCIA, M.C., ZUGAIB, M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev Bras Ginecol e Obstet*, v. 34, n. 2, p. 69-73, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher. (Série B – Textos Básicos da Saúde 6)*, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, p. 27p, 1984.



BRASIL. Presidência da República: Casa Civil – Subchefia para assuntos jurídicos. Lei N 9263 de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9263.htm/> . Acesso em: 06 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, p. 82, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 24p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, p. 36, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, p. 163, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de saúde da Mulher. Brasília: Ministério da saúde, 2ed, p 60, 2011.



BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Disponível: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm/>. Acesso em : 07 dez.2017a.

BRASIL. Presidência da República. Promulga a Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica), de 22 de novembro de 1969. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/DO678.htm/>. Acesso em: 08 dez. 2017b.

BRITO ET AL. Opinião de estudantes de enfermagem sobre aborto provocado. Vistas de estudantes de enfermagem em aborto inducido. Revista Baiana de Enfermagem, v. 29, n. 2, p. 115-124, 2015.

CERQUEIRA, C. As políticas da UNESCO para a igualdade de gênero nos media: 1977-2007. In: MARTINS, Moisés de Lemos; PINTO, Manuel (Orgs.) (2008). Comunicação e Cidadania - Actas do 50 Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação, p. 710:723, 2008.

CERQUEIRA, C.; CABECINHAS, R. . Policies for equality between men and women in the media: from the legislative (innov)action to social change. Ex aequo, Vila Franca de Xira, n.25, p.105-118, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602012000100009&lng=pt&nrm=iso/>. Acesso em 26 dez. 2017.

ONU. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo, Egito. Relatório final. [S.l.]: CNPD; FNUAP, 1994.

COUTO, M.T. Pluralismo religioso em famílias populares: poder, gênero e reprodução. Recife: 2001.

Haidar, R. O direito de não ser um útero à disposição da sociedade: aborto legal pela vida das mulheres. Disponível em: <<http://www.conjur.com.br/2012-abr-17/direito-mulher-nao-utero-disposicao-sociedade/>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

DINIZ, D. ; MADEIRO, A. Cytotec and abortion: the police, vendors and women. Cienc Saude Colet, v. 17, n. 7, p. 1795-1803, 2012.



DINIZ, D.; MADEIRO A. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Cienc e SaudeColet*, v. 21, n. 2, p. 563-72, 2016.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa nacional do aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.

DINIZ, D.; CASTRO, R. The illegal market for gender related drugs as portrayed in the Brazilian news media: the case of Misoprostol an women. *Cienc e Saude Colet*, v. 16, n. 1, p. 94-102, 2011.

GIGLIO-JACQUEMOT A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

HEILBORN, ML et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, supl. 2, p. s269-s278, 2009.

MACHIN R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. *Cienc Saude Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.

MADEIRO, A.P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n.2, p. 563-72, 2016.

MADERO, A.P.; DINIZ, D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 587-593, 2015.

MINAYO MC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO et al. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais* (org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 53-70, 2005.

MINAYO M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 7, n.1-2, p. 1-5, abr.2017.

MORTARI CLH; MARTINI JG; VARGAS MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de abortamento inseguro. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 46(4): 914:21, 2012.



OLIVEIRA , F. Saúde da populace negra. Brasilia: organização Panamericana da Saúde, 2003.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. . MULHERES. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/mulheres/>>. Acesso em: 26 dez. 2017].

PATRIOTA, T. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento: Plataforma de Cairo 1994. In: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. UNFPA[online]. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf> / >. Acesso: 05 jan. 17].

PLANALTO. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia paa assuntos juridicos. LEI Nº 9.263, DE 12 DE JANEIRO DE 1996. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm. / >. Acesso em: 28 dez. 2017.

PINHEIRO, T.F., COUTO, M..T, SILVA, G.S.N. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. Interface comun. saúde educ. 2011, v. 15, n. 38, p. 845-58, 2011.

RATTER, D. Da Saúde Materno Infantil ao PAISM. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun, 2014.

REDECE. Disponível em: <<http://redece.org/lei-sobre-aborto-legal-no-brasil-codigo-penal-brasileiro-decreto-lei-no-3-688-3-de-outubro-de-1941/>>. Acesso em: 07 dez. 2017.

SANTOS, D.L.A; BRITO, R.S. Processo decisório do aborto provocado: vivencia de mulheres. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014.

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F.; SOUZAS, R; EUGÊNIO, B. G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. bioét [online], 2013; v. 21, n, 3, p. 494-508, 2013.

SILVA et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso do misoprostol? Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 10, n. 4, p. 441-47, out/dez, 2010.



STREFLING et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou. Esc Anna Nery(impress.), v. 17, n. 4, p. 698-704, 2013.

VIOTI, M.L.R. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher- Pequim, 1995. Instrumentos internacionais de direitos das mulheres. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/declaracao_beijing.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2018].

WHO (World Health Organization). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Geneva, 2004.

WHO (World Health Organization). Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5ed. Geneva, 2007.

WHO (World Health Organization). Safe abortion: Technical and Policy Guidance for health systems. 2 ed. Geneve, 2012.

YAMAMOTO, S.T. A esterilização cirúrgica feminina no Brasil, controvérsias na interpretação e desafios na aplicação da Lei 9263. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública, 199p., 2011.



Legal Abortion and reproductive rights: female nurses perceptions at a public hospital

ABSTRACT: Brazilian women's reproductive rights were clearly defined based on WHO orientations in which intend to transpose health-disease and gender aspects from body biology to social determinant process. Abortion issue still represents a crime zone at brazilian's health politics, however is part of a new discussion within the nurses team routine. This study aimed to report female nurses' perceptions regarding abortion (legal/unsafe) and births, looking for acknowledged how it impacts in their daily work routine. This qualitative study was conducted at a public maternity hospital located in São Paulo – Brazil. Data was gathered by ethnography and 10 in-depth interviews performed with female nurses that happened between 2016 and 2017, that were organized in two forms: 'Field Journals' and 'Interviews Database'. Analytic process was performed by 'Triangulation Method' according to the conceptual framework of hermeneutical referential and three mainly categories were highlight.. Nurses reported that it may be very difficult to deal with different reproductive outcomes in the routine caused by the lack of training, psychological support and the not enough staff in an overcrowded place. Interestingly, there were controversial statements between the nurses, sometimes they were supportive with the patient, sometimes they were judgmental. Thus, is crucial the improvement of the health assistance in this cases where the nurses have their on abortion perspective but face this hostile and disrupted environment.

KEYWORDS: Legal abortion. Working women. Health personnel. Gender identity. Qualitative research.

Anna Carolina Arena SIQUEIRA

*Departemento Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade - FSP/USP.
Departamento de Medicina Preventiva - FMUSP.*

Antônio Augusto Dall'Agnol MODESTO

Unicid - Universidade da Cidade de São Paulo

Márcia Thereza COUTO

Departamento de Medicina Preventiva FMUSP.

Cristiane CABRAL

Faculdade de Saúde Pública/USP.

Rosana MACHIN

Departamento de Medicina Preventiva/FMUSP.

Recebido em: 10/04/2019 | Aprovado em: 16/10/2019