



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

MARIA ALICE RAMOS FERREIRA LEAL

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO PARA ADOLESCENTES EM CASO DE
ABORTAMENTO: ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS EM HOSPITAIS-MATERNIDADE
PÚBLICOS DE SALVADOR-BA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Salvador
2017**

MARIA ALICE RAMOS FERREIRA LEAL

**POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO PARA ADOLESCENTES EM CASO DE
ABORTAMENTO: ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS EM HOSPITAIS-MATERNIDADE
PÚBLICOS DE SALVADOR – BAHIA**

Dissertação apresentada ao mestrado em Tecnologias em Saúde, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Tecnologias da Saúde.

Orientadora: Professora Dra. Marilda Castelar

Salvador
2017

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

L434 Leal, Maria Alice Ramos Ferreira

Política de humanização para adolescentes em caso de abortamento: atuação de psicólogas em hospitais-maternidade públicos de Salvador-Bahia. / Maria Alice Ramos Ferreira Leal – Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2016.

170 f.

Dissertação (mestrado) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Requisito para obtenção de título de Mestre em Tecnologias em Saúde, 2017.

Orientação: Prof^ª Dr^ª Marilda Castelar

1. Adolescente. 2. Abortamento 3. Psicologia I. Castelar, Marilda II. Escola Bahiana de Medicina e Saúde. III. Título.

CDU: 618.3

Nome: LEAL, Maria Alice Ramos Ferreira.

Título: Política de Humanização para Adolescentes em Caso de Abortamento:
Atuação de Psicólogas em Hospitais-Maternidade Públicos de Salvador – Bahia

Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e
Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em
Tecnologias de Saúde.

Aprovada em: 21 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lêda Lessa Andrade Filha

Titulação: Doutora em Psicologia, pela Universidade Federal da Bahia

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Brasil

Profa. Dra. Daniela Maria Barreto Martins

Titulação: Doutora em Sociologia, pela Universidade Federal de Pernambuco

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Profa. Dra. Cecilia Anne McCallum

Titulação: Doutora em Antropologia Social, pela University of London

Instituição: Universidade Federal da Bahia, Brasil

Às adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde
que experimentam, desejam, sonham e esperam ser levadas
a sério.

AGRADECIMENTOS

Toda a trajetória do mestrado e, mais ainda, esta reta final, voltada para a produção do texto, foi vivida com muito prazer. Apesar de o tema da pesquisa ser em si árduo, a leitura dos textos que a balizaram e a imersão nas falas, colhidas nas entrevistas, trouxeram consigo um sabor todo especial. E penso que a possibilidade de experimentar a proximidade entre sabor e saber, de forma tão indissociada me foi transmitida pelo meu pai, a quem eu gostaria de agradecer em memória. Sr. Armando adorava ler, discutir... Raro almoço, em nossa casa, em que um dicionário ou uma enciclopédia não comparecia à mesa, no final das refeições, para esclarecer alguma dúvida, algum questionamento, momento em que ele vibrava!

Agradeço, de modo todo especial, à minha mãe, Dona Elizabeth, que não se cansou de me impulsionar a fazer o mestrado. Para ela resultava incompreensível que eu gostando tanto de ler e de estudar não tivesse ainda me lançado nessa empreitada!

Agradeço também a Eraldo, meu marido, que soube levar com bom humor todo esse período e, quando os amigos telefonavam, ele costumava responder, divertido, que estava morando em uma verdadeira República de Estudantes! Isso porque eu peguei a carona de Helena, minha filhota, e de Daniel, seu noivo, e fizemos a seleção de mestrado na mesma época! Meus companheirinhos que só enchem a minha vida de alegria!

Agradeço a Ester, minha estagiária do Cotidiano SUS que ajudou a colocar em forma as referências no estilo Vancouver e estava sempre disposta a ler e opinar em relação ao texto, na medida em que eu ia escrevendo.

Agradeço às queridas divas Íris, Leda, Irene, Nice, Hebe, Moira, Tésis, Artémis, Gaia, Dóris, Themis, Ariadne, Higia e Dione, que aceitaram ser entrevistadas e que tornaram essa pesquisa possível.

Agradeço aos meus colegas da turma do mestrado e do grupo de pesquisa, pelas trocas fecundas e pela solidariedade. E não poderia deixar de agradecer a Marilda Castelar, minha orientadora que, com sua competência, experiência e com sua dedicação tornou este percurso bem mais tranquilo.

Como podemos esperar que pessoas que estão sob o domínio de proibições de pensamento atinjam o ideal psicológico, o primado da inteligência?
Sigmund Freud (*O futuro de uma ilusão*)

Os tabus que recaem sobre a sexualidade também bloqueiam a investigação científica: a interdição que pesa sobre o sexo também pesa sobre o pensamento.

Catherine Millot (*Freud antipedagogo*)

LEAL, M. A. R. F. **Política de humanização para adolescentes em caso de abortamento: atuação de psicólogas em hospitais-maternidade públicos de Salvador- Bahia.** 2017. 170f. Dissertação (Mestrado em Tecnologias de Saúde) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador.

RESUMO

O abortamento, realizado em condições inseguras, configura-se em um grave problema de saúde pública e expõe as adolescentes e jovens aos maiores riscos de morbimortalidade. Os serviços de atenção obstétrica terciária têm se mostrado deficitários na prestação de assistência humanizada a essas usuárias, na medida em que pesam sobre elas uma série de estereótipos e o desconhecimento acerca de suas características específicas. Os recentes estudos sobre o desempenho dos profissionais de saúde em Salvador-Bahia, junto a mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento, não abordaram de forma particularizada a prática da psicologia. Desse modo, a presente dissertação buscou caracterizar a atuação de psicólogas voltada para adolescentes nos casos de abortamento, a partir da análise de suas percepções acerca das especificidades da assistência prestada nessas situações, da descrição das formas como essas profissionais relacionam e identificam, em suas práticas, os dispositivos da Política de Humanização do Sistema Único de Saúde, como também através da racionalidade que orienta a práxis. Para tanto, empreendeu-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, mediante a realização de entrevistas, com roteiro semiestruturado, que investigou a atuação de psicólogas distribuídas em seis hospitais-maternidade de Salvador. A partir da Análise de Discurso de 14 entrevistas, registradas em áudio e transcritas, pôde-se constatar que a atuação das psicólogas estava sintonizada com as diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde brasileiro e com as atribuições previstas para o psicólogo na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. Todavia, constatou-se também que grande parte das entrevistadas não conhecia integralmente a referida Norma Técnica, produzida pelo Ministério da Saúde, sugerindo que os textos relativos às políticas públicas, norteadores das práticas nesses espaços, não têm figurado no rol dos principais interesses das psicólogas nesse segmento assistencial, ao mesmo tempo, esse desconhecimento interroga o próprio interesse institucional na difusão de políticas públicas mais democratizantes. Observou-se que psicólogas que se apropriaram efetivamente da Norma Técnica foram as que mais empreenderam ações humanizadoras, balizadas pelos dispositivos da clínica ampliada e compartilhada. O estudo evidenciou que as participantes da pesquisa mantêm as adolescentes em um campo de grande visibilidade, na medida em que se mostraram atentas às suas peculiaridades e foram igualmente capazes de realizar uma leitura precisa de diferentes aspectos da violência institucional que incide sobre essas usuárias. As psicólogas também elencaram estratégias, situadas em diferentes esferas, para humanização da assistência, dentre as quais se destaca a descriminalização do aborto, que permitiria desvelar o problema no domínio da *polis*, diminuindo a sua ocorrência, como atesta a experiência de outros países, nos quais essa prática já foi instituída.

Palavras-chave: Adolescentes. Abortamento. Humanização da assistência. Políticas públicas. Psicologia.

LEAL, M.A. R. F. **Humanization policy for adolescents in case of abortion: performance of psychologists on public maternity hospitals of Salvador, Bahia.** 2017. 170 s. Dissertation (Master in Health Technologies) - Bahia School of Medicine and Public Health, Salvador.

ABSTRACT

Abortion, carried out under unsafe conditions, is a serious public health problem and exposes adolescents and young people to greater risks of morbidity and mortality. The services of tertiary obstetric care have been deficient in providing humanized assistance to these users, since they are seriously stereotyped and there is a lack of knowledge about their specific characteristics. Recent studies on the performance of health professionals (Salvador-Bahia,) working with adult women and adolescents who performed abortion, did not approach the individuals, as far as psychology practice is concerned, in an individualized way. Thus, the present dissertation sought to characterize the performance of psychologists regarding adolescents in abortion cases, based on the analysis of their perceptions about the specifics of the assistance provided in these situations and the description of the ways in which these professionals relate and identify in their practices the mechanisms of the Humanization Policy on the Universal Health Care System, as well the rationality that guide the *praxis*. Therefore, a qualitative exploratory research was undertaken, through interviews, with semi-structured script, which investigated the performance of psychologists in six maternity hospitals in Salvador. Based on Discourse Analysis of 14 interviews, recorded in audio and transcribed, it was possible to verify that the performance of the psychologists was in tune with the guidelines of the National Humanization Policy of the Brazilian Public Universal Health Care System and with the expected attributions of the Technical Regulation of Humanized Attention to Abortion, for psychologists. However, it was also observed that most of the interviewees did not fully know the Technical Regulation, produced by the Ministry of Health, suggesting that the texts related to public policies, guiding practices in these spaces, have not appeared in the list of the main interests of psychologists in this assistance segment, at the same time, this unfamiliarity brings to the surface the institutional lack of concern regarding the spread of democratic public policies. It was observed that psychologists who effectively internalized the Technical Regulation were the ones who engaged in humanizing actions the most, marked by the mechanisms of extended and shared clinic. The study showed that the subjects of the research give the adolescents visibility, as they were careful about their peculiarities and were also able to carry out an accurate reading of different aspects of the institutional violence that affects these adolescents. The psychologists also pointed out strategies, in different spheres, for the humanization of the healthcare service, such as the decriminalization of abortion, which would reveal the problem in the polis domain, diminishing its occurrence, as shown by the experience in other countries, in which this practice has already been implemented.

Keywords: Adolescents. Abortion. Humanization of the healthcare service. Public policy. Psychology.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR- Acolhimento com Classificação de Risco
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMIU- Aspiração Manual Intrauterina
CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
CFP- Conselho Federal de Psicologia
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CRAIS – Centro de Referência da Assistência Social
CREPOP- Centro de Referências em Psicologia e Políticas Públicas
CSF- L'Enquête du Contexte de la sexualité
EBMSP- Escola Bahiana de Medicina e Saúde pública
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
DST – Doença Sexualmente Transmissível
EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAPEX- Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão
FMU - Faculdades Metropolitanas Unidas
GRAVAD - Gravidez na Adolescência e Sexualidade: Estudo Multicêntrico
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVG- Interrupção voluntária da gravidez
PAISM- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
MS – Ministério da Saúde
PCAP- Pesquisa De Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG- Organização Não Governamental
OSBA – Orquestra Sinfônica da Bahia
PNH- Política Nacional de Humanização
PPP- Parceria Pública Privada
PUC-PR- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RC – Rede Cegonha
SESAB- Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS- Sistema Único de Saúde
STF- Supremo Tribunal Federal
TCC – Terapia Cognitivo-comportamental
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA- Universidade Federal da Bahia

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Tabela 1 | Caracterização das participantes | 67 |
| Tabela 2 | Trajetória profissional das psicólogas | 70 |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|----|
| | APRESENTAÇÃO | 12 |
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 | OBJETIVOS | 16 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 16 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 16 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 17 |
| 3.1 | O abortamento em sua dimensão antropológica, histórica e política | 17 |
| 3.2 | A Política de Humanização em caso de abortamento | 22 |
| 3.3 | A prática sexual na adolescência e as situações de abortamento | 29 |
| 3.3.1 | Alguns dados do comportamento sexual na adolescência | 34 |
| 3.4 | A atuação da(o) psicóloga(o) com adolescentes na situação de abortamento | 40 |
| 3.4.1 | Quem são as(os) intérpretes e o que dizem? | 40 |
| 3.4.2 | O texto: feminilidade, maternidade e a ética profissional | 43 |
| 3.4.3 | A ação e o cenário | 47 |
| 3.4.4 | Demarcações e roteiros | 51 |
| 4 | METODOLOGIA | 61 |
| 4.1 | Desenho | 61 |
| 4.2 | Seleção das participantes, procedimentos e instrumentos para a coleta de dados | 61 |
| 4.3 | Critérios de Inclusão e Exclusão | 63 |
| 4.4 | Caracterização das participantes | 63 |
| 4.5 | Análise dos Resultados | 64 |
| 4.6 | Procedimentos para a Análise dos Resultados | 65 |
| 4.7 | Categorias de Análise | 65 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 67 |
| 5.1 | As intérpretes (participantes da pesquisa) | 67 |
| 5.2 | Os cenários (descrição do campo da pesquisa) | 70 |
| 5.3 | Adolescências: “con-textos” | 75 |
| 5.4 | Adolescentes: sexualidade e situações de abortamento | 78 |
| 5.5 | O elenco (os profissionais e a dimensão do abortamento) | 86 |
| 5.6 | A “unidade de ação” (as psicólogas e a dimensão do abortamento) | 93 |

| | | |
|------------|--|-----|
| 5.6.1 | O desempenho (as políticas públicas para humanização da assistência) | 97 |
| 5.6.2 | As estratégias (trajetos percorridos e futuros caminhos) | 103 |
| 5.7 | Limites e Perspectivas | 112 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 114 |
| | REFERÊNCIAS | 118 |
| | APÊNDICES | 126 |
| | ANEXOS | 130 |

APRESENTAÇÃO

Após uma longa trajetória em hospital geral, voltada a uma prática essencialmente assistencial, parece-me oportuno situar o que precipitou meu interesse em empreender um projeto de mestrado em Tecnologias em Saúde.

Minha chegada ao hospital ocorreu juntamente com a de cinco psicólogas(os), entre os anos de 1989 e 1990. Naquele momento, a instituição não tinha uma demanda definida sobre o que poderíamos realizar e não havia igualmente muita literatura sobre a inserção da(o) psicóloga(o) no contexto hospitalar, de modo que foi desencadeado um processo de discussão, a fim de delimitar um espaço organizativo para nossa atuação. Em dezembro de 1992, foi entregue à Diretoria um documento de Regulamentação do Serviço de Psicologia, com a especificação das competências e atribuições de cada membro, ao tempo em que se localizava, no organograma, a posição que poderíamos ocupar. Em 2000, houve a necessidade de reconfigurar as atividades do Serviço, devido à saída da colega que estava na coordenação, momento em que assumi o papel de coordenadora e passei a ser igualmente a psicóloga de referência da UTI Neonatal, implantada no hospital, em março daquele ano.

Numa primeira aproximação, a clínica de neonatos me confrontou com duas grandes necessidades. De modo esquemático, diria que a primeira era introduzir o cuidado humanizado com o recém-nascido – humanizado no sentido mais literal do termo –, ou seja, implicava o resgate da sua condição humana, enquanto ser de fala. O bebê por ser pré-verbal, via-se ignorado em toda a sua humanidade: o cuidado silencioso que lhe era dispensado não levava em conta o seu choro nem a sua linguagem de sinais. Por outro lado, o sofrimento dos genitores também era ignorado: suas dificuldades em apropriar-se de uma realidade que desconstrói toda a idealização que cerca o nascimento de um bebê saudável – eram minimizadas e para as mães as cobranças eram ainda maiores: em suma, exigiam-lhes nutrir por seus filhos um amor incondicional, como se fosse um sentimento que pudesse “brotar” espontaneamente, de modo inato e natural. Na grande maioria das vezes, os profissionais não percebiam como as rotinas hospitalares interferiam negativamente na construção do laço afetivo entre as mães e seus bebês.

Diante desse cenário, comecei sistematicamente a realizar cursos de Humanização para a equipe, buscando a parceria de profissionais mais sensíveis à importância de mudança no

paradigma do cuidado neonatal. Essa iniciativa foi percebida pela Área Técnica de Saúde da Criança, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), que, em 2007, enviou as profissionais, docentes desses, cursos para serem capacitadas pelo Ministério da Saúde, como tutoras do Método Canguru.

Em 2004, o Serviço passou a oferecer campo de estágio para as alunas do curso de graduação em Psicologia, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, e o diálogo entre essas duas instituições tem sido permanente, desde então. Mais recentemente, em 2013, recebi o convite para fazer parte da equipe de preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde Redes da Escola Bahiana, ficando como uma das preceptoras do Grupo de Saúde Materna até 2015, quando o Programa foi descontinuado pelo Ministério da Saúde. Numa perspectiva interdisciplinar, orientávamos alunas dos cursos de Psicologia, Medicina e Enfermagem, na realização de alguns trabalhos assistenciais, psicoeducativos, como também de pesquisa. Uma das investigações sobre questões relativas à violência de gênero contra a mulher, junto aos profissionais de saúde, suscitou o meu interesse pela temática do abortamento, por ser ainda pouco explorada.

Assim, a aproximação mais direta com o espaço acadêmico, bem como a constatação de que as pesquisas no espaço da instituição hospitalar poderiam trazer mais elementos para uma mudança na cultura institucional, foi o impulso que eu precisava para iniciar o projeto de mestrado. Além da minha ligação com a Bahiana, destaco o meu conhecimento prévio com a professora Marilda Castelar que, ao chegar a Salvador, teve a iniciativa, que nos é muito grata, de pesquisar a história do Serviço de Psicologia por ter sido o primeiro no âmbito dos hospitais de Salvador.

Para finalizar, diria que o tema desta pesquisa me deu oportunidade de explorar a complexidade do abortamento, tão velado e ao mesmo tempo capaz de fazer vir à tona tantas opiniões ruidosas; centrar-me na perspectiva do cuidado humanizado às adolescentes, sobre as quais incide um forte preconceito, e por fim debruçar-me sobre a atuação de psicólogas, na tentativa de deixar o registro de uma construção que vem sendo feita na prática, no dia-a-dia dos serviços, mas cuja produção escrita ainda é insuficiente.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os graves problemas de saúde pública, destaca-se a gravidez não planejada e o abortamento realizado em condições inseguras, constituindo-se uma das principais causas de morte materna no país. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentados na norma técnica de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento,⁽¹⁾ os países desenvolvidos implementaram mudanças que tornaram possível uma queda expressiva nos índices globais de abortamento: de 10 milhões em 1995 para 6,6 milhões em 2003. Na Europa, o número caiu de 7,7 milhões para 4,3 milhões, sendo que a queda mais acentuada se deu no leste europeu, onde o aborto já é seguro e descriminalizado, na maioria dos países.⁽¹⁾

Por outro lado, no mesmo período de 1995 a 2003, nos países em desenvolvimento, não se verificou queda significativa, apenas de 35,5 milhões em 1995 para 35 milhões em 2003⁽¹⁾. Em 2008, estimou-se o quantitativo de 22 milhões de abortos inseguros em todo o mundo, sendo que 97,0% ocorreram nos países emergentes.⁽²⁾ Os riscos de morte por complicações de um abortamento inseguro é muitas vezes mais alto do que de um abortamento realizado por profissionais e em condições seguras. Estima-se que, no Brasil, ocorra cerca de um milhão de abortos por ano, ocasionando altas taxas morbimortalidade.⁽¹⁾

Apesar de a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento⁽¹⁾ assinalar uma tendência ao declínio dessa *causa mortis* no Brasil, encontrou-se nos estados nordestinos a menor redução da taxa de mortalidade do país. Em estudo publicado em 2014⁽²⁾, no qual foram analisados dados do período de 1996 a 2012, observou-se que o estado da Bahia apresentou a maior razão de abortos inseguros por nascidos vivos (53,6 abortos em 100 nascidos vivos) e, em Salvador, levantamentos identificam que, desde os anos de 1990, o abortamento permanece como a principal causa isolada de mortalidade materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte.⁽¹⁾

A Área Técnica de Saúde da Mulher⁽³⁾ e a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente,⁽⁴⁾ do Ministério da Saúde (MS), têm criado políticas públicas, respaldadas em acordos internacionais e na legislação brasileira, com o objetivo de assegurar o cumprimento dos direitos humanos em situações de abortamento. Entretanto, na prática, ainda são observadas dificuldades para efetivar uma assistência humanizada, na medida em que, nessas situações, vêm à tona questionamentos sobre legalidade, criminalização, moralidade e religiosidade, fatores que interferem no posicionamento e no desempenho dos profissionais de

saúde, com repercussões na cultura institucional do *lócus* de assistência obstétrica.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ Constata-se que os valores dos profissionais sobre o aborto ultrapassam os limites das simples convicções pessoais: são determinados historicamente pelos processos sociais e culturais, que se entrecruzam na formação profissional e incidem nas práticas em espaços institucionais.

Nesta perspectiva, a presente investigação vincula-se à linha de pesquisa: Memória, Cultura e Subjetividade, propondo-se a conhecer o que pensam as(os) psicólogas(os) que atuam em maternidades e hospitais, com assistência obstétrica da Rede Pública de Salvador-Bahia, sobre os entraves e os desafios para a efetivação da Política de Humanização voltada para adolescentes e mulheres adultas em situação de abortamento, ao tempo em que buscará analisar a relação que a/o psicóloga(o) estabelece entre o conhecimento e a prática, identificando a racionalidade⁽⁶⁾ que norteia o seu fazer, suas ações, possíveis inovações e/ou experiências exitosas.

Em recentes pesquisas⁽⁵⁾⁽⁷⁾ realizadas em Salvador, nas quais se buscou conhecer o ponto de vista dos profissionais de saúde acerca das situações de abortamento, a perspectiva da(o) psicóloga(o) quase não foi contemplada, abrindo assim uma lacuna que enseja o estudo sobre sua atuação. A percepção desse profissional se torna relevante pelo lugar que ele pode ocupar no campo das políticas públicas em saúde, notadamente na humanização da assistência às mulheres adultas e adolescentes, considerando que sua formação o instrumentaliza para lidar com a subjetividade e com os desafios da alteridade, o que implica a aceitação do outro como um legítimo outro, condição de possibilidade de acolhê-lo efetivamente.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Assim, a presente dissertação sobre a *Atuação de psicólogas na política de humanização para adolescente em caso de abortamento* desdobra a pesquisa *Atuação dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais nos conselhos e nas políticas públicas*,⁽¹⁰⁾ mediante a análise das percepções e da racionalidade que norteia a prática das psicólogas no âmbito dessa assistência. Com esse propósito, foi traçado o seguinte percurso: apresentação dos objetivos; revisão de literatura, com um panorama das dimensões antropológica, histórica e política do abortamento; especificidades acerca da sexualidade na adolescência; e a explanação de aspectos que delimitam a atuação profissional da(o) psicóloga(o) nesse contexto assistencial. Em seguida, foi descrita a metodologia da pesquisa empírica, explicitando-se o desenho metodológico, os procedimentos, os instrumentos e os aspectos éticos para, na sequência, serem apresentados e discutidos os resultados, com a ponderação dos limites e alcance desse estudo.

2 OBJETIVOS

Apresentam-se, a seguir, os objetivos estabelecidos nesta pesquisa para busca dos resultados.

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a atuação de profissionais de Psicologia voltada para a atenção a adolescentes em situação de abortamento, nos serviços públicos de atenção obstétrica terciária de Salvador.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar a percepção de psicólogas(os) sobre as especificidades da assistência prestada a adolescentes e/ou mulheres em situação de abortamento;
- Analisar as percepções acerca da assistência prestada em casos de abortos provocados ou espontâneos;
- Especificar as percepções das(os) psicólogas(os) acerca dos aspectos que interferem na implementação de uma atenção humanizada;
- Descrever como os profissionais de Psicologia identificam e relacionam em suas práticas as tecnologias leves em saúde, a Política de Humanização do SUS e as atribuições da(o) psicóloga(o) previstas na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento;⁽¹⁾
- Registrar a utilização de estratégias empregadas pelas(os) entrevistadas(os) na solução dos problemas;
- Criar, no âmbito do grupo de pesquisa, um banco de dados de psicólogas(os) da atenção terciária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção trata dos referenciais teóricos que dão suporte ao desenvolvimento da pesquisa.

3.1 O abortamento em sua dimensão antropológica, histórica e política

Estudos antropológicos sobre o abortamento, empreendidos em meados do século XX⁽¹¹⁾ nas sociedades primitivas ou pré-industriais, permitiram constatar o provável caráter universal da prática do aborto voluntário ou, pelo menos, o reconhecimento dessa ocorrência. A pesquisa etnográfica constata que não há interlocutor, nas mais diferentes culturas, que ignore ou se espante com a possibilidade de se retirar e eliminar fetos do corpo antes do nascimento, o que leva o sociólogo Luc Boltanski a deduzir que o abortamento provocado faz parte “[...] dos quadros fundamentais da existência humana em sociedade” (p. 209).⁽¹²⁾

Métodos com a finalidade de provocar o aborto foram identificados em diferentes momentos da história. Estão presentes na Antiguidade greco-romana, nas sociedades ocidentais medievais e modernas, bem como no Oriente, a exemplo da China e do Japão. Recorre-se mais frequentemente a drogas abortivas, em geral fitoterápicas, como também a meios mecânicos internos (introdução no corpo feminino de objetos pontiagudos) ou aos mecânicos externos, como pulos, golpes, cintos apertando o ventre, entre outros. Ademais, a etnologia registra, igualmente, meios mágicos, tais como, sentar-se em alguma árvore, comer determinado alimento, entre outros.⁽¹²⁾

Algumas propriedades referentes ao abortamento voluntário são identificadas por Luc Boltanski:⁽¹²⁾ além de sua universalidade, encontra-se a sua reprovação geral – inclusive nas sociedades nas quais a prática é frequente – e observam-se reações contrárias à simples menção da palavra aborto, que pode desencadear desde uma censura discreta até a mais violenta indignação, muitas vezes simulada, como que para satisfazer às supostas expectativas do pesquisador. Ao mesmo tempo, não se fala do abortamento de modo frontal; percebe-se o constrangimento e a tentativa de fazer crer que essa prática não diz respeito a quem fala, nem mesmo aos membros mais próximos do coletivo ao qual se pertence. Observa-se, contudo, que as reações são muito variadas de sociedade para sociedade, como também no interior de um mesmo agrupamento social. Situações em que a paternidade não pode ser confirmada ou características do feto são – a exemplo de ser considerado filho de mau espírito (filho de um demônio), algumas vezes, apresentadas como circunstâncias atenuantes do abortamento, mas

apenas de modo sutil, não se constituindo em uma argumentação segura, sustentada inequivocamente.⁽¹²⁾

Em que pese a fragilidade sobre argumentos que buscam atenuar tal prática, Luc Boltanski percebe que sua reprovação é acompanhada, não raro, de uma tolerância, mesmo por parte daqueles que se indignam à sua simples evocação. Essa tolerância se constitui, para o autor, como outra propriedade relevante do abortamento, que pode ser observada pelos poucos esforços empregados para identificar e punir os responsáveis pelos abortamentos, tanto nas sociedades medievais, quanto nas modernas ou mesmo nas cristãs, que sempre censuraram e insistiram em sua proibição.⁽¹²⁾

O abortamento pôde assim permanecer velado, de certo modo inacessível, por pertencer quase que exclusivamente ao “mundo das mulheres”. Diversos estudos⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ destacaram uma relevante distinção de gênero, na qual o mundo masculino é identificado como oficial, encontrando na *polis* o seu espaço privilegiado, em contraposição ao mundo das mulheres que se apresenta como oculto, “privado”, oficioso, no qual se reserva à prática do abortamento o lugar mais encoberto e, com efeito, afastado da vida pública.

Entretanto, a prática do abortamento só vai se tornar radicalmente clandestina nos países ocidentais em meados do século XIX até metade do século XX, intervalo no qual o aborto torna-se ilegal e penalizado.⁽¹²⁾ Pode-se inferir que essa forma mais explícita de censura ocorreu, muito provavelmente, como consequência do que Foucault designa como a “biopolítica”,⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ que emerge no século XVIII, momento em que o Ocidente vai testemunhar importante transformação nos mecanismos de poder. O antigo “poder soberano”, que outorgava o direito de causar a morte ou deixar viver, vai sofrer um deslizamento para um poder que busca causar a vida, ordenar e gerir suas funções.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Foucault, em sua obra *A história da sexualidade*, no volume 1, *A vontade de saber*, destaca que, de um lado, as disciplinas do corpo, que o adestram, ampliam as aptidões, exaurem suas forças na lógica da produção e, do outro lado, a regulação das populações são os polos em torno dos quais irá se instaurar e se desenvolver o “biopoder”, o poder sobre a vida.⁽¹⁴⁾

Foucault afirma:

O homem ocidental aprende pouco a pouco o que é ser uma espécie viva num mundo vivo, ter um corpo, condições de existência, a probabilidade de vida, saúde individual e coletiva, forças que se podem modificar e um espaço em que se pode reparti-las de modo ótimo. Pela primeira vez, na história, sem dúvida, o biológico se reflete no político (...) deveríamos

falar de ‘bio-política’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos e faz do poder-saber um agente de transformação. (p. 155)⁽¹⁴⁾

Essa é uma nova perspectiva que faz proliferarem “tecnologias políticas”, novas formas de controle sobre o corpo, sobre a forma de se alimentar, de morar, de equacionar as condições de vida em todo o espaço da existência. Foucault ainda destaca outro desdobramento do biopoder, que é precisamente a importância crescente da norma, respaldando e sendo respaldada pelo sistema jurídico. Ou seja, a instituição judiciária irá incorporar as referências médicas e administrativas, cujas funções, essencialmente reguladoras, produzirão um efeito normalizador da sociedade.⁽¹⁴⁾

A valorização do corpo estará em estreita conexão com a ordem burguesa, tornada hegemônica nesse momento histórico, não simplesmente, como enfatiza Foucault, pelo valor mercantil que o corpo assume em razão de sua força de trabalho, mas, sobretudo, pela consolidação política, histórica e cultural da referida hegemonia. Obras publicadas no final do século XVIII sobre higiene do corpo, longevidade, métodos para ter filhos saudáveis e evitar a mortalidade infantil, formas de melhorar a descendência da espécie humana, correlacionam o corpo e o sexo com um pensamento eugenista e de evidente racismo.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Assim, instaura-se toda uma tecnologia do controle que irá possibilitar manter os corpos e a sexualidade sobre estreita vigilância, como forma de equacionar o tensionamento entre as classes sociais (burguesia e proletariado), através da delimitação das possibilidades de coabitação, proximidade e contaminação (em razão das epidemias e doenças venéreas), de fluxo populacional e regulação demográfica. Logo, o corpo feminino – com o respaldo da Medicina que destaca a fisiologia sexual própria das mulheres – será colocado a serviço da demografia, ao regular, de forma espontânea ou planejada, o nascimento das crianças.⁽¹⁴⁾

Na primeira metade do século XX, o saber médico possibilitará, nos países desenvolvidos, a erradicação da mortalidade materna e infantil perinatal, quase que inteiramente, criando-se a partir daí um estreito vínculo entre Medicina e procriação, cuja lógica se amplia com a exigência sempre crescente de salvar a díade mãe-criança dos riscos mortais que cercam o nascimento.⁽¹⁵⁾

A psicanalista Marie-Magdeleine Chatel destaca, em seu ensaio *Mal-estar na procriação*,⁽¹⁵⁾ que tal redução da mortalidade se fez acompanhar do surgimento da contracepção médica, que visava ao controle do excesso de natalidade. Apesar de a prática contraceptiva não ser

exatamente uma novidade, como atestam documentos da antiguidade egípcia, esteve proscrita e na clandestinidade durante muitos e muitos séculos de cristianismo, ganhando visibilidade nesse preciso momento da história. ⁽¹⁵⁾

Chatel⁽¹⁵⁾ salienta ainda que a contracepção médica forçou a disjunção entre o ato sexual e a procriação. Afirma: “[...] a ideia de consequências, sob a forma de uma criança, foi se destacando cada vez mais do ato sexual” (p. 21). Contudo, a autora observa que o emprego dos contraceptivos em grande escala e o alto grau de informações que circulavam na França, naquele momento não foram suficientes para provocar uma diminuição significativa do número de abortamentos, levando-a a deduzir que as gestações ditas “indesejáveis” não podiam ser reduzidas à questão de ter ou não acesso aos métodos contraceptivos. Chatel⁽¹⁵⁾ identifica outros aspectos que vão mais além da decisão racional de ter ou não ter filhos, os quais serão apresentados mais adiante.

Outras reviravoltas marcaram o século XX. Palco de intensos movimentos políticos, tais como a Revolução Socialista, em 1917; o emblemático Maio de 1968 na França, no qual estudantes universitários foram às ruas protestar contra o conservadorismo das instituições, encontrando apoio e adesão em massa da classe trabalhadora em quase toda a Europa; o Movimento de Contracultura dos *hippies* do hemisfério norte; o Movimento Feminista, entre outros, se constituíram como força contrária à dominação exercida pelo Estado, mas não apenas dele, como também a outras formas de controle mais sutis, capilarizadas em todo o tecido social.

A conjuntura de protestos, de reivindicações dos diversos segmentos da sociedade civil, de questionamentos à ordem instituída, criou as condições de possibilidade para a legalização do aborto na França, em 1975, que, embora rejeitada por alguns com o argumento de que poderia se constituir como mais um método contraceptivo, provou justamente o contrário, ou seja, o número de abortamentos não aumentou como também se testemunhou certo declínio e estabilização em determinado patamar. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Neste mesmo período, o Brasil se encontrava sob o regime da ditadura militar, mas, na contramão desse cenário político, estava em curso a Reforma Sanitária Brasileira, simultaneamente e sintonizada com a luta para a redemocratização do país. É a Reforma Sanitária que cria as bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído

pela Constituição de 1988, a qual reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.⁽¹⁷⁾

Jairnilson Paim e colaboradores ⁽¹⁷⁾ destacam que uma característica fundamental da reforma sanitária no Brasil foi o fato de ela ter sido conduzida pela sociedade civil e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. A proposta brasileira de reforma sanitária se iniciou nos anos de 1970, reunindo movimentos de base, sindicatos, intelectuais progressistas, membros associados aos partidos de esquerda e acabou por conceber um conceito de saúde que não a reduz à dimensão biológica, mas que reconhece sua dimensão social e política e a necessidade de discuti-la no espaço público. ⁽¹⁷⁾

O Sistema Único de Saúde no Brasil está fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e de equidade, que reconhecem a diversidade e as pluralidades individuais e dos coletivos, tornando a participação social estratégica nesse modelo de saúde. Seu lastro advindo de uma reforma viva, articulada no seio da sociedade civil, possibilitou a criação de instâncias deliberativas, nas quais a participação popular se torna fundamental para a formulação e controle das políticas e serviços de saúde, reduzindo as chances desse modelo de saúde funcionar como mero instrumento de dominação e controle do Estado sobre os indivíduos. Desse modo, a concepção do SUS garante os direitos e reconhece a autonomia de todos os cidadãos. Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) veio trazer reforços ao SUS, propondo tecnologias e dispositivos, a fim de efetivar esse novo paradigma de saúde. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Conceber a saúde de forma humanizada impõe reflexões sobre as formas de assistência às mulheres adultas e adolescentes em situações de abortamento, na medida em que a temática do aborto gera grandes divergências e tensões que acabam por ameaçar, constantemente, os direitos conquistados pelas mulheres, a exemplo do Estatuto do Nascituro, Projeto de Lei nº 478/07 que, em 2007, colocou em questão a legitimidade e legalidade do aborto em circunstâncias já descriminalizadas pelo Código Penal Brasileiro de 1940, Art. 128, ⁽¹⁹⁾ o qual prevê a indução do aborto legal como meio de salvar a vida da gestante ou em caso de estupro.

Em contrapartida, em 4 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a ação referente à Interrupção Seletiva da Gravidez ou Aborto Seletivo, para os casos de gestação de fetos com anencefalia.⁽²⁰⁾ A discussão sobre o abortamento relacionada à

incompatibilidade com a vida de fetos malformados foi reaberta no atual momento da história do país, em razão da epidemia do Zika Vírus⁽²¹⁾ estar correlacionada como o nascimento de bebês com microcefalia e outras malformações, convocando o debate na esfera política sobre as circunstâncias para descriminalização do aborto.

No dia 29 de novembro de 2016, o ministro Luís Alberto Barroso, presidindo a Primeira Turma do STF, considerou que a Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) até a 12ª semana não é crime, contrapondo-se às fortes pressões, sobretudo da bancada evangélica, formada por deputados líderes de comunidades religiosas, que mantiveram, desde a proposta inicial, o propósito de recolocar em pauta o Estatuto do Nascituro no âmbito do Congresso Nacional. O referido ministro defendeu o argumento de que criminalizar o aborto, antes de concluído o primeiro trimestre da gestação, viola os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, ameaçando sua integridade física e psíquica. De modo agudo e sensível, ponderou que é o corpo da mulher que sofre as transformações, riscos e consequências da gestação e para garantir a igualdade de gêneros o respeito à sua autonomia é condição *sine qua non*. Considerou ainda, em sua linha argumentativa, as desigualdades sociais, destacando que são as mulheres pobres as mais atingidas pela criminalização do aborto no Brasil.⁽²²⁾

A resolução repercutiu imediatamente na Câmara dos Deputados, que criou uma comissão para legislar no sentido contrário ao STF⁽²³⁾ e, no Senado, foi encaminhado um projeto à Comissão de Constituição e Justiça, de autoria do senador Pastor Valadares, que visa criminalizar o aborto em qualquer fase da gravidez e ampliar a responsabilização dos profissionais de saúde que prestam assistência às usuárias em situação de abortamento.⁽²⁴⁾

Assim, é imprescindível conhecer o que pensam os diferentes atores sobre o abortamento, aqui, em especial, os profissionais da saúde, dimensionando até que ponto eles se investem do biopoder ou, ao contrário, relativizam o dispositivo saber/poder, na direção de um modelo de saúde menos dessubjetivador e mais humano.⁽²⁵⁾

3.2 A política de humanização em caso de abortamento

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS – é transversal e se propõe como eixo norteador das práticas de atenção e de gestão em todas as esferas do SUS. A transversalidade, como diretriz, destaca a necessidade de derrubar fronteiras e articular a rede nos diferentes níveis de assistência, apostando na articulação dos usuários, profissionais e gestores como

meio de promoção da saúde, da gestão do cuidado e dos processos de trabalho, tornando indissociáveis os domínios da assistência e da gestão. ⁽¹⁸⁾

A PNH visa igualmente à dupla produção da saúde e dos sujeitos, o que significa dizer que valoriza a dimensão subjetiva e social de todos os atores, considerando seus direitos e as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual, dentre outros aspectos que imprimem as marcas singularidade. Esta Política avalia, como fundamental, a autonomia dos sujeitos e a formação de vínculos solidários para promover a saúde em suas diferentes dimensões. Propõe o dispositivo da “clínica ampliada”⁽²⁶⁾ que implica uma compreensão mais desenvolvida do processo saúde-doença, envolvendo ações interprofissionais e intersetoriais. Trata-se, efetivamente, de uma ferramenta teórica e prática que possibilita o enfrentamento da fragmentação e ineficácia das ações e serviços de saúde. ⁽⁹⁾⁽¹⁸⁾⁽²⁶⁾

No Marco Teórico da PNH⁽¹⁸⁾, fica registrada a necessidade de mapear e de dar visibilidade às iniciativas e aos programas de humanização na rede de atenção do SUS, no Ministério da Saúde, promovendo o intercâmbio e a articulação desses programas como estratégia essencial para a construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS)⁽¹⁸⁾.

Com essa delimitação, a *Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica*,⁽¹⁾ produzida pela Área Técnica de Saúde da Mulher, vai figurar como uma “publicação importante” no âmbito da PNH⁽¹⁸⁾. A Norma Técnica ⁽¹⁾ lançada pelo Ministério da Saúde em 2005 e revisada em 2011 considera que compreender a abrangência e o impacto do abortamento na saúde pública brasileira requer repensar soluções que exigem investimento em educação e informação, a fim de aprimorar a capacidade crítica dos cidadãos, retirando a discussão sobre o aborto da polaridade simplista (“ser contra” ou “a favor”) permeada, quase sempre, de passionalidade e dissensão. A Norma ⁽¹⁾ é proposta tendo em conta alguns princípios basilares, a saber: a democracia, a laicidade do Estado, a igualdade de gênero, a dignidade da pessoa humana e afirma o compromisso de resguardar os direitos reprodutivos e os direitos sexuais das mulheres.

Na Norma Técnica ⁽¹⁾ os conceitos de abortamento e aborto são assim descritos: o primeiro diz respeito à “interrupção da gravidez na 20ª ou 22ª semana com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas”; e o segundo é considerado “o produto da concepção eliminado no abortamento” (p. 29)⁽¹⁾, sugerindo que o conceito de abortamento implica o processo e o de aborto, o resultado. Todavia, nos mais diferentes artigos e produções

científicas de autores que se dedicam ao tema, esses termos são utilizados, ao que parece, indistintamente. Nos verbetes do dicionário Houaiss, ⁽²⁷⁾ ambos os vocálicos são tratados como sinônimos, “abortamento” definido como “ato e efeito de abortar” e “aborto”, em sua primeira acepção, aparece como proveniente do campo da medicina, obtendo definição semelhante: “ação ou efeito de abortar”.

As causas do abortamento espontâneo nem sempre são esclarecidas, tampouco as que levam mulheres ou adolescentes a tomarem a decisão pessoal de interromper uma gestação. Pesquisadores no campo da epidemiologia⁽²⁾⁽²⁸⁾ têm destacado que o enquadre restritivo da lei, no qual o aborto é considerado crime, dificulta o acesso aos dados que permitiriam precisar a magnitude do aborto provocado no Brasil; alguns pesquisadores⁽²⁸⁾ não veem como garantir, com absoluta segurança, sigilo ou proteção às mulheres que participam das pesquisas.⁽²⁸⁾ Contudo, a *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*⁽¹⁾ traz as orientações necessárias para o exercício profissional no contexto hospitalar, cotejando a lei e o código de ética médica, de forma a garantir o cuidado sigiloso, técnico e humanizado.⁽¹⁾

O abortamento espontâneo, segundo dados apresentados na Norma Técnica,⁽¹⁾ ocorre no percentual de 10 a 15% das gestações e envolve sentimentos diversos e complexos para a gestante. A culpabilidade por não conseguir sustentar uma gestação até o final está quase sempre presente. Outros 10% dos casos de abortamentos atendidos nos hospitais são provocados das mais diferentes formas, realizados em condições inseguras, ocasionando danos à saúde, podendo levar à morte.⁽¹⁾ Em que pese a subnotificação desses casos, pode-se observar uma tendência ao declínio no número de óbitos. Todavia, constata-se uma curva inversamente proporcional quando os óbitos são correlacionados à idade, sobretudo no nordeste brasileiro.⁽¹⁾

As pesquisadoras Menezes e Aquino, no artigo *Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva*⁽²⁹⁾, destacam que as mortes por abortamento atingem as mulheres mais jovens, de contextos sociais desfavorecidos, residentes nas periferias das cidades, sendo as negras as mais vulneráveis, estando sob o risco três vezes superior de morrer por essa causa quando comparadas às brancas. Outro dado levantado pelas pesquisadoras nos estudos de investigação de óbitos maternos é a recorrência de suicídio de jovens grávidas.⁽²⁹⁾ Além disso, a morbidade ocasionada pelo abortamento pode ser constada pelas complicações físicas que se seguem, tais como: hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, acompanhadas de repercussões psicossociais complexas que exigem

análises delicadas. No referido artigo,⁽²⁹⁾ as autoras apontam para a necessidade de investigação dos efeitos psíquicos do aborto, sobretudo nos países onde sua prática é crime, como no Brasil.

Em 2011, a Norma Técnica⁽¹⁾ apontava a curetagem pós-abortamento, como o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais do SUS; em 2014, Martins-Melo e colaboradores, no estudo citado,⁽²⁾ levantaram o dado de que a curetagem passa a figurar como o segundo procedimento mais realizado, ocorrendo cerca de 240 mil internações anuais no SUS para tratamento de complicações decorrentes de abortamento⁽²⁾, o que evidencia a magnitude do problema em termos epidemiológicos, tornando-se imperioso estabelecer protocolos que garantam a qualidade técnica da assistência.

Os abortamentos obedecem à seguinte classificação: ameaça de abortamento; abortamento completo; abortamento inevitável/incompleto; abortamento retido; abortamento infectado; abortamento habitual; abortamento eletivo previsto em lei. Todas essas formas de apresentação dos quadros clínicos encontraram na Norma Técnica⁽¹⁾ do MS indicação de exames necessários, de técnicas de esvaziamento uterino com os critérios de eleição (tempo de gestação e outros); de procedimentos para o alívio da dor; de fármacos a serem utilizados, com as formas de administração, dosagens e contraindicações. Ou seja, foram definidas medidas protocolares a fim de reduzir as chances de complicações e danos irreversíveis.

Esse modelo de atenção preconizado pela Norma Técnica⁽¹⁾ vai além da delimitação dos procedimentos clínicos e técnicas adequadas para o esvaziamento uterino. Seu marco conceitual considera como elementos essenciais a atuação de uma equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, para oferecer acolhimento, escuta qualificada e orientação, a fim de atender às necessidades física e mental das mulheres e adolescentes. A Norma⁽¹⁾ destaca a importância de não julgar, o que implica, em última instância, a suspensão temporária dos próprios valores pessoais do profissional, de modo a poder escutar o outro em sua dimensão de alteridade, o que implica dizer que as concepções de mundo são distintas de um sujeito para outro.

Humanizar a assistência a mulheres e adolescentes em abortamento exige uma abordagem ética, norteadas por diretrizes pactuadas no plano internacional e nacional. Na Norma Técnica⁽¹⁾ pode-se encontrar a síntese de acordos internacionais importantes, dos quais o Brasil é signatário. Constata-se, entretanto, que as estratégias e ações desenvolvidas pelo

Ministério da Saúde para desenvolver uma atenção humanizada ao abortamento têm ainda um longo caminho a percorrer para mudar a presente realidade. Estudos recentes⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾ sobre a problemática do abortamento no Brasil revelam o quanto a assistência prestada nos casos de aborto se encontra distante do que preconizam as normas brasileiras e instâncias internacionais.

Aquino e colaboradores, na pesquisa *Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?*⁽³⁰⁾, realizada em três capitais (Salvador, Recife e São Luís), cotejando as normas do Ministério da Saúde e o grau de satisfação de 2.804 usuárias, internadas em 19 hospitais por complicações do aborto, constataram que os critérios de “apoio social” e “direito à informação” tiveram uma avaliação muito ruim nas três cidades. A “qualidade técnica do cuidado” também foi mal avaliada, sendo a “continuidade do cuidado” – identificada através dos critérios: cuidados pós-alta, consulta de revisão, planejamento reprodutivo, acesso a métodos de contracepção e orientações sobre a gravidez – o aspecto que apresentou a situação mais crítica em todas as cidades.⁽³⁰⁾

A referida pesquisa⁽³⁰⁾ salienta que já foi evidenciado cientificamente o efeito benéfico do suporte social para evolução do trabalho de parto sem complicações; no caso de abortamento, entretanto, a função do suporte social, por meio do papel do acompanhante, fica menos evidente devido à pouca visibilidade, no modelo de assistência atual, dos aspectos psicossociais, além da escassez de pesquisas sobre o tema do abortamento.⁽³⁰⁾

Na investigação *Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil*⁽³¹⁾, buscou-se a compreensão da experiência de mulheres internadas por abortamento provocado, em três hospitais públicos de Salvador (BA). Segundo os autores, a vivência dessas mulheres desencadeou sentimentos negativos, pela dor física e emocional, amplificadas pelo “não-cuidado” e atitudes de discriminação pelo aborto por parte dos profissionais, indo, portanto, de encontro às atuais normas técnicas. O paradoxo se instaura, para os pesquisadores, a partir do relato das usuárias, no qual sobressai a falta de informações e de apoio emocional, que demonstram a desassistência, com privação de direitos, sendo que nem sempre tais aspectos foram percebidos pelas usuárias, que tenderam a avaliar positivamente a atenção recebida. Esse trabalho sugere que, em razão dos poucos estudos sobre a atenção ao aborto, outras

pesquisas devam ser empreendidas para abordar a satisfação das usuárias e a qualidade dos serviços de saúde, consonante as diretrizes da Norma Técnica.⁽¹⁾

Na dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia, intitulada *Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA*, a autora Livia Santos⁽⁷⁾ desenvolve um trabalho qualitativo, de enfoque antropológico, em três maternidades públicas de Salvador, no qual se constata que o conhecimento dos profissionais a respeito da *Atenção humanizada ao abortamento: Norma Técnica*⁽¹⁾ é quase nulo; além disso, os entrevistados revelaram percepções estereotipadas sobre mulheres em situação de abortamento. Ressalte-se que, na referida pesquisa, apenas um(a) psicólogo(a) foi entrevistado(a). A autora escreve acerca dos seus achados: “Os profissionais, sem distinção de categoria ocupacional, descrevem as usuárias que induziram o aborto como ‘jovens’, de ‘classes baixas’, ‘pouco instruídas’, ‘carentes’, ‘anormais’, ‘irresponsáveis’ e de ‘sexualidade desenfreada’.”⁽⁷⁾

A referida pesquisadora⁽⁷⁾ destaca que essas percepções não refletem os resultados de estudos populacionais mais amplos, a exemplo da investigação de âmbito federal *20 Anos de pesquisas sobre aborto no Brasil*,⁽³²⁾ realizada em 2009, com mulheres escolarizadas de 15 a 49 anos, na qual se constatou que o aborto foi crescente com a idade, em mulheres com relação estável, já tendo filhos, declarando professar algum credo religioso, sobretudo católico, e sendo usuárias de métodos anticoncepcionais. Essa contradição aponta para preconceitos voltados para adolescentes, cujos estereótipos as tornam invisíveis nos serviços de saúde quanto às suas reais necessidades e a demandas específicas.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

Nessa perspectiva, Cecilia McCallum e colaboradores⁽⁵⁾ vão buscar compreender aspectos importantes que se entrelaçam na relação entre mulheres/adolescentes usuárias dos serviços de atenção obstétrica e os profissionais de saúde. Na pesquisa *O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia*⁽⁵⁾ as autoras destacam: “[...] a discriminação contra as mulheres que abortam não parte, apenas, de alguns profissionais, mas está integrada a estrutura, organização e ‘cultura’ institucionais, dificultando, ou mesmo impossibilitando, um atendimento ‘humanizado’.” (p. 38)⁽⁵⁾

As autoras⁽⁵⁾ reforçam a tese de que as atitudes dos profissionais não são isoladas, são engendradas e engendram o espaço simbólico da instituição; a cultura institucional cria processos, rotinas e fluxos de atendimentos que não estão isentos de significação. Percebe-se

toda uma gama de valores passados subliminarmente: a própria naturalização dos “hospitais-maternidade” como locais de assistência às mulheres em situação de abortamento revela o contexto irrefletido das práticas. Não causa estranheza, nem se percebe, em geral, o caráter irônico que McCallum e colaboradores ⁽⁵⁾ destacam: “[...] é nesses lugares consagrados à maternidade que se inscreve o cuidado com aquelas que estão abortando.”(p. 38)⁽⁵⁾

Outro aspecto observado pelas pesquisadoras⁽⁵⁾ foi o fato de que as parturientes eram indistintamente chamadas de “mãe” (denominação muito recorrente em outros hospitais-maternidade); até mesmo uma mulher em situação de abortamento pode ser assim interpelada. O nome próprio no contexto da hospitalização desaparece, sendo que o termo mais frequente utilizado pelos profissionais para referir-se às mulheres em processo de abortamento é “cureta”. McCallum e colaboradores ⁽⁵⁾ sublinham: “[...] nome do instrumento utilizado na curetagem, denominando-as por referência à tecnologia que são/serão submetidas” (p. 45). Reduzidas assim ao instrumento ou a um termo genérico, essas usuárias são coisificadas, não sendo reconhecidas em sua humanidade.⁽⁵⁾

As pesquisadoras⁽⁵⁾ salientam que nesse cenário institucional negativo as relações são pautadas pela desconfiança. As mulheres adultas e adolescentes temem ser discriminadas e maltratadas pelos profissionais de saúde e adiam sua ida ao hospital; quando admitidas na instituição, experimentam tensões e insegurança, além de captarem as mensagens simbólicas e subliminares. Ora, sendo o cuidado prioritário destinado às gestantes e parturientes, “às mães”, as mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento ficarão relegadas ao papel desqualificado de “antimães”.⁽⁵⁾ Aí reside o ponto de violência, destacado pelas autoras, silencioso e ao mesmo tempo gritante que questiona o que está firmemente enraizado na estruturação desse cuidado.⁽⁵⁾

Nos últimos anos, houve uma melhoria na assistência obstétrica,⁽³³⁾ em decorrência da implantação, em 2011, da Rede Cegonha (RC) – uma Política nacional do MS, que traça diretrizes e desenvolve importantes estratégias para a humanização da assistência durante o pré-natal, parto, puerpério e para o cuidado da criança até 24º mês de vida.⁽³⁴⁾ Apesar do abortamento não figurar no escopo desse projeto, algumas ações implementadas pela RC alcançaram, ainda que parcialmente, mulheres em situação de abortamento. Um estudo realizado em 2013,⁽³⁵⁾ por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, constatou que a diretriz que garante a presença do acompanhante, de livre escolha da gestante, durante o trabalho de parto, havia beneficiado 53.84% de usuárias em processo de abortamento, em um serviço de

Aborto Legal no Rio de Janeiro. Embora o percentual de mulheres desacompanhadas ainda fosse elevado, pôde-se observar que passavam a chegar ao local de assistência menos mulheres sozinhas, à medida que o direito ao apoio social lhes era assegurado. O protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) da RC havia, igualmente, sido implantado; entretanto, o tempo para internar usuárias em abortamento, cuja gravidade dos casos exigia assistência imediata (situações classificadas com as cores vermelho e laranja), não havia sido respeitado, sendo excedido na maioria dos casos.⁽³⁵⁾

Assim, percebe-se que a assistência nas situações de abortamento continua sendo postergada, mesmo quando constatada a urgência pela Classificação de risco, evidenciando o que vem a ser o atendimento prioritário em uma maternidade, isto é: mulheres em trabalho de parto. A desatenção nos casos de abortamento provoca diversos efeitos para as usuárias, sobretudo para as adolescentes, como serão especificados a seguir.

3.3 A prática sexual na adolescência e as situações de abortamento

O abortamento vivenciado na adolescência pode introduzir outras complexidades. A faixa etária do período assim designado não é consensual: a legislação brasileira, com a aprovação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), em 1990⁽³⁶⁾ estabelece o intervalo de 12 a 18 anos, entretanto o MS segue a OMS, que compreende a adolescência dos 10 aos 19 anos. Contudo, tais critérios cronológicos visam mais orientar as pesquisas epidemiológicas que fechar as questões relativas à adolescência, tão susceptível às diversidades culturais.⁽³⁶⁾⁽³⁷⁾

No Ocidente, a adolescência tem sido considerada como momento de transição, cujo exercício da sexualidade se encontra numa espécie de “moratória”, conforme a expressão utilizada por Contardo Calligaris⁽³⁸⁾, para destacar que o corpo do adolescente, apesar de apto à procriação, não adquire, aos olhos da sociedade, o direito de exercer plenamente a sexualidade. O adolescente, afirma o autor, deve permanecer por mais dez anos, sob a tutela dos adultos, “[...] preparando-se para o sexo, o amor e o trabalho, sem produzir, ganhar, ou amar; ou então produzindo, ganhando e amando, só que marginalmente.”(p.16)⁽³⁸⁾

Para o referido autor,⁽³⁸⁾ a moratória instaurada pelo intervalo entre a maturação do corpo e o acesso às prerrogativas do mundo do adulto acaba por gerar uma causalidade circular, sendo a espera para adquirir o estado de direito – este “tempo de suspensão” – o que irá justamente manter o adolescente na inadequação e imaturidade. Calligaris⁽³⁸⁾ assinala que os adultos enviam sem cessar uma dupla mensagem ao adolescente: tentam ignorar sua plena capacidade

reprodutiva, supondo que a sua sexualidade possa ser mantida em reserva, infantilizando-o, ao tempo em que o incitam a ser independente e autônomo, visto que a autonomia se instaura como um valor essencial da contemporaneidade.⁽³⁸⁾

Machado Filho, no artigo *Uma visão ética e bioética do atendimento ao adolescente*,⁽³⁹⁾ discute a necessidade de respeitar a autonomia do adolescente no contexto do atendimento médico. O autor evoca a perspectiva do educador Paulo Freire, citando-o: “[...] o respeito à autonomia e à dignidade é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (p.11). Machado⁽³⁹⁾ reporta-se, igualmente, ao *Código de Ética Médica* (Capítulo V, Artigo 31. e ao Capítulo VII, Artigo 101) para reafirmar a importância do respeito ao direito do paciente ou de seu representante legal, quanto às escolhas relativas às práticas diagnósticas e terapêuticas. Esse autor insiste que o respeito à autonomia do adolescente deve, inclusive, levar em conta a sua opinião sobre por quem ele gostaria de ser atendido (se pelo pediatra ou outro especialista), à medida que a discussão entre os profissionais de saúde, segundo Machado,⁽³⁹⁾ gira mais em torno de quem não atende o adolescente, do que de quem o atende. O referido autor comenta: “Na maioria dos hospitais, a adolescência é uma ‘terra de ninguém’.” (p. 11)⁽³⁹⁾ A situação assim descrita pode revelar, em certa medida, a dificuldade dos profissionais da área de saúde para lidar com as demandas específicas dessa faixa etária, como o próprio Ministério da Saúde constata.⁽⁴⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾

Antecipando-se às objeções que poderiam recair sobre a capacidade de decisão do adolescente, Machado⁽³⁹⁾ recorre à teoria psicogenética de Jean Piaget⁽⁴¹⁾, na qual fica demonstrada que o adolescente aos 12 anos atinge o último degrau do desenvolvimento cognitivo. Piaget⁽⁴¹⁾ observou que, entre 11 e 12 anos, acontece uma espécie de “libertação” do pensamento infantil, que só funcionava logicamente preso e baseado nas “operações concretas” que podia realizar. Ao entrar na etapa das “operações formais”, o adolescente terá à sua disposição todas as categorias lógicas do adulto.⁽⁴¹⁾ Mas, nem a maturidade física ou cognitiva do adolescente têm sido suficientes para abalar as construções da contemporaneidade sobre a adolescência.

No seu ensaio sobre a adolescência, Calligaris⁽³⁸⁾ escreve: “Um mito inventado no começo do século XX, que vingou sobretudo depois da 2ª Guerra Mundial. A adolescência é o prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam” (p. 9). A adolescência surge como uma criação de Stanley Hall em sua obra fundadora, intitulada *Adolescência: sua psicologia e suas relações com a fisiologia*,

antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação, de 1904.⁽⁴²⁾ Calligaris comenta que Hall foi o primeiro a considerar a adolescência como uma época perigosa e trabalhosa. Calligaris contrapõe essa visão com a pesquisa antropológica de Margareth Mead. A antropóloga rebateu as conclusões de Hall, mostrando que a adolescência “difícil e atormentada” não era necessariamente uma consequência das transformações fisiológicas da puberdade, mas sim, uma produção da cultura ocidental. Ela observou e descreveu uma sociedade nas Ilhas de Samoa, na qual a adolescência se constituía numa transição “fácil e feliz”(p. 77).⁽³⁸⁾ Assim, diferenças interculturais e diferenças no seio de uma mesma sociedade vêm atestar a complexidade do que se designa como adolescência.

O Marco legal: saúde um direito de adolescentes⁽³⁷⁾ e *o Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens do MS*⁽⁴⁾ reconhecem os adolescentes como sujeitos de direito, não sendo considerados meros objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade⁽³⁷⁾, sendo que o segundo Marco avança no sentido de tomar como eixo norteador as definições acordadas na IV Conferência Internacional sobre a Mulher em Pequim (1995), as quais dão maior visibilidade à saúde sexual descolando-a da saúde reprodutiva. Outra vertente norteadora é a constatação de que a visão “adultocêntrica,” que define o adolescente por ‘não ser adulto’(p. 31)⁽⁴⁾ implica, em última instância, a desvalorização das reais necessidades e interesses do adolescente, desqualificando sua capacidade de escolhas, sobretudo às relacionadas à sua sexualidade e à vida reprodutiva, bem como à sua capacidade de realizar outros projetos enquanto sujeito social.⁽⁴⁾

Assim, o “adultocentrismo” é discutido no Marco teórico e referencial,⁽⁴⁾ tanto em suas relações de poder mais explícitas – que negam o direito à/ao adolescente de exercer sua sexualidade plenamente – quanto em suas formas mais sutis, com a criação de conceitos e formas estéticas, a exemplo de nomenclaturas, como “planejamento familiar” – conceito que atrela a concepção ou a contracepção à estrutura familiar – podendo levar o/a adolescente a sentir-se excluído(a) dessa oferta de serviço (responsável pela distribuição de contraceptivos), por ela ou ele não ter necessariamente associado a prática sexual à expectativa de construir uma família naquele momento da vida.⁽⁴⁾

A perspectiva “adultocêntrica” exhibe, com efeito, mais ambiguidade do que propriamente interdições inequívocas. Calligaris⁽³⁸⁾ analisa o duplo vínculo que o adulto estabelece com o adolescente ao lhe reconhecer a maturação do corpo, com a concomitante alegação de sua imaturidade para a vivência sexual; ensina-lhe que a autonomia e a independência são valores

supremos, mas tenta mantê-lo subordinado, sob constante tutela. Ocorre, todavia, que as interdições subliminares – cujos limites mostram-se frequentemente mal definidos – bem como a desqualificação das expressões singulares dos adolescentes não são inócuas, pois podem interferir negativamente no seu potencial criativo e na imagem que constroem de si mesmos. Calligaris dirá que o “espelho do adolescente é frequentemente vazio” (p. 25)⁽³⁸⁾, na medida em que ele não encontra ali o reflexo da criança que ele foi, nem a imagem do adulto em *devir*. Logo, o autor destaca que não é por acaso a alta prevalência da fragilidade de autoestima, a depressão e as inúmeras tentativas de suicídio que ocorrem nessa fase do ciclo de vida⁽³⁸⁾.

Do mesmo modo, Calligaris⁽³⁸⁾ enfatiza que a moratória que é “imposta” ao adolescente faz como que ele não se sinta reconhecido dentro do pacto social, desencadeando comportamentos impulsivos, transgressivos, como uma forma de insubordinação, para dar vazão a anseios, desejos e sentimentos que não encontram reconhecimento, nem terreno para sua expressão de modo dialógico.⁽³⁸⁾

O ECA destaca que a criança e o adolescente devem ter assegurados todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, por meio de oportunidades e facilidades que promovam o seu desenvolvimento sob diferentes enfoques.⁽³⁶⁾ No campo da saúde, as políticas e programas voltados para jovens e adolescentes não têm levado em conta o papel da sexualidade em toda sua amplitude - os afetos, os sentimentos e a dimensão do desejo são ignorados e sucumbem à suposta primazia das questões normativas e regulatórias da atividade sexual.⁽⁴⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾

Possibilitar a livre expressão da/do adolescente enquanto pessoa sexuada, no contexto dos serviços de saúde, requer a garantia da sua privacidade, preservação do sigilo e do consentimento informado.⁽⁴⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾ A obrigatoriedade de um responsável durante o atendimento ao adolescente deve ser analisada pelo profissional de saúde: caso essa presença restrinja ou impeça o exercício pleno do direito à liberdade e, conseqüentemente, do direito à saúde, a assistência prestada estará lesando um direito maior.⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾ Prevê-se que os menores de 16 anos sejam representados e os maiores de 16 e menores de 21 anos sejam assistidos pelos responsáveis.⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾ Contudo, o *Marco legal: saúde um direito de adolescentes*⁽³⁷⁾ salienta que a equipe de saúde não pode ignorar as situações nas quais surjam resistência do adolescente em informar circunstâncias de sua vida pessoal à família, devendo a equipe pautar-se de modo ético e criterioso.⁽³⁷⁾

O exercício da sexualidade na adolescência se traduz por experimentações, descobertas, anseio de tomadas de decisões, afirmação de identidades tanto pessoais como políticas, junto aos pares e no contexto social mais amplo, bem como a vivência das potencialidades biológicas, sobretudo pelo surgimento da capacidade reprodutiva.⁽⁴⁾⁽⁴⁰⁾

No estudo *Passagem solitária: parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil*, as pesquisadoras McCallum e Reis⁽⁴³⁾, analisando o perfil sociodemográfico de adolescentes usuárias de uma maternidade pública de Salvador, constataram que “residência própria” e “independência financeira” não eram pré-requisitos para que elas vivenciassem a experiência de serem mães, sendo com efeito essa vivência - a operação simbólica - que as fazia ingressar no mundo dos adultos. As autoras destacam:

Na perspectiva das jovens em sua primeira experiência de maternidade, o parto é a conclusão da sua transformação em mães, no pleno sentido social e cultural desta concepção, ou seja, como algo que as legitima e valoriza. Quando essas jovens falam sobre a experiência no hospital, o parto aparece como momento definitivo e conclusivo de um ‘rito de passagem’ que as conduz, a um novo status, o de mãe. Elas mesmas explicitam este significado. (p. 206)⁽⁴³⁾

As pesquisadoras⁽⁴³⁾ relatam que algumas adolescentes, especialmente as mais jovens, expressaram um “sentimento de orgulho” por terem sido capazes de suportar a dor do parto em silêncio, não como prova de aceitação passiva do poder dos profissionais que porventura viessem a censurá-las, mas, ao contrário: “[...] como uma manifestação de força, autonomia e autocontrole” (p. 214).⁽⁴³⁾

McCallum e Reis⁽⁴³⁾ observam que sobressai das narrativas das adolescentes o preconceito nutrido pelos profissionais em relação a elas de que, em última instância, não deviam parir, sobretudo às mais jovens e pobres. Para as pesquisadoras, tornou-se evidente o quanto os profissionais de saúde tendem a rejeitar a gestação e a maternidade na adolescência,⁽⁴³⁾ rejeição esta que se intensifica ainda mais nas situações de abortamento.

Retomando o artigo de McCallum e colaboradores⁽⁵⁾, citado anteriormente, alguns dados de caráter antropológico merecem ainda ser destacados, pois elucidam certas dificuldades relacionais entre os profissionais de saúde e as adolescentes, em caso de abortamento. A maioria dos profissionais daquele hospital-maternidade de Salvador, independentemente de categoria profissional, considera inadequado que uma jovem se torne mãe antes dos 25 anos; 62,2% declararam-se contrários à descriminalização do aborto, sendo que as enfermeiras (diferentemente dos gineco-obstetras e das técnicas de enfermagem) mostraram-se mais

propensas à descriminalização do aborto. As autoras destacaram que os profissionais expressaram sentimentos ambivalentes em relação às adolescentes: por um lado, as viam como “vítimas das circunstâncias sociais”, ao mesmo tempo, as consideravam “irresponsáveis quanto ao exercício precoce da sexualidade e egoístas, no que se refere às consequências do ato sexual”(p. 44). Percebeu-se que as adolescentes, dentre todas as usuárias, eram as que mais estavam sujeitas à crítica, ensejando falas de forte preconceito e hostilidade.⁽⁵⁾

A prática sexual na adolescência desperta percepções nos adultos, na maior parte das vezes, aut centradas e completamente alheias à visão de mundo das/os jovens. Assim, as/os adolescentes são colocados num campo de invisibilidade, à medida que não são reconhecidas/os como sujeitos de direito e suas reais necessidades não são sequer vislumbradas. A atenção à saúde das/os adolescentes requer que as suas especificidades, valores, anseios, sejam abordados, no plano relacional, de modo dialógico e humanizado, como condição de possibilidade de se “dar vida” – oxigenar – as políticas públicas voltadas para o seu bem-estar em diferentes dimensões.

3.3.1 Alguns dados do comportamento sexual na adolescência

Nos últimos anos, diversas mudanças nos padrões socioculturais propiciaram o início da atividade sexual cada vez mais cedo. A *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas (PCAP) da população brasileira em relação ao HIV e outras DST*, entre pessoas de 15 a 54 anos, do Ministério da Saúde, 2004, revelou que o início da atividade sexual no Brasil foi, em média, aos 15,3 anos, sendo que aproximadamente 36% dos jovens tiveram a primeira relação antes dos 15 anos.⁽⁴⁰⁾

A diminuição da idade para o início da atividade sexual no Brasil trouxe como consequência o crescimento da AIDS entre adolescentes e jovens. Levantamentos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) indicaram que no período de 2000 a 2006, 19.793 casos de AIDS foram de jovens de 13 a 24 anos, o que representou 80% dos casos identificados naquele período. Entre os jovens de 13 a 19 anos, considerando-se o período de 1982 a 2006, o número de casos foi sempre crescente, desde o início da epidemia no Brasil.⁽⁴⁰⁾

Algumas implicações da mudança de comportamento quanto à iniciação sexual não foram registradas de pronto; só mais recentemente (no censo de 2000), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) passou a incluir a faixa etária de 10 a 14 anos nos indicadores

de fecundidade, o que o MS considerou relevante indicador para formulação de políticas públicas.⁽⁴⁾⁽⁴⁴⁾

No Brasil, ocorreu um decréscimo importante na taxa de fecundidade: em 1940, a média era de 6.2 filhos,⁽⁴⁾ passando em 2000 a 2.3,⁽⁴⁾ chegando, em 2015, a 1.72 filhos;⁽⁴⁴⁾ já entre adolescentes e jovens, observou-se o sentido contrário: a partir da década de 1990, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26%,⁽⁴⁾ gerando um debate bastante controverso sobre a gravidez na adolescência. Observa-se a tendência geral de considerá-la uma situação de risco e uma ocorrência desestruturadora da vida dos adolescentes, que traz como resultado a “[...] reprodução do ciclo de pobreza das populações”, (p. 17)⁽⁴⁾, à medida que coloca obstáculos à continuidade dos estudos, comprometendo o acesso dos jovens ao mercado de trabalho, reduzindo suas chances de mobilidade social. O Marco teórico⁽⁴⁾ destaca, entretanto, que o olhar e a opinião dos adolescentes sobre essa temática normalmente não são considerados, havendo a primazia da visão “adultocêntrica”. O MS tem aberto a questão, buscando analisar a complexidade do fenômeno: reconhece que a gravidez pode expressar o desejo legítimo dos adolescentes e que nem sempre se configura como uma vivência desorganizadora. Entretanto, não se exime do dever de implementar políticas de contracepção, a fim de assegurar que a decisão de engravidar ocorra como expressão de uma determinação consciente e efeito de um planejamento.⁽⁴⁾

As condições para a vivência da sexualidade na adolescência são muito diversas, refletem diferentes realidades e desigualdades, não apenas socioeconômicas, como também de gênero, de cor/raça.⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽²⁹⁾⁽⁴⁰⁾ Com efeito, a gravidez na adolescência pode evidenciar contextos de vulnerabilidade social, seja pela falta de informação, seja pela inacessibilidade a serviços de saúde, seja pela carência de uma prática dialógica, cuja incidência se tem constatado mais acentuadamente em camadas sociais menos favorecidas.⁽⁴⁵⁾ Deve-se salientar que a ausência de diálogos sobre a sexualidade na adolescência (independentemente de classe social) dificulta que as transformações corporais e as formas de emergência do desejo sexual ocorridas na puberdade encontrem significações no campo simbólico, colocando para a/o adolescente a necessidade de produzir tais significações em ato, precipitando-a/o, muitas vezes, numa vivência da sexualidade de modo impulsivo e irrefletido.⁽³⁸⁾⁽⁴⁶⁾

Nessa perspectiva, a psicanalista Eda Tavares⁽⁴⁶⁾ discute que não é incomum que adolescentes exibam “[...] uma recusa em assumir a responsabilidade subjetiva do ato sexual”, valorizando sobremaneira quando este ocorre “[...] sem planejamento, por acaso, no calor e no

impulso do momento”. (p.106) ⁽⁴⁶⁾ Desse modo, a utilização de métodos contraceptivos seria uma “premeditação” do acontecimento que o desqualificaria, ou seja, a impulsividade passa, paradoxalmente, a ser idealizada como expressão de uma vivência afetiva “verdadeira”, visto que ela não tem limites nem controle, o que acaba às vezes por afastar a implicação subjetiva da(o) adolescente na ocorrência de uma gravidez.⁽⁴⁶⁾

A caracterização dos desejos sexuais como “impulsivos” na adolescência também tem sido discutida a partir de diferenciações quanto ao gênero. As pesquisadoras Alves e Brandão⁽⁴⁵⁾ explorando o campo das vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens, identificaram que os rapazes costumam justificar a falta de cuidado com a contracepção, alegando incompatibilidade entre seus impulsos sexuais e o planejamento da utilização dos métodos contraceptivos. A impulsividade comparece como um atributo da masculinidade que poderia ser comprometido ou afetado por um momento de interrupção para fazer uso do preservativo. Assim, delega-se à adolescente a responsabilidade da contracepção, com argumentos e representações, construídos historicamente, que expressam a dominação masculina, nos quais se reserva à mulher adulta ou adolescente o dever de ser mais “controlada” no plano da sexualidade.⁽⁴⁵⁾

O momento em que ocorre a gestação introduz igualmente distinções relevantes. Sua incidência no intervalo dos 15 aos 19 anos difere da gravidez no início da adolescência, na faixa etária de 10 a 14 anos, a qual tem sido frequentemente correlacionada à violência sexual e o maior percentual (13%, em 1999) de nascidos mortos também foi registrado em genitoras nessa faixa etária, entretanto, esse percentual torna-se inversamente proporcional aos anos de escolaridade dessas mães.⁽⁴⁾ Assim, o Marco teórico⁽⁴⁾ salienta que a taxa de mortalidade, seja de bebês ou de mães, relaciona-se mais diretamente “[...] às condições de pobreza (já que a escolaridade está diretamente relacionada às condições socioeconômicas e à garantia dos direitos sociais) e à falta de assistência obstétrica, do que propriamente à faixa etária” (p. 21).⁽⁴⁾

As situações de violência sexual que resultam em gravidez de mulheres e/ou adolescentes vão convocar as regulamentações e as garantias do aborto previsto em lei. O Código Penal não faz exigência de documentos policiais ou judiciais para que a assistência nos serviços de saúde seja prestada a mulheres e adolescentes violentadas sexualmente.⁽¹⁾⁽⁴⁾ É necessário o assentimento da mulher adulta e adolescente para o abortamento, em qualquer circunstância, salvo em caso de risco de morte eminente para ela. O ECA⁽³⁶⁾ e a normatização do MS sobre o

abortamento, seguindo o Código Civil, prevê que, a partir dos 18 anos, a mulher é capaz de consentir sozinha; a partir dos 16 e antes de completar 18 anos, a adolescente deve ser assistida pelos pais ou representante legal, que irão decidir juntamente com ela; antes de completar 16 anos, a criança ou adolescente será representada pelos pais ou representante legal que se manifestam por ela, bem como em situações que mulheres adultas ou adolescentes não tenham condições de discernimento. Contudo, se a adolescente tiver condições de discernir, sua vontade deverá ser respeitada, ainda que seus representantes legais estejam em desacordo. ⁽⁴⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾

Deve-se salientar que a realidade do aborto entre jovens no Brasil revela grandes disparidades sociais. As pesquisadoras Menezes e Aquino⁽²⁹⁾ reportam-se aos dados da Pesquisa GRAVAD, os quais evidenciaram que moças com renda familiar *per capita* e escolaridade mais elevadas informaram ter abortado, respectivamente, 4,6 e 3,8 vezes mais que as moças pobres e de menor escolaridade. Desse modo, a gravidez se mostrou pouco frequente entre moças de classes sociais mais favorecidas e a prática do aborto relativamente recorrente; ao mesmo tempo foi encontrada uma menor ocorrência de gravidez em moças provenientes de classes populares que alcançaram um maior nível de escolaridade que suas mães, não sendo, nesse contexto, afastada a hipótese do aborto como forma de contracepção.⁽²⁹⁾

Com efeito, têm-se identificado uma fragilidade na interiorização das normas contraceptivas entre as adolescentes brasileiras. Há uma ausência de formação sobre a sexualidade, muitos não-ditos e pouco espaço de interlocução no contexto familiar e na escola, bem como nos serviços de saúde. O estudo de Alves e Brandão⁽⁴⁵⁾ salienta a necessidade de estabelecer nexos entre sexualidade e contracepção como uma forma de conquistar gradativamente a autonomia individual. Como já referido, as condições de vulnerabilidade dos contextos sociais acabam por engendrar atitudes individuais de exposição a determinados agravos. As autoras⁽⁴⁵⁾ reportam-se a pesquisas que correlacionam a falta de instrução dos pais de jovens de classes populares à dificuldade desses últimos de associar o exercício sexual à necessidade de controle e planejamento; como, também, de dialogar sobre contracepção em suas relações afetivo-sexuais.⁽⁴⁵⁾

Constata-se um *deficit* de discussões sobre sexualidade, tanto no âmbito da educação informal (nas famílias), como na formal, nos ensinamentos fundamental e médio. No Brasil, desde 1928, leis passam a regulamentar a transmissão da “educação sexual” ⁽⁴⁷⁾ nas escolas, apesar da forte resistência de forças conservadoras da sociedade. Em meados dos anos de 1980, houve um

incremento de ações educativas voltadas para a educação sexual, promovido pelos Ministérios da Saúde e da Educação visando, sobretudo, prevenir a infecção pelo vírus HIV e a gestação na adolescência. Percebe-se, entretanto, que a abordagem da “educação sexual” nas escolas é fundamentalmente biologizante, como metáforas quase sempre extraídas da botânica, esvaziando a dimensão da sexualidade propriamente, ao se excluir a dimensão do erotismo e prazer ligada ao corpo e às relações afetivo-sexuais.⁽⁴⁷⁾

Os primeiros inquéritos realizados no Brasil sobre comportamento sexual, no final dos anos de 1980, revelaram a prevalência de 23% do uso de contraceptivos nas primeiras relações sexuais. Inquéritos mais recentes realizados em 1998 e em 2005 revelaram uma prevalência de 47,8% e 65,6% respectivamente, do uso de preservativos na iniciação sexual.⁽⁴⁸⁾ Embora tenha ocorrido uma expressiva adoção do uso desse método nos últimos anos, os índices estão bem abaixo das estatísticas apresentadas por diversos países desenvolvidos.⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁹⁾

Na pesquisa *Práticas contraceptivas e a iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras*⁽⁴⁸⁾ (Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre), realizada em 2008, com jovens de 18 a 24 anos de ambos os sexos e de diferentes classes sociais, constatou-se que a prevalência do uso de métodos contraceptivos aumentou com a renda familiar *per capita*, sendo mais elevada entre os brancos (mulheres: 76,5%; homens: 72,2%). O menor valor observado foi entre as mulheres indígenas (51,6%) e entre homens pretos/pardos (58,7%). A heterogeneidade sociocultural foi também observada quanto às cidades estudadas: a maior capital da região Sul, Porto Alegre, obteve a maior prevalência do uso de contraceptivos e Salvador, a maior capital da região Nordeste, a menor.⁽⁴⁸⁾

Outros dados da pesquisa⁽⁴⁸⁾ também comprovam o papel da educação no comportamento sexual dos jovens. Foi encontrada a maior prevalência da prática contraceptiva entre as moças (52,1%) e rapazes (57,1%) cujas mães tinham nível médio ou superior, ainda que incompleto. Sendo que as moças que citaram revistas femininas como fontes das primeiras informações sobre sexualidade e reprodução alcançaram uma prevalência ainda maior do uso de métodos de contracepção (83,5%). As pesquisadoras, nesse mesmo estudo, destacam que os médicos e os serviços de saúde não foram citados suficientemente como fontes primárias de informação sobre a temática, de modo que foram excluídos da análise pela falta de significância estatística.⁽⁴⁸⁾

Garantir os direitos sexuais e os direitos reprodutivos dos adolescentes e jovens no Brasil, política adotada pelo MS,⁽⁴⁾⁽⁴⁰⁾ vai ao encontro das experiências exitosas de outros países. As pesquisadoras Alves e Brandão⁽⁴⁵⁾ reportam-se a um estudo comparativo sobre adolescência e sexualidade nos Estados Unidos e na Holanda, no qual se evidenciou que a política adotada por este último, de aceitação e reconhecimento da sexualidade dos adolescentes, dando amplo acesso aos contraceptivos, faz a Holanda apresentar as menores taxas de gravidez na adolescência, aborto e fecundidade do mundo. Em contraste com as encontradas nos Estados Unidos, cuja cultura de promoção da abstinência e de medo tem ocasionado maiores índices de gravidez e abortos nessa faixa etária.⁽⁴⁵⁾

A socióloga francesa Nathalie Bajos, discorrendo sobre *Sexualidade e contracepção dos/as adolescentes*,⁽⁴⁹⁾ discute a atual preocupação em torno da precocidade do exercício sexual dos jovens e adolescentes. Tal inquietação, segundo a autora, surge como uma espécie de “pânico moral” dos adultos ante a referida sexualidade, precisamente em razão do intervalo entre o início da prática sexual e o momento em que homens e mulheres assumem a vida conjugal, ou seja: o período da sexualidade não conjugal.⁽⁴⁹⁾

Bajos⁽⁴⁹⁾ analisando dados das fontes Mazuy e colaboradores, de 2011, Pison (2010) e Bozon (2008), os quais revelam que, na França, a idade média do primeiro filho no intervalo de 1901 a 1911 era 25 anos, sendo que a primeira relação (considerando homens e mulheres) ficava em torno dos 20 anos; observa-se um contraste com o que ocorre no intervalo de 2001 a 2011, cuja idade média do primeiro filho sobe para os 28 anos, sendo que a primeira relação (considerando homens e mulheres) fica em torno dos 17 anos. O aumento da atividade sexual sem um concomitante atrelamento à parentalidade, isto é, ao exercício das funções materna e paterna, parece ser, para a autora,⁽⁴⁹⁾ o ponto de desconforto gerador do referido “pânico moral”. Esse intervalo de exercício da sexualidade sem concepção evidencia, por sua vez, a adesão massiva dos jovens à prática contraceptiva ao longo das décadas.⁽⁴⁹⁾

Bajos⁽⁴⁹⁾ a partir das fontes CSF 2006 e *Fécond de 2010* analisa os seguintes dados: 20% das mulheres tinham relações protegidas antes de 1960; entre 1960 e 1964, os contraceptivos foram incorporados por 30% das mulheres e por 38% dos homens e de 2005 a 2009, 94% mulheres e de 95% dos homens referem-se à adoção da prática contraceptiva. Bajos,⁽⁴⁹⁾ analisando outros dados das fontes *Insee, Ined, Drees e Inserm*, destaca que a evolução das taxas de concepção e IVG na faixa etária dos 15 a 17 seguiu o mesmo padrão de adesão à prática contraceptiva massiva. Em 1976, logo após a legalização do aborto, 10 mulheres

abortavam em 1000 e, em 2009, 11 mulheres abortavam em 1000; em contrapartida, em 1976, 27 mulheres tinham filhos em 1000 e, em 2009, o número decresce para 17 concepções em 1000.⁽⁴⁹⁾

Algumas conclusões podem ser retiradas dos dados acima apresentados: a sociedade francesa enfrentou o difícil debate sobre contracepção, legalização do aborto e da sexualidade juvenil no domínio da *polis*. O desvelamento desses temas, longe de banalizá-los, possibilitou o enfrentamento de difíceis realidades que se traduzem na atualidade pelos seus altos indicadores de desenvolvimento. O Brasil tem buscado, através de suas recentes políticas voltadas para crianças, adolescentes e jovens,⁽⁴⁾⁽³⁷⁾⁽⁴⁰⁾ corrigir *deficit* históricos; os profissionais de saúde e as(os) psicólogas(os), nesse cenário, necessitam exercer o protagonismo que deles se espera.

3.4 A atuação da(o) psicóloga(o) com adolescentes na situação de abortamento

Trata-se nessa seção de desenvolver aspectos que circunscrevem o exercício profissional em psicologia nesse enquadre.

3.4.1 Quem são as(os) intérpretes e o que dizem?

Cada sujeito fala a partir de um lugar situado em um campo, no qual incidem e se entrelaçam diversos determinantes socioculturais e históricos. Perceber as marcas identitárias dos indivíduos, bem como determinadas características, a exemplo de gênero, raça/etnia, classe social, dentre outras, permite localizar de onde provêm suas falas e o que as motiva quando delimitam a sua atuação profissional. Assim, torna-se de fundamental interesse conhecer quem são as pessoas que se lançaram no exercício da Psicologia, profissão relativamente jovem, cuja regulamentação no Brasil data de pouco mais de 50 anos, precisamente em agosto de 1962.

Desde 1988, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se propôs a traçar o perfil da categoria. Em 2013, realizou a pesquisa sobre *Efeitos do feminino no exercício da Psicologia no Brasil*⁽⁵⁰⁾, em dois eixos: quantitativo e qualitativo, publicados em maio e dezembro, respectivamente. O primeiro resultado, com o título: *Quem é a psicóloga brasileira?* Revelou que 89% dos profissionais que exercem a Psicologia no país são mulheres e realizou a caracterização desse contingente profissional.⁽⁵⁰⁾

Dentre os dados apresentados, destaca-se que 79% das psicólogas tinham idades entre 30 e 59 anos, o percentual de até 29 anos foi duas vezes maior do que o encontrado de maiores de 60 anos, sendo a faixa etária dos 30 a 39 anos a mais numerosa, evidenciando que a profissão tem sido exercida prioritariamente por adultas jovens. Quanto à cor/raça, 67% das psicólogas se autodenominaram brancas; 25% pardas; e o percentual autodeclarado de pretas foi de 3%, de amarelas igualmente e de indígenas 1%, refletindo ainda predominância já constatada de brancos no ensino superior no Brasil, em relação às demais etnias.⁽⁵¹⁾ Essa estratificação pode mudar nos próximos anos com a entrada expressiva de negros na universidade pública, como resultado dos atuais programas do Governo Federal.

A distribuição de psicólogas por áreas de atuação foi de 45% na saúde; 12% em organizacional/recursos humanos; 12% em educação; assistência social, 10%; mobilidade urbana e trânsito, 4%; mundo jurídico, 4%; clínica, 3%; comunidades/sociais e Organizações Não Governamentais, 3% e nas demais áreas de inserção se mantiveram entre 2 e 1%.⁽⁵¹⁾

A pesquisa, em seu eixo qualitativo, foi publicada com o título: *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres*,⁽⁵²⁾ como resultado das análises de pesquisadoras de diferentes universidades do Brasil, que se debruçaram sobre as falas de psicólogas, colhidas em grupos focais, realizados em sedes dos Conselhos Regionais, distribuídos pelas cinco regiões do país, no ano de 2012. As pesquisadoras analisaram as reflexões e o silêncio das psicólogas sobre temas da contemporaneidade, que convergiam para o ponto que articulava a Psicologia, a mulher e o feminino, tendo em conta o contexto sócio-histórico em que se insere a prática profissional.⁽⁵²⁾

Temas que não despertaram interesse ou que não surgiram espontaneamente nos grupos focais foram analisados pelas pesquisadoras como “invisibilidades”; dentre eles, destacaram-se o tema das relações raciais, que só emergiu pontualmente nos grupos nos quais havia representantes negras, bem como o tema das políticas públicas.⁽⁵²⁾ A discussão sobre tais invisibilidades é de total interesse para o presente estudo, à medida que a problemática do aborto não pode prescindir de políticas públicas para o seu enfrentamento, ao tempo em que fechar os olhos ante ao racismo é não levar em conta que a maior mortalidade nos casos de aborto no Brasil encontra-se no universo de jovens negras, moradoras de bairros periféricos.⁽²⁹⁾

As pesquisadoras Bernardes e Lima⁽⁵³⁾ se interrogam sobre o porquê da articulação entre Psicologia e políticas públicas não ter despontado nas falas das participantes da pesquisa, haja vista que o exercício da profissão, na atualidade, tem se dado em grande parte na rede pública ou em organizações não governamentais que mantêm estreito diálogo com as políticas públicas.

As autoras⁽⁵³⁾ analisaram a extensão de um determinante histórico, visto que a Psicologia, nas primeiras décadas de sua inserção no Brasil, manteve-se distante da realidade social e das necessidades e sofrimento da população; a atuação das psicólogas (os) limitava-se à realização de psicodiagnósticos para subsidiar profissionais dos campos da educação, do trabalho, entre outros. A profissão, concebida e relacionada apenas à dimensão individual e à interioridade psíquica, sem estabelecer conexões com os fenômenos políticos ligados ao social e ao coletivo, acabou por exercer um efeito “despolitizador” nos profissionais.⁽⁵³⁾

Assim, as referidas autoras destacam que os sujeitos-alvo da intervenção psicológica são resultado de processos históricos e são intrinsicamente constituídos num contexto político, bem como os profissionais da Psicologia, afirmando:

Nós, psicólogas e psicólogos, também somos efeitos de práticas historicamente datadas e politicamente produzidas. De modo que o duplo Psicologia-feminino é um efeito político e não natural das práticas psicológicas. Dessa forma, não existe sujeito/conhecimento/realidade independente das condições de possibilidade que os constitui. (p. 212)⁽⁵³⁾

O duplo “psicologia-feminino”, como efeito de um desdobramento histórico e político, não foi suficientemente explorado pelas participantes da pesquisa, quando questionadas acerca do percentual de 89% de mulheres no exercício da profissão. As razões para essa evidência foram localizadas em muitas falas, no aparente contraste pré-concebido entre homem e mulher, como portadores de essencialidades distintas. As pesquisadoras Toneli e Müller⁽⁵⁴⁾ analisaram que essa distinção se integrava ao binarismo do masculino e feminino e concluíram que as participantes dos grupos focais não “[...] conseguiam se separar da ficção reguladora que (as) descrevem como inerente do ‘feminino’”. (p. 27)⁽⁵⁴⁾

Falas das participantes, a exemplo de: “a mulher tem uma maior sensibilidade para entender o ser humano”, “o homem é mais racional e a mulher mais emocional” ou ditos que remetiam às supostas características do feminino, moldadas pela função materna ou pelo “instinto materno”, como essenciais ao bom desempenho profissional, como: saber “escutar”, “acolher”, “cuidar”, foram analisadas por Toneli e Müller⁽⁵⁴⁾ como construções de gênero,

ainda ancoradas no saber biológico.⁽⁵⁴⁾As referidas pesquisadoras⁽⁵⁴⁾ ressaltam, todavia, a importância de desalojar o conceito de gênero da materialidade dos corpos sexuados, mantendo-o como um iluminador da “naturalização das ideias” e como uma categoria necessária de análise histórica, tanto no campo político, como epistemológico.⁽⁵⁴⁾

3.4.2 O texto: feminilidade, maternidade e a ética profissional

Freud⁽⁵⁵⁾ talvez seja um dos primeiros autores a desatrelar os conceitos de masculino e feminino de uma determinação biológica. Afirma: “[os senhores] devem concluir que aquilo que constitui a masculinidade ou a feminilidade é uma característica desconhecida que foge do alcance da anatomia”, (p. 141)⁽⁵⁵⁾, sugerindo que tal caracterização devesse ser buscada no plano das identificações. Nessas teorizações finais sobre a feminilidade,⁽⁵⁵⁾ele afirmou ainda que a mulher permanecia um enigma e acrescentou que descrever a mulher seria para a psicanálise uma tarefa difícil, mas que esta se empenhava em: “indagar como é que a mulher se forma, como a mulher se desenvolve desde a criança dotada de disposição bissexual” (p. 144).⁽⁵⁵⁾ Assim, a assertiva de que “não se nasce mulher, torna-se mulher”, de Simone de Beauvoir (p. 11)⁽⁵⁶⁾ parece fazer eco às afirmações de Freud, para quem a maternidade tampouco responderia à questão do feminino.⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁶⁾

Desde as primeiras décadas do século XX, a naturalização da maternidade como algo inerente à condição feminina foi posta em xeque pela psicanálise, à medida que diferentes caminhos foram considerados por Freud como possíveis desfechos da sexualidade feminina.⁽⁵⁷⁾ Da mesma forma, a pesquisa histórica de Elizabeth Badinter,⁽⁵⁸⁾ no final do mesmo século, desconstrói o mito do amor materno, ao questionar o caráter inato, instintivo desse amor.

Badinter⁽⁵⁸⁾ interroga como uma mãe, dotada de um sentimento amoroso inato, consentia em se afastar do filho recém-nascido, levado logo após o nascimento para ser amamentado por uma ama-de-leite. Há registros desse costume desde o século XIII, contudo, tornou-se generalizado entre os séculos XVII e XVIII nas grandes cidades da França.⁽⁵⁸⁾ A amamentação, o cuidado e a proteção ao neonato, como signo do amor maternal, não parecia conhecer a mesma exigência que na atualidade e sua ausência não causava grande estranheza na sociedade francesa da época, que testemunhou inclusive altos índices de mortalidade infantil em decorrência dessa prática. A autora destaca que o amor e a ternura não eram sentimentos tão valorizados nas relações familiares, nem a criança figurava no lugar central

da família, como passou a ocupar a partir das construções paradigmáticas moralizadoras de Rousseau, no século XIX.⁽⁵⁸⁾

Assim, o caráter imutável de um instinto, que em sua determinação biológica traça toda a programação comportamental de uma espécie, só pôde se ver questionado pela análise histórica de Badinter,⁽⁵⁸⁾ pois, como explicar que um amor dito instintual pudesse ser eclipsado durante longos séculos da história?⁽⁵⁸⁾ O amor materno ocorre, todavia, como resultado de alguns determinantes e pode ser ou não reforçado culturalmente. A autora interroga quando as mães se separavam de seus filhos por três ou quatro anos, que amor poderiam sentir quando eles regressavam para casa? Nesse ponto, ela destaca sua concordância com os psicanalistas que não subtraem a dimensão do desejo nas relações amorosas e afirma: “[...] a ausência da faculdade de tocar, mimar ou beijar é pouco propícia ao desenvolvimento do sentimento” (p. 15)⁽⁵⁸⁾

Badinter,⁽⁵⁸⁾ discorrendo ainda sobre “retratos de mães más” que figuram no universo literário do século XIX, retoma uma personagem criada por Balzac que, diferentemente de outros autores que descrevem o desamor da mãe sob a perspectiva da criança, tomará os olhos da própria genitora para descrever seus tormentos na relação com a filha. Trata-se da Julie d’Aiglement, que não conseguia amar a própria filha e tentava dissimular seus sentimentos para manter as convenções sociais. A impossibilidade de amar a filha residia no fato de ela lhe recordar o marido, o qual Julie desprezava. A filha personificava a “criação frustrada”, a “filha do dever” (p. 274).⁽⁵⁸⁾ Badinter destaca que Balzac compreendeu um dos mecanismos psicológicos que impede uma mulher de amar o seu filho, isto é, a ausência de desejo da mulher em relação ao pai da criança. Assim, a dimensão do desejo é preponderante no jogo afetivo entre os parceiros e na função procriadora, capaz de produzir deslizamentos nos papéis passíveis de serem desempenhados.⁽¹⁵⁾

Ressalte-se, ainda, que o desejo, para a teoria psicanalítica, não é o mesmo que deliberação consciente, aspiração ou voto, razão pela qual o sujeito, ao confrontar-se com suas próprias repetições, muitas vezes contrárias aos seus interesses, é surpreendido com uma causalidade desconhecida pelo eu, isto é, de um desejo inconsciente.⁽⁵⁹⁾⁽⁶⁰⁾ Portanto, o planejamento racional de uma gestação, por exemplo, pode não coincidir com o desejo de ter um filho ou, o contrário, um filho pode ser desejado sem ter sido conscientemente planejado, como atestam diferentes relatos.⁽¹⁵⁾

Badinter em seu estudo mais recente, *O conflito a mulher e a mãe*,⁽⁶¹⁾ denuncia uma espécie de “involução” silenciosa que ocorre a partir de 1980 e perdura, ao que parece, até a presente década, como consequência da ideologia ecológica e do ressurgimento do discurso naturalista, que recoloca a maternidade como ponto central do discurso feminino. As conquistas voltadas para a igualdade dos sexos, pujantes até o final dos anos de 1970, são ameaçadas por essa reivindicação da “natureza” feminina, que molda a mulher para o exercício da maternidade.

A perspectiva culturalista de autores, tais como Freud, Beauvoir e a própria Badinter, é posta em xeque. Badinter⁽⁶¹⁾ assiste o surrado “instinto materno” ressuscitar na cena do século XXI, na onda de um contra-ataque naturalista. A autora⁽⁶¹⁾ afirma, ironicamente, que a ecologia, as ciências do comportamento, apoiadas na etologia e um novo feminismo essencialista, uniram-se como uma espécie de “santa aliança dos reacionários” para o bem-estar da humanidade, advogando sobretudo, em nome da criança, que volta a ser, praticamente, um problema exclusivo das mães, anulando o pai nessa relação e revigorando o *modus-operandi* do casal patriarcal.⁽⁶¹⁾

Badinter⁽⁶¹⁾ destaca, por outro lado, a importância de considerar a ambivalência feminina quanto ao desejo de ter ou não ter filhos, afirmando que este “[...] não é tão constante, nem universal. Algumas [mulheres] os querem, outras não os querem mais, outras, enfim, nunca os quiseram”. (p. 17).⁽⁶¹⁾ Ela salienta a necessidade de retirar da maternidade seu “halo ilusório” e, do mesmo modo, considerar a heterogeneidade das opções femininas que podem estar distintamente centradas no lar, no trabalho ou mesmo na adaptação ou conciliação com diferentes exigências socioculturais.⁽⁶¹⁾

Nessa perspectiva, a Psicologia Sócio-histórica,⁽⁶²⁾ que compreende a sociedade como uma produção histórica dos homens e a história como um fazer incessante do ser humano, comportando movimentos contrários, vê o fenômeno dito psicológico como uma “[...] construção no nível individual do mundo simbólico que é social”. (p. 5)⁽⁶²⁾ Assim, a realidade social, econômica e cultural não são exteriores ao homem, estão em estreita relação dialética com seu mundo psicológico. A subjetividade e a objetividade se constituem mutuamente pela mediação da linguagem.⁽⁶²⁾

A autora Ana Bock⁽⁶²⁾ apresenta em sua tese de doutorado dados de uma pesquisa, na qual um expressivo número de psicólogas(os) conceituava o fenômeno psicológico descolado da

realidade em que o indivíduo se inseria; em algumas conceituações o fenômeno era tão “naturalizado” que se mostrava descolado do próprio indivíduo que o abrigava. Bock afirma:

Quando negamos a naturalidade de nosso desenvolvimento e de uma forma de ser e as afirmamos como sociais e históricas, passamos a ter em nossas atuações uma exigência indispensável: explicitar a direção de nossas intervenções profissionais. Nosso trabalho, como psicólogos passa a ser visto como ação direcionada e intencionada. Embora nossa intervenção tenha sempre uma direção apresentada como possibilidade pela sociedade e pela cultura, não se trata de uma direção qualquer; trata-se de uma dessas possibilidades, e o profissional deverá fazer essa escolha. [...] Não assumir a influência é camuflar a finalidade do trabalho, que fica então fora de questão, de debate e de crítica. (p.9) ⁽⁶²⁾

Lacan⁽⁶³⁾ irá salientar que o drama histórico se inscreve de modo a fundar as estruturas elementares da cultura; estruturas que, por sua vez, revelam uma ordenação de trocas possíveis pelas permutações que a linguagem autoriza, sendo esta o divisor de águas que distingue a sociedade humana das sociedades naturais. Lacan⁽⁶⁴⁾ discute em seu texto *A direção do tratamento e os princípios de seu poder*, a ação e a finalidade da Psicanálise, sem escamotear seu direcionamento, afirmando a importância de se preservar o lugar do desejo na direção do tratamento. Desejo que orienta as demandas, mas apenas nelas transparece; o analista as sustenta, de modo que o desejo possa se articular no discurso do analisante por alusões e conotações. Lacan⁽⁶⁴⁾ insiste que a relação do desejo com a linguagem é o que especifica o inconsciente conceituado por Freud. Lacan⁽⁶⁴⁾ diferencia ainda desejo de necessidade, exemplificando com a corriqueira confusão que o adulto faz ante os apelos da criança, interpretando-os como necessidades. Diz: “No lugar daquilo que ele não tem, empanturra-a com a papinha sufocante daquilo que tem, ou seja, confunde seus cuidados com o dom de seu amor”. (p. 634)⁽⁶⁴⁾ Diferenciar, na fala do analisante, o plano das necessidades, das demandas e do desejo possibilita manter este último como uma baliza que norteia o percurso do tratamento analítico e imprime sua dimensão ética.⁽⁶⁴⁾

Constata-se que apesar de ser o psicanalista o agente que conduz a análise, ele é instruído a se deixar guiar pelo desejo inconsciente do analisante, restituindo a este último efetivamente os “princípios do poder do tratamento” psicanalítico, definindo, assim, a ética na qual se funda esta práxis.⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾

Assim, as referências teóricas que embasam o fazer da(o) psicóloga(o) são produto de processos históricos, sociais e políticos. As concepções do profissional de Psicologia acerca da sexualidade, do feminino, da diferença sexual, da maternidade, da procriação, do aborto e, em última instância, seus valores, são indissociáveis do contexto sócio-histórico em que ele

está imerso. Logo, a formação profissional não se limitará apenas ao estudo teórico, sendo imprescindível o trabalho pessoal que permitirá ao praticante se confrontar com a singularidade de seu próprio desejo, bem como o espaço para a supervisão da prática. Estar diante de um semelhante que demanda uma assistência, de ordem física ou mental, exige do profissional o mais absoluto rigor ético e a aceitação do outro como alteridade.

3.4.3 A ação e o cenário

A relação entre conhecimento e prática deve ser objeto de reflexão constante como uma forma de poder escapar aos ditames do senso comum que, na contemporaneidade, tornaram a racionalidade tecnológica hegemônica do fazer profissional em todos os campos. Gastão Wagner⁽⁶⁾ sugere, entretanto, que a relação entre conhecimento e práticas sociais sejam mediadas por outras racionalidades, além da tecnológica, considerando que a articulação entre o saber e o fazer exige a análise das características do objeto sobre o qual se age, bem como do processo que envolve o agir do profissional.⁽⁶⁾

A racionalidade tecnológica, para o referido autor,⁽⁶⁾ alcança satisfatoriamente as atividades nas quais cabe ao agente a aplicação regular e mecânica dos conhecimentos sedimentados. As normas, protocolos e procedimentos padronizados vão garantir, para o autor, o “adestramento” do agente para que metas traçadas sejam alcançadas. Entretanto, no campo das práticas sociais e da subjetividade, a variabilidade das situações e a complexidade dos processos dificultam a aplicabilidade automática e mecânica do saber previamente adquirido. Os domínios da educação, da saúde, da justiça, entre outros, exigem do agente uma atividade reflexiva, de modo a poder analisar contradições, paradoxos e particularidades de cada processo; requer, portanto, criatividade e autonomia do agente, fundando assim outra racionalidade: a da práxis. Gastão Wagner⁽⁶⁾ discute igualmente a racionalidade artística, que convoca do agente ainda mais autonomia, criatividade e originalidade na busca de atingir valores estéticos.⁽⁶⁾

No campo da saúde, a razão artística tem sido proposta em situações extremas, mas Gastão Wagner⁽⁶⁾ adverte que o lidar com pessoas deve restringir o leque de experimentações, de modo a evitar um possível abuso de poder. O referido autor⁽⁶⁾ explicita que razão tecnológica, embora seja estreita para lidar com a especificidade do campo da saúde, torna-se hegemônica na gestão das instituições de saúde, sejam públicas ou privadas, por ser capaz de reduzir o sentido e o significado da prática a algumas de suas dimensões, a saber: “àquelas de

maior interesse do poder dominante”(p.3037)⁽⁶⁾, que impulsionam, em última, ou melhor, em primeira instância, uma lógica mercadológica, que faz da rentabilidade um valor em si mesmo.

Gastão Wagner⁽⁶⁾ retoma ainda a discussão acerca dos conceitos de tecnologia leve e dura que surgiram nos anos de 1980, para dar destaque à necessidade de se construir técnicas apropriadas para o campo das relações humanas, ponderando que agregar o adjetivo “leve” ao substantivo “tecnologia” não altera significativamente as limitações da razão tecnológica, quando estão em jogo relações intra, inter e transubjetivas no âmbito das práticas sociais. Tampouco, tal adjetivo assegura, para o autor, uma importante precondição da práxis, isto é, o referencial teórico-conceitual que permitiria ao agente avaliar, julgar e tomar decisões, no decorrer do processo de trabalho, acerca do emprego de técnicas, sejam elas leves ou duras.

Ricardo Ayres⁽⁶⁶⁾, debruçando-se sobre a mesma temática, mostra-se igualmente reticente quanto ao emprego da terminologia “tecnologia leve”. Ele não crê que a potência subversiva do momento assistencial na saúde ocorra por um maior ou menor grau de “leveza” tecnológica, mas sim por algo relativo à própria “natureza” do que aí está posto em jogo. Atribui à intersubjetividade do momento assistencial uma força que, em suas palavras, “permite escapar a uma objetivação ‘dessubjetivadora’, exatamente porque ali se efetiva uma troca, um espaço relacional, que extrapola o tecnológico. Apoia-se na tecnologia, mas não se subordina a ela, subverte-a” (p. 119).⁽⁶⁶⁾ O autor aposta na revalorização de uma “sabedoria prática”. Contudo, avalia que o resgate dessa sabedoria não é tarefa fácil, à medida que ela se mostra “atrofiada” no profissional de saúde, quando refém de um “racionalismo estritamente instrumental”, dirá. (p. 120)⁽⁶⁶⁾

Desse modo, Ayres⁽⁶⁷⁾ considera fundamental reconstruir conceitos e práticas no campo da saúde, a fim de liberar as escolhas no plano assistencial da “[...] colonização dos juízos fechados”(p. 9), resultante da racionalidade instrumental do modelo biomédico. O autor esclarece que não se trata de abrir mão da instrumentalidade biomédica, que permite alcançar “êxitos técnicos” (com o controle de enfermidades, redução de riscos e agravos à saúde), mas de recolocar o instrumental a favor de outra racionalidade, que irá promover, por sua vez, o “sucesso prático”, que implica, particularmente, a atribuição de valor do usuário (indivíduo ou coletivo), a aspectos simbólicos, relacionais e materiais, presentes em seu cotidiano. O sucesso prático diz respeito, sobretudo, ao sentido conferido às ações – instrumentais ou práticas –que impactam na história de adoecimento de indivíduos e/ou populações.⁽⁶⁷⁾

No que tange à prática da(o) psicóloga(o) no âmbito da saúde, voltada para o atendimento a mulheres e adolescentes em situação de abortamento, torna-se relevante identificar a racionalidade que a norteia, bem como traçar uma delimitação do espaço no qual a sua ação se desenrola. A visão hospitalocêntrica no âmbito da saúde impõe às maternidades (mesmo as de baixa complexidade) um funcionamento regido por uma estrita lógica médica/hospitalar. Foucault, ao situar o nascimento da clínica médica como científica,⁽⁶⁸⁾ analisa o concomitante surgimento do hospital moderno, no final do século XVIII,⁽⁶⁹⁾ o qual deixava para trás sua característica de morredouro para assumir uma função terapêutica propriamente, configurando-se em um espaço de cura. Esta virada foi resultado, segundo Foucault,⁽⁶⁹⁾ de um duplo movimento: de um lado, instalou-se um ordenamento de espaço, a fim de conter a disseminação de doenças e a desordem econômica, à época do mercantilismo, na medida em que o hospital era local de contrabando e de outras práticas ilícitas; e de outro lado, a intervenção médica passou a privilegiar este lugar para formação e transmissão de saber.⁽⁶⁸⁾⁽⁶⁹⁾

Assim, o hospital se organiza a partir de uma tecnologia política, designada “disciplina”, isto é, uma técnica de poder que instaura uma vigilância contínua e incessante dos indivíduos, submetendo-os, como afirma Foucault, a uma “perpétua pirâmide de olhares” (p.106).⁽⁶⁸⁾ Qual será então a possibilidade de inserção da(o) psicóloga(o) nesse espaço hierarquizado, vigiado, controlado e ordenado pelo discurso médico que, como precisa Jean Clavreul⁽⁷⁰⁾, desde Hipócrates, institui os corpos como lugar da saúde, ignorando que o corpo é antes de tudo lugar de gozo?⁽⁷⁰⁾ De que modo se possibilita a emergência da subjetividade num cenário em que prevalece o imperativo metodológico de cientificidade e objetividade e que convoca a produção de enunciados capazes de serem ditos “por qualquer um acerca de qualquer um”, instaurando-se assim, como afirma Clavreul,⁽⁷⁰⁾ “[...] um mal-estar insuportável de ‘ser qualquer um’ e sobre o qual a medicina não tem nada a dizer”? (p.27).⁽⁷⁰⁾

Jean Clavreul constata a “onipresença” da *ordem médica*⁽⁷⁰⁾ na contemporaneidade, ao analisar o modo como ela perpassa os eventos humanos, desde o nascimento até a morte, despojando o sujeito (sobretudo na hospitalização) de seus emblemas, de sua história; pois, não raro, no discurso médico, ele será reduzido ao diagnóstico, a um estado clínico, ou, até mesmo, ao instrumento utilizado no procedimento ao qual se submete⁽⁵⁾, ou, simplesmente passa a ser o número de um leito, sofrendo, desse modo, as consequências do apagamento do seu nome.⁽⁷⁰⁾

Assim, a política voltada para humanização, dentro da concepção do SUS brasileiro⁽⁹⁾⁽¹⁸⁾, bem como a tentativa de resgate de uma “práxis”⁽⁶⁾ ou de uma “sabedoria prática”⁽⁶⁶⁾ (proposta por estudiosos da Saúde Coletiva) ou, ainda, da teoria psicanalítica são, pela força criativa dos seus discursos, “[...] expressões de resistência às amputações produzidas pela racionalidade tecnológica” no campo da saúde, como precisa Gastão Wagner (p. 3039)⁽⁶⁾. Tal resistência intenciona devolver o protagonismo subtraído (desde as construções iniciais da clínica médica) aos envolvidos no processo de saúde-doença, criando dispositivos que podem potencializar a atuação da(o) psicóloga(o): seja pela democratização do espaço institucional, através da cogestão e do agir comunicativo, seja pela prática da clínica compartilhada ou mesmo pela criação de fóruns nos quais usuários, profissionais de saúde, gestores e membros da comunidade adquirem o direito à voz e à liberdade de opinião.⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹⁸⁾

A saúde, em sua concepção ampliada, convoca o diálogo permanente com diferentes segmentos da sociedade civil em diversificadas frentes. Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Psicologia tem se colocado como um interlocutor no debate em torno das questões relativas aos direitos reprodutivos e aos direitos sexuais das mulheres brasileiras, destacando a importância da autonomia feminina frente aos seus corpos. Em 2012, após o Supremo Tribunal Federal aprovar a ação referente à Interrupção Seletiva da Gravidez para os casos de gestação de fetos com anencefalia, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) veio a público⁽⁷¹⁾ posicionar-se a favor da descriminalização do aborto, referendando a moção que havia sido aprovada no VII Congresso Nacional de Psicologia (CNP), de apoio à legalização do aborto.

O CFP reportou-se igualmente aos acordos internacionais que visam equacionar os problemas de saúde pública desencadeados pela realização de abortamentos em condições inseguras, sublinhando que a lei que criminaliza o aborto não impede nem reduz a sua ocorrência, tampouco contempla a complexidade do tema. Por fim, respalda seu posicionamento com a citação do Código de Ética profissional do psicólogo, cujos princípios são assim expressos:

O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos. E ainda, de acordo com o Art. 2º – Ao psicólogo é vedado: a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão; b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais.⁽⁷¹⁾

O CFP conclui a Nota Pública afirmando que “[...] luta pela promoção da saúde da mulher, tanto física quanto mental, e pelo reconhecimento e integração dos diversos momentos e

vivências na subjetividade da mulher, entre eles a decisão de ter filhos”⁽⁷¹⁾ Reafirma ainda a necessidade de acolher e oferecer escuta às mulheres em situação de abortamento.⁽⁷¹⁾

Em 2013, o CFP⁽⁷²⁾ apresentou à categoria e à sociedade em geral o documento *Referências técnicas para a prática de psicólogas(os) em programas de atenção à mulher em situação de violência*, elaborado com a metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Embora, centrada na questão da violência, esta referência técnica não deixa de abordar outras iniciativas, normativas e políticas voltadas para a saúde da mulher no campo da sexualidade e da procriação. A publicação sublinha que a primeira política pública destinada à mulher, fora da perspectiva da maternidade, surge nos anos 80 com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e reporta-se, em seguida, aos marcos referenciais e legais voltados para a saúde das mulheres, dentre eles, a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre Atenção Humanizada ao Abortamento⁽¹⁾, destacando que esta normativa pretende contribuir para a qualificação dos profissionais de saúde, de modo a promover uma melhoria da assistência a mulheres em situação de abortamento.⁽⁷²⁾

Em 05/09/2016, o Conselho Regional de São Paulo (5ª região) retoma o posicionamento do CFP, através do *Documento de orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez*,⁽⁷³⁾ reforçando diretrizes já colocadas no âmbito federal e sinalizando outras, tais como, o caráter “personalíssimo” da decisão de abortar, como pertencente unicamente à mulher usuária do serviço psicológico, bem como a importância de construir relações horizontais entre ela e a(o) psicóloga(o), no contexto dessa assistência, dentre outras considerações.⁽⁷³⁾

3.4.4 Demarcações e roteiros

Os papéis dos médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos são discutidos na Norma Técnica⁽¹⁾, na perspectiva da clínica ampliada e compartilhada. São colocadas atribuições que dizem respeito a todos os profissionais da equipe, bem como se definem as competências de cada profissional especificamente. Ao membro da equipe, qualquer que seja sua categoria profissional, cabe acolher, oferecer tratamento digno, com respeito, reconhecimento e aceitação das diferenças, bem como acesso e resolubilidade da assistência; deve-se também orientar, de modo a promover autodeterminação e autonomia da(o) usuária(o) e não julgar, buscando uma relação empática e sintonizada com as demandas das mulheres.⁽¹⁾

Preconiza para a(o) psicóloga(o) seguir um “roteiro de conversa”, o qual possibilite aprofundar alguns aspectos, tais como: questões relativas ao desejo ou não de ser mãe, à sexualidade e ao relacionamento com o parceiro. Destaca a importância de criar um espaço para propiciar a elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos e a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida, assim como a reflexão acerca das possíveis razões que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.⁽¹⁾

Como atribuições comuns aos profissionais de saúde mental e Serviço Social, a Norma⁽¹⁾ estabelece as seguintes ações: prestar apoio emocional imediato e atendimento continuado, a médio prazo, quando necessário; reforçar a autoestima e a atitude autocompreensiva da mulher, tendo em conta seu estado emocional; identificar as reações do grupo social em que a mulher está inserida; suscitar a reflexão sobre o contexto em que surge a gravidez e as possíveis repercussões para o parceiro e para o grupo social; conversar sobre gravidez, menstruação, direitos sexuais e reprodutivos.⁽¹⁾

Voltando-se para todos os membros da equipe, a Norma⁽¹⁾ destaca ainda a importância de criar um espaço relacional que possibilite informar e orientar, respeitando-se sempre as percepções e saberes das usuárias, prestando informações que atendam às suas reais necessidades e que esclareçam dúvidas; deve-se estabelecer uma comunicação efetiva, na qual se leve em conta também a linguagem não verbal do usuário (gestos e expressões faciais). Sinaliza a importância de se utilizar uma linguagem simples, aproximativa e adequada ao universo semântico e semiótico dos usuários; ressalta a necessidade de informar sobre como os procedimentos serão realizados, discutir resultados de exames e orientar quanto à escolha do método contraceptivo, informando sobre a contracepção de emergência. Deve-se ainda informar sobre a rotina de higiene pessoal; reinício da atividade sexual (caso o abortamento tenha sido sem complicações, não há restrições à retomada desta atividade); deve-se informar que a fertilidade retorna logo após o procedimento, sendo de fundamental importância agendar o retorno ou fazer o encaminhamento para consulta pós-abortamento, no espaço máximo de 15 dias; deve-se ainda orientar sobre possíveis complicações e o que fazer nessas situações, informando os locais de assistência emergencial. Os serviços de referência da Rede devem ser acionados sempre que as vulnerabilidades e riscos identificados excedam à capacidade de resolubilidade do serviço de atenção obstétrica. Assim, a “escuta qualificada” passa a ser de responsabilidade de toda a equipe, o que implica respeitar e valorizar sempre a fala da mulher, garantindo-lhe a privacidade e a confidencialidade das informações.⁽¹⁾

O detalhamento feito pela Norma Técnica⁽¹⁾ do que vem a ser uma “escuta qualificada” num processo de abortamento, embora de extrema relevância, não assegura que o profissional de saúde possa se colocar de modo tão disponível e presente no ato assistencial. No documento de *Referência Técnica para atuação de psicólogas(os) em programas de atenção a mulher em situação de violência*⁽⁷²⁾, ao se discutir a gestão do trabalho, observa-se que a “materialização das políticas públicas” não depende exclusivamente da promulgação de leis, decretos, ou mesmo normativas e protocolos bem definidos. No campo relacional será o modo de pensar e agir dos profissionais o elemento preponderante no sentido de produzir tal materialização.⁽⁶⁶⁾⁽⁷⁷⁾

Assim, uma das vertentes da atuação da(o) psicóloga(o) no campo da saúde será o trabalho junto às equipes. O dispositivo da Clínica ampliada e compartilhada, como concebido pela PNH,⁽²⁶⁾ se funda na necessidade de se construir uma parceria multidisciplinar envolvendo diferentes enfoques e diferentes saberes na perspectiva de mudança no paradigma da atenção à saúde.

A(o) psicóloga(o) pode ser agente de ações e de estratégias que permitam aos membros da equipe refletir sobre a implicação de seus valores pessoais no fazer profissional; os sentimentos e as sensações desencadeadas pelas situações vivenciadas no contato com mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento devem ser objeto de discussão permanente e de uma supervisão sistemática, como propõe o documento de Referência Técnica da atuação de psicólogas (os) nas situações de violência contra mulher.⁽⁷²⁾

O discurso religioso e as suas implicações no fazer profissional, por exemplo, não têm sido suficientemente analisado e posto em discussão nos fóruns de atenção à saúde. Percebe-se que lembrar simplesmente que o Brasil é um Estado laico e que, portanto, os princípios religiosos não devem nortear as práticas profissionais, não é suficiente para modificar as posturas no ato assistencial. Nesse sentido, a iniciativa da ONG “Católicas pelo Direito de Decidir”,⁽⁷⁴⁾ que surgiu nos anos 90 no Brasil e em outros países da América Latina, como um movimento de mulheres que assume a defesa dos direitos sexuais, dos direitos reprodutivos e que promove o debate sobre a descriminalização do aborto, é muito bem vinda.⁽⁷⁴⁾

O discurso condenatório da Igreja Católica sobre o exercício sexual livre e autônomo é posto em xeque por uma argumentação inteligente dessas mulheres católicas, que se servem da própria base conceitual do catolicismo para questionar seus dogmas e preceitos rígidos. Elas

citam o catecismo da Igreja Católica para destacar que o ser humano deve primeiro obedecer ao julgamento de sua consciência, como guia de moralidade e de comportamento diante de Deus, do que seguir códigos estabelecidos.⁽⁷⁵⁾ Reportam-se ao preceito de São Tomás de Aquino que afirma ser preferível a excomunhão a agir contrariamente à própria consciência. Destacam ainda em seus argumentos em prol da legalização do aborto outro princípio norteador da doutrina católica, a saber, o do probabilismo, “pelo qual não se pode impor uma regra moral quando existe dúvida: *‘ubi dubium, ibi libertas’*. Ou seja, onde há dúvida, há liberdade”(p.1).⁽⁷⁵⁾

Propor a discussão sobre temas polêmicos e mobilizadores, através da realização de diferentes estratégias (estudo de casos em equipe, rodas de conversa, palestras, seminários, oficinas, etc.) deve fazer parte da atuação da(o) psicóloga(o) nas equipes de saúde, com a finalidade de fazer avançar a humanização da assistência. A ação de convocar a expressão da subjetividade do profissional de saúde – que se vê excluída da cena, tanto quanto a do usuário, à medida que se exige do profissional silenciar seus próprios sentimentos em nome da objetividade e universalidade das práticas⁽⁷⁰⁾ – poderá produzir efeitos humanizadores. Sobre este ponto, Ricardo Ayres, que não ignora o quão o ideal de objetividade é capaz de dessubjetivar, dirá que “o momento assistencial tem um enorme potencial para subverter o paroxismo ‘objetificador’”; (p.119)⁽⁶⁶⁾ momento que pode oferecer ao profissional da assistência, através da atividade reflexiva, uma maior possibilidade de reinvenção de sua prática.⁽⁶⁶⁾

A prática da(o) psicóloga(o) voltada para o atendimento a mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento requer, todavia, o aprofundamento de alguns aspectos pouco explorados. As pesquisadoras Menezes e Aquino⁽²⁹⁾destacam a escassez de estudos de saúde mental sobre o tema. Afirmam que nos raros estudos encontrados, o sofrimento psíquico, avaliado logo após a realização do aborto, não foi suficientemente bem localizado. Na percepção das referidas autoras, os sintomas psíquicos foram apresentados de modo ambíguo e amalgamados com os de natureza física.⁽²⁹⁾

As referidas pesquisadoras⁽²⁹⁾ veem ainda a necessidade de empreender estudos que analisem a incidência do suicídio na população de adolescentes grávidas, e de outros que avaliem o impacto da criminalização do aborto, de modo a serem comparados com estudos realizados em países, nos quais a prática do aborto já é descriminalizada, na medida em que não foram encontradas nesses últimos evidências significativas dos efeitos do abortamento, sobre a saúde mental das mulheres, quando considerado o índice populacional.⁽²⁹⁾

A ambiguidade⁽²⁹⁾ apreendida nas investigações voltadas para as questões de saúde mental, desencadeadas pelas situações de abortamento, evidencia uma lacuna de conhecimento e a premente necessidade de os profissionais da área (psicólogos(os), psicanalistas, psiquiatras) se debruçarem sobre a temática.

A pesquisa em Psicanálise, segundo Renato Mezan,⁽⁷⁶⁾ desdobra-se em duas vertentes: uma que investiga os desenvolvimentos teóricos dos psicanalistas e outra que se atém aos processos psíquicos propriamente. Esta última se desenvolve no âmbito da prática clínica e as descobertas que aí se produzem não recaem necessariamente na “esfera do inefável”, da intransmissibilidade; estas podem ser enunciadas de modo a permitir o debate, ficando sujeitas à crítica, podendo escapar ao domínio privado do analista. Assim, a prática fundamenta e reinventa a teoria permanentemente, da mesma maneira que a teoria conecta a singularidade da experiência clínica à universalidade dos conceitos.⁽⁷⁶⁾

O autor⁽⁷⁶⁾ conclui sua reflexão afirmando que a investigação em Psicanálise parte do singular e tenta apreender os efeitos dessa singularidade (inclusive do próprio investigador), buscando extrair da singularidade a dimensão de universalidade que ela comporta. Dirá ainda que a “psicanálise se assemelha à ciência pelas características de cumulatividade e comunicabilidade dos conhecimentos e às artes e à ourivesaria, especialmente pelo fazer da prática terapêutica” (p.63).⁽⁷⁶⁾

É nessa perspectiva que se inscreve o trabalho inaugural da psicanalista Marie-Magdeleine Chatel,⁽¹⁵⁾ que escutou mulheres que decidiram pela IVG, desde o início dos anos 70 até 1992, isto é, um pouco antes e após a legalização do aborto na França. Relata que na década de 1970, as equipes ficavam muito mobilizadas com as situações de abortamento e “choviam” comentários de aprovação, mas, sobretudo, de desaprovação à realização do aborto. Tal postura dos profissionais vai se modificando, dando lugar, nos anos 1990, a certa discricção: silenciavam-se as impressões pessoais e as declarações passavam a ser de tipo “padrão”. Chatel⁽¹⁵⁾ dirá ainda que as justificativas das mulheres que solicitavam a IVG também se modificaram com os anos: as iniciais se atinham, preferencialmente, às relações ilegítimas (filhos de homens casados ou fruto de relações fora do casamento), passando aos erros da contracepção, posteriormente à falta de recursos, por fim às razões profissionais, aos estudos e aos temores de conceber uma criança malformada, como uma espécie de prevenção médica, a exemplo de: “tive febre a semana passada e tomei remédio, não quero um filho anormal, mesmo que me digam que não há perigo”(p.32).⁽¹⁵⁾

Na realização deste trabalho, a psicanalista⁽¹⁵⁾ rompe com o tom “velado e asséptico” da conversação, que quando concebida apenas como uma formalidade instituída (de ter que passar pelos trâmites da entrevista social e psicológica antes do procedimento médico), invisibilizava, muitas vezes, o peso da angústia e da culpa trazidos pela mulher. Chatel⁽¹⁵⁾ afirma que sua entrevista buscava oferecer ao sujeito a oportunidade de dizer sobre o propósito daquele acontecimento, de deixar para trás as razões “socialmente aceitas” para centrar-se na particularidade do acontecimento subjetivo. O diálogo seguindo o fio lógico daquilo que se diz, onde nada é banal, onde se escuta as palavras que se escolhe, permite articular ao contexto pessoal e preciso o surgimento daquela gravidez acidental. Diz: “Há mesmo aquelas (gravidezes) que foram feitas, o que é paradoxal, para serem suprimidas: gestações que acontecem para ser imperativamente abortadas”(p. 36).⁽¹⁵⁾

Marie-Magdeleine Chatel⁽¹⁵⁾ busca esquadrihar a “arquitetura” singular, na qual uma gestação acidental surge, às vezes, como uma necessidade inconsciente de realizar uma separação, que não se pode efetuar de outro modo. A autora compreende que a entrevista psicanalítica antes da IVG permite à mulher que aborta obter meios de estar presente em seu ato, não se desviando daquilo que o motiva. Sobre alguns aspectos prospectivos, Chatel verificou que os abortos, em geral, não eram esquecidos pelas mulheres, eles entravam em numa espécie de “contabilidade íntima”. Constatou em suas entrevistas que muitas mulheres “continuavam a nutrir certo laço com esses seres que não chegaram a ver a luz” (p. 44).⁽¹⁵⁾ A entrevista pontual antes da IVG pode, ocasionalmente, segundo a autora, oferecer elementos para se empreender uma análise.⁽¹⁵⁾

Atualmente na França, a entrevista psicológica só é compulsória para menores; contudo, pode-se beneficiar deste espaço de palavra as mulheres que assim o desejarem⁽⁷⁷⁾. Natalie Bajos e Michèle Ferrand⁽⁷⁸⁾ consideram a “circulação da palavra”, bem como a construção de uma memória em torno do aborto, fundamentais para compreendê-lo não apenas em sua dimensão “sócio-lógica”, mas também na perspectiva da prevenção (psicanaliticamente dir-se-ia da repetição). Entretanto, as autoras reconhecem que na maior parte das situações de IVG, mesmo em contextos em que esta prática é legal, o segredo se guarda quase que ‘naturalmente’. Afirmam: “Falar do aborto, com efeito, à medida que sua prática, mesmo

onde autorizada, permanece sempre mais ou menos reprovada, não é um ato simples.” (p. 17)⁽⁷⁸⁾ [tradução nossa]¹

Em uma publicação recente, intitulada *Mulheres, bebês... e psys – Trocas fecundas no meio hospitalar*⁽⁷⁹⁾ as autoras Borsoni e Riss-Minervini apresentam diversos relatos clínicos, colhidos à beira dos leitos hospitalares ou em atendimentos ambulatoriais, nos quais se evidencia a emergência de uma fala viva, dirigida às profissionais, que no seu fazer clínico se distanciam de qualquer ideal normalizador para dar lugar à potencialidade criadora de uma “palavra verdadeira”. Uma das mulheres no enquadre do atendimento pôde assim dirigir-se à “psi”:

Não sei porquê, eu lhe sinto próxima. Como você fala do bebê, da minha gravidez, sinto que você não tomou partido; pra você, não está em jogo nem a IVG, nem a gravidez. Não tem belas interpretações neste consultório, você percebe a minha angústia, meu drama interior, como uma tristeza compartilhada que não condena nem o bebê a morrer, nem eu, sua mãe, se eu decidir fazer o aborto. (p.115)⁽⁷⁹⁾[tradução nossa]²

Possibilitar a circulação da palavra no âmbito do atendimento clínico requer uma postura aberta a toda complexidade do evento. Para a psicanalista Nicole Stryckman,⁽⁸⁰⁾ o “desejo de filho” apresenta uma variedade de facetas: desejo de maternidade, desejo de estar grávida, desejo de parir, desejo de colocar no mundo uma criança. Ela afirma que uma mulher pode desejar estar grávida e apenas grávida, sem que esta gravidez desemboque num parto. Reporta-se à fala de uma mulher que à ocasião de um segundo aborto declarava que o estado gestacional lhe trazia grande felicidade.⁽⁸⁰⁾

Sobre esta especificidade, o relato autobiográfico da escritora Anaïs Nin⁽⁸¹⁾ é exemplar, pois ela decide interromper a gravidez, apesar de a experiência de gestar uma criança lhe proporcionar enorme prazer. O aborto se lhe afigura como uma solução por não conseguir encontrar um lugar para a criança na triangulação entre ela e o marido, tampouco na triangulação entre ela e o amante, o célebre escritor americano Henry Miller. Na primeira configuração, ela temia perder seu lugar de filha junto ao marido; na segunda, a criança seria um rival do amante, à medida que ela o via como uma criança egoísta, que detestaria ter que dividir as atenções com um competidor. Em seu diário íntimo Anaïs Nin escreve:

¹[Parler de l'avortement, en effet, dans la mesure où sa pratique, même autorisée, reste toujours plus ou moins réprouvée, n'est pas un acte simple].

²[Je sais pas pourquoi, je vous sens proche. Comme vous parlez du bébé, de ma grossesse, je sens que vous n'avez pas pris parti; dans votre tête, c'est pas joué, ni l'IVG, ni la grossesse. Pas de belle interprétation dans ce bureau, vous percevez ma détresse, mon drame intérieur, comme une tristesse partagée qui ne condamne ni le bébé à mourir, ni moi, sa mère, si je me décide à avorter].

Fiquei grávida faz cinco ou seis semanas. Eu o sei com certeza há dois dias. Sei que o filho é de Henry e não de Hugh, e devo fazê-lo desaparecer. Experimentei uma terrível mistura de emoções - orgulho de ser mãe, de ser uma mulher, uma mulher completa, amor da criação humana, sentimento das infinitas possibilidades da maternidade. Imaginei este pequeno Henry, eu o desejei, eu o rejeitei, eu o coloquei na balança com o meu amor (trata-se de escolher entre a criança e Henry). Senti-me triste, feliz, ferida, desconcertada. Detestei a ideia de destruir uma vida humana. Observei as transformações de meu corpo – os seios inchados, o peso do ventre, a sensação de ser puxada para baixo, e a de crescimento, de uma transformação. Desejei a serenidade necessária ao nascimento de uma criança. Agora, neste momento crítico de minha vida, me é impossível tê-lo. [...] Gostei da sensação de crescimento no interior de mim mesma, o bem-estar físico, a riqueza, a relação mais forte com a terra, toda a experiência física de portar uma criança. Tenho sonhos: em um deles, uma mulher joga um bebê no mar e eu lhe reprovo com furor. Sonho de bebês anormais que eu tento não olhar. Ódio de ter que destruir. Este grão em mim, eu o amei. Conscientemente, tomei minha decisão e a sustentei. Inconscientemente, mantive a ilusão... O ventre que crescia, impressão de um desabrochamento, de plenitude. (p.418-419;465)⁽⁸¹⁾[tradução nossa]³.

Percebe-se através deste relato a ambivalência de sentimentos desencadeados por uma gestação, as fantasias que aí estão em jogo, a influência do contexto imediato - que no caso de Anaïs Nin, ela mesma a interpreta como o momento em que ela e Henry Miller fracassam como artistas (com a recusa de editores), precipitando-se em seu corpo outra possibilidade de criação -. Em suas palavras: “não estou ainda persuadida de que Henry não tenha produzido nada. Se Rank pôde julgar as fraquezas do conteúdo e Rebecca West as da forma, resta ao menos um ser ainda inarticulado, que luta para vir ao mundo e ao qual eu não dei ainda a luz” (p.417)⁽⁸¹⁾[tradução nossa].⁴

Entretanto, as condições de possibilidade de nascimento de uma criança residem na acolhida subjetiva do embrião intraútero, como também na acolhida subjetiva da criança ao nascer. Para uma criança vir ao mundo é necessário reservar-lhe um lugar na estrutura que a antecede, na linhagem, onde poderá ou não se escrever a sua história.⁽¹⁵⁾⁽⁸²⁾

³[Je suis tombée enceinte il y a cinq ou six semaines. Je le sais avec certitude depuis deux jours. Je sais que c'est l'enfant de Henry et non celui de Hugh, et je dois le faire disparaître. J'ai éprouvé un terrible mélange d'émotions – fierté d'être mère, d'être femme complète, amour de la création humaine, sentiment des infinies possibilités de la maternité. J'ai imaginé ce petit Henry, je l'ai désiré, je l'ai refusé, je l'ai mis en balance avec mon amour (il s'agit de choisir entre l'enfant et Henry). Je me suis sentie tour à tour triste, ravie, blessée, déconcertée. J'ai détesté l'idée de détruire une vie humaine. J'ai observé les transformations de mon corps - le gonflement des seins, le poids du ventre, la sensation d'être tiré vers le bas, et celle d'une croissance, d'une transformation. J'ai désisté la sérénité nécessaire à la naissance d'un enfant. p.418 (...) J'ai aimé la sensation de croissance à l'intérieur de moi, le bien-être physique, la richesse, la relation forte avec la terre, toute l'expérience physique de porter un enfant. Je fais des rêves : celui d'une femme qui jette un bébé dans la mer, et je le lui reproche avec fureur. Rêve de bébés anormaux que j'essaie de ne pas regarder, Haine de devoir détruire, cette graine en moi, je l'ai aimée. Consciemment, j'avais pris ma décision et je m'y suis tenue. Inconsciemment, j'ai maintenu l'illusion. Le ventre qui gonflait, l'impression d'épanouissement, de plénitude].

⁴[Je ne suis pas encore persuadée que Henry n'ait rien produit. Si Rank a pu juger les faiblesses de fond, et Rebecca West celles de la forme, il n'en reste pas moins un être encore inarticulé, qui lutte pour venir au monde et auquel je n'ai pas encore donné naissance].

Outras complexidades são introduzidas na vivência do abortamento quando o feto perde o seu caráter de invisibilidade. Luc Boltanski⁽¹²⁾ dirá que efetivamente o feto e o abortamento não encontraram, durante muito tempo, representação nas artes, não sendo figurados em objetos ou em imagens, nem nas sociedades primitivas, ou tradicionais; às vezes aparece confundido com o infanticídio. Para o autor, esta sub-representação se constitui em uma das propriedades do aborto que se correlaciona a duas outras propriedades, a saber, à sua ligação com o mundo oficioso das práticas femininas, bem como ao fato de ser considerado como uma prática transgressiva.⁽¹²⁾

A ideia que o embrião, o feto ou até mesmo a criança ao nascer se constituem como pessoa, nem sempre foi partilhada por todas as culturas. Bajos e Ferrand⁽⁷⁸⁾ reportam-se a diversos dados antropológicos, a exemplo dos habitantes de Samoa de Burkina-Faso, para quem a criança só se tornava uma pessoa quando adquiria uma forma humana, por volta dos seis meses. Outras sociedades antigas só concebiam a existência social e humana do recém-nascido após o reconhecimento paterno.⁽⁷⁸⁾ Boltanski⁽¹²⁾ considera, entretanto, que nas sociedades ocidentais os conhecimentos sobre concepção, gestação, geração e, conseqüentemente, do feto estiveram presentes desde a Antiguidade, mas permaneceram, durante muito tempo, restritos aos médicos, repercutindo apenas nos círculos filosóficos e teológicos, sem chegar a assegurar a presença do feto na sociedade em geral. Boltanski dirá: “Até recentemente, o feto não era reconhecido como um ser dotado de identidade específica e valendo por si mesmo, como revelam, sobretudo, a pobreza de sua representação o caráter limitado do corpus jurídico concernente ao tema.”(p.14)⁽¹²⁾

Nessa perspectiva, a medicalização do parto e, principalmente, o surgimento da neonatologia no final do século XX⁽⁸³⁾ possibilitaram lançar mão da reanimação neonatal bastante precocemente (a partir da 20ª a 22ª semana de gestação, caso o concepto pese acima de 500g), o que subverteu, por assim dizer, os limites de viabilidade e sobrevivência do feto fora do espaço intrauterino. Em estudos publicados sob a rubrica de neonatologistas, endereçados ao público em geral,⁽⁸⁴⁾ encontram-se o desvelamento do mundo do feto humano: mostram-se seus ritmos próprios, seus movimentos intencionais, o desenvolvimento dos seus cinco sentidos, acompanhados de fotos de exames ultrassonográficos. Em uma sequência de imagens, por exemplo, apresenta-se um feto de 14ª semana com a mão junto à boca; outro, na 18ª semana, com a fisionomia em *close*; em seguida, um feto de perfil faz os pesquisadores (ainda que em tom lúdico) se questionarem: “será que este feto de 19 semanas está sorrindo?”(p.15).⁽⁸⁴⁾ Todo esse cenário se problematiza quando uma mulher adulta ou adolescente passa pela experiência

do aborto espontâneo ou quando se vê compelida a provocar o abortamento, à medida que a escassez de representações simbólicas e socioculturais (que não acompanharam a velocidade dos avanços tecnológicos) vai dificultar a elaboração subjetiva do evento. Há, por outro lado, em alguns casos, o “não querer saber nada disso” como tentativa de invisibilizar o feto. Todavia, o momento de uma possível confrontação com a sua materialidade, após o procedimento, não raro, provoca perplexidade e efeitos perturbadores.

Este último aspecto abordado coloca outros desafios para a atuação da (o) psicóloga (o), visto que questões ligadas à criminalização do aborto podem reverberar de modo mais intenso quando a dimensão do feto desponta no plano intrasubjetivo no atendimento clínico.

À guisa de conclusão, torna-se exemplar a solução encontrada pelo dramaturgo grego, Ésquilo⁽⁸⁵⁾, para livrar Orestes da perseguição das Erínias, deusas implacáveis, que personificavam a vingança, encarregadas de castigar os delitos de sangue. Elas perseguiram e atormentavam Orestes sem cessar, mergulhando-o no remorso e no ódio a si mesmo, por ele ter respondido à ordem de matar sua mãe para vingar o seu pai. Ésquilo, em sua criação, faz intervir a deusa Athena, que convence as Erínias dar a Orestes o direito de passar por um julgamento, nos moldes da Democracia Ateniense. O tribunal reconhece a legitimidade do ato de Orestes e promulga a sua absolvição. A intervenção de Athena também põe um freio às pulsões destrutivas das Erínias, promovendo a passagem da “lei” “obscena e feroz”, por elas exercida, para a lei pacificadora do simbólico, que transforma as Erínias nas benevolentes Eumênides.⁽⁸⁵⁾⁽⁸⁶⁾ assim, refletir sobre a descriminalização do aborto permite avançar na direção da humanização da assistência às adolescentes e mulheres: trazer a temática do abortamento para o domínio da *polis* - promovendo a circulação da palavra em torno deste evento - cria as condições de possibilidade para o surgimento de representações no registro simbólico, social e cultural que servirão como pontos de ancoragem para o enfrentamento dessa ocorrência no plano pessoal e coletivo.

4 METODOLOGIA

Esta seção compreende os procedimentos metodológicos adotados para dar cumprimento aos objetivos estabelecidos.

4.1 Desenho

O presente estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com suporte teórico da perspectiva sócio-histórica e da psicanálise.

4.2 Seleção das participantes, procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Para reconhecimento do campo de pesquisa, foi realizada uma breve consulta à apoiadora de serviços da Política Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS), que oferecia suporte técnico a algumas maternidades e conhecia de perto a realidade da assistência obstétrica do Município, o que possibilitou elencar cinco maternidades e três hospitais gerais com atenção obstétrica; entretanto, de saída, excluíram-se dois desses estabelecimentos, visto que não contavam com psicólogos(os) em seus quadros. Deste modo, foram contatadas psicólogas de quatro maternidades (uma federal, três estaduais) e psicólogas de um hospital geral e de um hospital filantrópico, o qual atende prioritariamente usuários do SUS. Dessas unidades, cinco se configuram como hospitais-escolas e três delas contam com Unidade de Terapia Intensiva (UTI); apenas um dos estabelecimentos se constitui como serviço para Aborto Legal, nos casos previstos em lei.

Após esse rápido mapeamento, houve facilidade de acesso às participantes da pesquisa em decorrência de dois fatores interligados, a saber: o universo de psicólogas que atuam em maternidades e em hospitais da rede de atenção obstétrica do SUS em Salvador é restrito e o fato de a proponente da pesquisa ser psicóloga, servidora de um hospital geral da referida rede de assistência e tutora do Centro de Referência Estadual do Método Canguru. Esta última atribuição a coloca em permanente contato com os profissionais das referidas unidades.

De modo informal, em uma Reunião do Fórum Metropolitano da Rede Cegonha, algumas psicólogas e gestoras foram informadas sobre a possível realização da pesquisa, momento em que foi apresentado, de forma breve, o tema e o seu objetivo, sendo antecipado que, oportunamente, o contato seria feito para solicitar as cartas de anuência e o agendamento das entrevistas.

De posse das Cartas de Anuência, solicitadas e obtidas pessoalmente com ida às instituições já referidas (apenas uma foi solicitada e enviada por e-mail), foram apresentadas ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), juntamente com o adendo (referente ao objetivo geral pesquisa) ao projeto guarda-chuva: *Atuação dos profissionais de saúde e movimentos sociais nos conselhos e nas políticas públicas*. Com a aprovação do CEP, CAAE 33098814.0.0000.5544 e Parecer Nº 1.317.532 de 11/11/2015 (Anexo 1), respaldado na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), iniciou-se o agendamento das entrevistas. Foi assegurado às participantes da pesquisa, conforme a Resolução citada, total sigilo, inclusive, no uso posterior das gravações, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Ainda, para efeito de preservação do sigilo, as participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, inspirados em personagens femininos da mitologia grega, a fim de que suas falas pudessem ser evocadas no processo de análise e discussão dos resultados, sem identificação.

A coleta de dados foi feita mediante entrevistas, com roteiros semiestruturados (APÊNDICES B e C), e registradas em áudio. Utilizou-se como aparelhos de gravação *smartphone* e *tablet*, testados e preparados previamente. Antes de tomar os depoimentos, a pesquisadora fazia o registro oral do nome da pesquisa, da data e local da realização da entrevista. A entrevistadora buscou adotar uma atitude estimuladora, procurando deixar suas entrevistadas o mais à vontade possível dentro daquele enquadre. Foi igualmente reassegurado verbalmente pela entrevistadora que as entrevistadas poderiam não responder a qualquer pergunta, sendo-lhes facultado o direito de poder interromper a entrevista se assim o desejassem.

Todas as entrevistas foram realizadas, transcritas e revisadas pela pesquisadora. A tomada dos depoimentos ocorreu em locais reservados, que garantiram o sigilo e a confidencialidade das entrevistadas, mas nem sempre foram absolutamente silenciosos, pois captavam ruídos externos. As entrevistas foram individuais, apenas uma contou com a observação silenciosa de um estagiário de psicologia da maternidade (supervisionado pela entrevistada), que ficou fora do campo de visão da entrevistadora e da entrevistada. Em todas as entrevistas, a entrevistadora e as entrevistadas estiveram sentadas comodamente, numa configuração *tête à tête*. Posteriormente, todas as participantes da pesquisa receberam cópias do material transcrito, de modo que pudessem fazer comentários e/ou corrigi-lo, sendo que apenas duas participantes fizeram ajustes mínimos no material disponibilizado.

O *corpus*⁽⁸⁷⁾ da presente pesquisa foi constituído pelas palavras colhidas no decorrer das entrevistas (que totalizaram 10 horas e 34 minutos de gravação, resultando 176 laudas de transcrição dos áudios (APÊNDICE D), bem como, pelas informações acerca dos hospitais-maternidade, observados *in loco* e por outras informações disponíveis nos *sites* oficiais dos referidos serviços.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas as psicólogas que atuam na assistência e na gestão dos estabelecimentos supracitados e excluídas da amostra duas psicólogas com menos de um ano de atuação na área, bem como uma que afirmou não ter experiência com a temática. Outra psicóloga não foi entrevistada porque estava de férias no período da coleta de dados.

4.4 Caracterização das participantes

Foram entrevistadas 14 psicólogas (Tabela 1) de uma população total de 18 profissionais de Psicologia, que atuavam no nível terciário da atenção obstétrica, no intervalo de dezembro de 2015 a março de 2016, meses referentes à coleta dos dados. Com exceção de duas entrevistadas, as demais conheciam a proponente da pesquisa por já terem participado dos Cursos de Capacitação no Método Canguru, promovidos pela Secretaria de Saúde da Bahia (SESAB), sendo que três delas fazem parte do Serviço de Psicologia coordenado pela pesquisadora.

No momento de concluir a entrevista, foi formulada uma questão que visava a avaliar o grau de interferência da aproximação pessoal da pesquisadora com as participantes do estudo, especialmente durante a coleta dos dados. Assim, as duas participantes que não conheciam previamente a proponente da pesquisa referiram-se a sensações de muita tranquilidade e uma delas verbalizou ter sido prazeroso dialogar sobre o tema; as participantes que já conheciam a pesquisadora, como tutora do Método Canguru do MS e de outros espaços de sua atuação profissional, foram unânimes em enfatizar igualmente sensações de tranquilidade e de se sentirem bem confortáveis no decorrer da entrevista. Além disso, foram destacados alguns aspectos, tais como: satisfação em responder pesquisas; ter oportunidade para refletir sobre a prática e perceber de que forma poderiam avançar; poder falar do que gostam de fazer e algumas se mostraram estimuladas em saber que a temática do abortamento era o objeto de estudo da pesquisadora.

Quanto às participantes que estão inseridas no Serviço coordenado pela pesquisadora, as reações foram muito similares às esboçadas pelas demais: uma delas destaca a expectativa e a curiosidade, sendo que as sensações predominantes foram de tranquilidade, de estar em uma conversa habitual com a pesquisadora e uma das entrevistadas destacou igualmente gostar de pesquisas e de que a entrevista tinha sido um espaço para reflexão da prática. Logo, foi possível avaliar que a aproximação pessoal e profissional da pesquisadora com as participantes da pesquisa não exerceu nenhum efeito inibidor, mostrou-se, pelo contrário, um facilitador, tanto para o acesso às participantes no momento inicial, quanto no decorrer da coleta dos dados.

4.5 Análise dos resultados

A interpretação dos resultados foi empreendida a partir da teoria de Análise de Discurso, delimitada por pressupostos da arqueologia foucaultiana⁽⁸⁷⁾ e por conceitos de autores apresentados na síntese didática de Helena Brandão⁽⁸⁸⁾.

A Análise de Discurso conjuga contribuições da linguística, que diferencia língua (sistema de regras de utilização que regem um conjunto de signos) e fala – esta última coloca os signos em movimento, produzindo o discurso vetorizado, orientado⁽⁸⁹⁾; do mesmo modo, contribuições do materialismo-histórico, notadamente seu conceito de “ideologia”; e aportes da psicanálise, que esclarecem a divisão e o descentramento do sujeito, que o torna desconhecedor do que ele mesmo diz. Desse modo, o sujeito e o sentido do discurso se constroem no encadeamento do próprio discurso, o que significa dizer que eles não estão dados *a priori*.⁽⁸⁸⁾⁽⁹⁰⁾⁽⁹¹⁾

Por sua vez, o conceito de ideologia, na configuração dessa disciplina, não aponta para uma existência ideal, mas sim para a forma como ela se materializa no interior de um aparelho ideológico concreto, através das práticas e atos dos indivíduos. Deste modo, identifica-se a ideologia materializada nos Aparelhos Ideológicos do Estado (AIE)⁽⁹²⁾ e nas relações de poder disseminadas em todo tecido social⁽⁶⁹⁾, moldando as ações, prescrevendo práticas, regulando as interrelações e, por fim, interpelando os indivíduos concretos, enquanto sujeitos.⁽⁸⁸⁾⁽⁹²⁾

Assim, a posição que o indivíduo ocupa ao falar irá conferir-lhe o *status* de sujeito. Seus enunciados, segundo Foucault⁽⁸⁷⁾, devem ser compreendidos em sua singularidade e como um “acontecimento”, cuja irrupção se faz a partir de correlações com outros enunciados situados em campos adjacentes, tais como: do discurso institucional, dos processos sociais,

econômicos e políticos, dos sistemas de normas e técnicas de determinado campo do saber, dentre outros.⁽⁸⁷⁾

4.6 Procedimentos para análise dos resultados

A Análise de Discurso aqui empreendida parte da leitura longitudinal de cada entrevista e transversal do *corpus* transcrito, tendo em conta que a sequência dos enunciados, tecida pelas participantes da pesquisa, ocorreu a partir de determinadas condições sócio-histórica que permitiram a emergência de ditos e lhes conferiram um sentido, sobretudo ao serem relacionados a campos discursivos adjacentes.⁽⁸⁷⁾ Assim, buscou-se, na presente análise, especificar os enunciados, numa tentativa de destacar sua função enunciativa que, para Foucault, só pode ser elucidada a partir de relações com campos colaterais, haja vista sua advertência de que não há enunciado atemporal, “[...] enunciando em geral, enunciado livre, neutro e independente; mas sempre um enunciado fazendo parte de uma série ou de um conjunto, desempenhando um papel no meio de outros [...]” (p. 120)⁽⁸⁷⁾

A partir da leitura flutuante das entrevistas, buscou-se, na multiplicidade dos enunciados, situar as falas que circunscreviam a atuação das psicólogas junto a adolescentes em situação de abortamento. Procurou-se destacar a dimensão de “acontecimento” de cada enunciado, tendo em conta sua particularidade, isto é, longe de querer homogeneizar a massa de enunciados, anulando possíveis diferenças e contradições, buscou-se, sobretudo, o desenho de configurações singulares em cada ato de fala.⁽⁸⁷⁾

As minúcias que engendraram a prática discursiva das entrevistadas geraram um banco de dados para posse do grupo de pesquisa *Psicologia, Diversidade e Saúde*, que poderão servir para outras leituras, análises e desdobramentos.

4.7 Categorias de análise

A delimitação das categorias para análise seguiu o delineamento traçado pelos objetivos específicos, cuja estratégia visou a respondê-los gradualmente, a fim de alcançar o propósito geral deste estudo.

Diante do *arquivo*, foi possível estabelecer a seguinte categorização: perfil sociodemográfico e trajetória profissional das participantes da pesquisa; os cenários de atuação; percepções das psicólogas sobre a adolescência (seus contextos, sexualidade e as situações de abortamento); percepções das psicólogas sobre a atuação dos profissionais de saúde diante das situações de

abortamento; posicionamento das psicólogas sobre a legalização do aborto; atuação das psicólogas nas políticas públicas voltadas para a humanização da assistência; atuação profissional (descrição das estratégias utilizadas e projetos futuros).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percurso traçado na presente seção visa a caracterizar a atuação das psicólogas, voltada para a assistência às adolescentes nas situações de abortamento, nos serviços de atenção obstétrica terciária em Salvador-Bahia, a fim de fornecer elementos que diminuam a lacuna identificada no estado da arte, cujos recentes estudos não contemplam a intervenção dessa categoria profissional no contexto da referida assistência.

5.1 As intérpretes: participantes da pesquisa

Pode-se afirmar que, no presente estudo, a massa de enunciados recolhidos foi quantitativa e qualitativamente espessa para atender ao critério de representatividade, permitindo desenhar o perfil sociodemográfico do conjunto das profissionais que atuam nesse segmento. As entrevistadas apresentaram idades entre 30 e 50 anos, sendo que onze delas estavam na faixa etária entre 30 e 37 anos, reproduzindo, de modo similar, a distribuição encontrada na pesquisa de âmbito nacional, cuja maior frequência de psicólogas (34%) esteve na faixa-etária entre 30 e 39 anos.⁽⁵¹⁾

Tabela 1 - Caracterização das participantes

| Nº | Nome | Idade | Cor/raça | Naturalidade | Est. Civil | Nº de filhos | Religião |
|----|---------|-------|----------|--|---------------|--------------|----------------|
| 01 | Íris | 36 | Branca | Salvador- BA | Solteira | 0 | Não tem |
| 02 | Leda | 43 | Branca | Salvador- BA | Casada | 2 | Budista |
| 03 | Irene | 37 | Branca | São Paulo – SP | Casada | 1 | Judia |
| 04 | Nice | 43 | Parda | Salvador – BA | Solteira | 0 | Católica |
| 05 | Hebe | 36 | Parda | S. ^{to} Antônio de Jesus – BA | Casada | 2 | Espiritualista |
| 06 | Moira | 30 | Parda | Salvador- BA | Casada | 1 | Cat./Espírita |
| 07 | Tésis | 34 | Parda | Teixeira de Freitas – BA | Casada | 1 | Católica |
| 08 | Ártemis | 36 | Branca | São Paulo – SP | Divorciada | 0 | Católica |
| 09 | Gaia | 33 | Negra | Salvador – BA | Casada | 2 | Não tem |
| 10 | Dóris | 35 | Branca | Belo Horizonte MG | Casada | 1 | Não tem |
| 11 | Themis | 33 | Parda | S. Amaro da Purificação BA | União estável | 1 | Não tem |
| 12 | Ariadne | 36 | Branca | Curitiba – PR | Casada | 0 | Não tem |
| 13 | Higia | 33 | Branca | Brasília – DF | Divorciada | 1 | Protestante |
| 14 | Dione | 50 | Branca | Curitiba – PR | Solteira | 1 | Não tem |

Fonte: Dados da pesquisa

Quando a questão girou em torno da autodefinição da cor e da raça, as respostas das entrevistadas seguiram a padronização adotada pelo IBGE, de modo espontâneo; apenas uma psicóloga referiu-se, no primeiro momento, como “mulata” e, quando a entrevistadora redirecionou o questionamento mencionando a classificação delimitada pelo referido Instituto (se branca, negra, parda, amarela ou indígena), ela se reconheceu como “parda”. Assim, oito psicólogas se autodenominaram brancas, cinco pardas e uma negra, refletindo um dado já conhecido, referente à maior prevalência de brancos no ensino superior no Brasil. Além disso, tal dado reproduziu a mesma curva estatística do levantamento relativo às psicólogas brasileiras, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2013⁽⁵¹⁾. Observou-se que a política de cotas para afrodescendentes, adotada nos últimos anos pelas universidades públicas, não incidiu diretamente nessa amostra em particular, considerando-se que a maior parte das entrevistadas tinha dez ou mais anos de formação; apenas duas tinham oito e nove anos de formadas, respectivamente. (Tabela 2)

A pergunta sobre a autodefinição da cor/raça fez sobressair ainda certo nível de problematização, à medida que a “pronta resposta” (“sou branca”, “sou negra”) não foi acionada por parte das entrevistadas. Pode-se destacar as seguintes falas do *arquivo*:

Íris: Já começa difícil sua pergunta (risos)... Eu acho que branca, mais pra tentar me encaixar em alguma definição, mas não penso muito sobre isso não.
 Moira: Acredito que parda, né?
 Tésis: Acredito que parda... Acho que todos somos
 Hígia: Brasileiro é todo mundo pardo, né? Mas eu me classifico como branca
 Hebe: Eu sou parda.
 [entrevistadora] - com esses olhos azuis?... (risos)
 Hebe: É... Miscigenada.
 Ariadne: Eu acho, bem... Eu acho que sou branca. Sou descendente de família francesa com portuguesa e sou... não sou daqui, né? Sou do Paraná. Nascida no Paraná.

A dúvida que permeou alguns ditos (“eu acho que...” “eu acredito que...”) faz transparecer que a miscigenação no Brasil introduz uma complexidade para o autorreconhecimento e aponta para algo que exigiria uma maior reflexão. Observa-se que, algumas entrevistadas, deixando-se conduzir pela concepção de povo miscigenado, autodefiniram-se como pardas; outras preferiram guiar-se pelo próprio fenótipo, autotransclassificando-se como brancas. Uma das entrevistadas – Ariadne – busca além da condição fenotípica, suporte em sua origem familiar e de território para definir-se como branca.

A princípio, a “pronta resposta” poderia sugerir a ausência de reflexão sobre a temática ou, ao contrário, poderia ser um indicador de amadurecimento sobre a questão, como será possível

constatar no momento preciso em que as psicólogas irão expor a percepção acerca do atravessamento de questões raciais no atendimento às mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento, tendo em conta a população local ser majoritariamente negra.

Em relação ao estado civil: 8 são casadas; 1 declarou ter uma união estável; 3 são solteiras; e 2 divorciadas. Quatro das entrevistadas não têm filhos; 7 têm filhos únicos; e 3 declararam ter dois filhos. No que diz respeito à religiosidade: 6 psicólogas afirmaram não ter religião; 1 afirmou ser judia não praticante; 3 são católicas; 1 espiritualista; 1 budista; 1 protestante; e 1 entrevistada afirmou que sua religião transitava entre o catolicismo e o espiritismo (o aspecto religioso será retomado no decorrer da análise).

Quanto à naturalidade: 4 psicólogas são do Sudeste; 2 da região Sul do Brasil; e 8 da região Nordeste, das quais 5 são de Salvador, 2 do Recôncavo Baiano e 1 psicóloga da região Sul da Bahia. O expressivo número de psicólogas das regiões Sul e Sudeste (seis) não é indicador de que, neste segmento específico, postos especializados no Nordeste estejam sendo ocupados por profissionais procedentes do Sul e Sudeste do Brasil, haja vista que a maioria destas psicólogas fizeram suas formações universitária e complementar em Salvador; apenas duas já vieram formadas de seus estados de origem, sendo que uma delas obteve o título de especialista na Universidade Federal da Bahia. (Tabela 2)

Todas as entrevistadas fizeram uma formação complementar à graduação e a sua bagagem profissional revelou diversificados percursos: algumas desenvolveram e continuam a desenvolver suas práticas em distintos segmentos no espaço público; outras puderam se reportar às vivências em organizações privadas e/ou experiência de clínica particular. Desse modo, vários enunciados que visaram a caracterizar a prática que se desenrola no contexto da atenção obstétrica foram articulados às vivências e a modelos de intervenção em outros espaços de atuação.

Tabela 2 - Trajetória profissional das psicólogas

| Nº | Nome | Tempo de Formação/ Instituição de Ensino Superior | Tempo de Serviço Público/ PPP/ Filantrópico | Tempo de Serviço na Atenção Obstétrica/ Vínculo | Abordagem Teórica | Formação Complementar | Outros vínculos/Atividades |
|----|---------|--|---|--|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 01 | Iris | 13 anos UFBA | 09 anos Público | 09 anos (M.1) Concurso | Psic. Social Psicanálise | 2ª graduação | CAPS AD* |
| 02 | Leda | 20 anos UFBA | 08 anos Público | 03 anos (M.1) Concurso | Psicodrama Psicomotricidade | Formação Clínica | Centro de Reabilitação |
| 03 | Irene | 12 anos FMU-SP* | 06 anos Filantrópico | 06 anos (M.6) Seleção | Psicanálise | Especialização | Consultório |
| 04 | Nice | 20 anos UFBA | 08 anos Público | 08 anos (M.1) Concurso | Psicanálise | Formação Clínica | CRAS* |
| 05 | Hebe | 14 anos UFBA | 4 anos Público | 10 anos (M.3) Seleção PPP* | Constelações Familiares | Formação Clínica | Consultório |
| 06 | Moira | 08 anos UFBA | 05 anos PPP* | 04 anos (M.3) Seleção | Sistêmica | Especialização Mestrado | Consultório |
| 07 | Tésis | 09 anos UFBA | 03 anos Público | 02 anos (M.2) Concurso | TCC* | Especialização | Consultório |
| 08 | Artemis | 14 anos UFBA | 09 anos Público | 3 anos (M.2) Concurso | Psicanálise | Especialização Mestrado | Docência |
| 09 | Gaia | 10 anos UFBA | 09 anos Público | 02 anos (M.2) Concurso | TCC* | Especialização Formação Clínica | - |
| 10 | Dóris | 12 anos Fac. Ruy Barbosa | 09 anos Público | 09 anos (M.2) Concurso | Psicanálise | Mestrado | Saúde Mental Município |
| 11 | Themis | 12 anos Fac. Ruy Barbosa | 11 anos Público | 1a e 4m (M.4) EBSERH* | Sistêmica | Especialização | - |
| 12 | Ariadne | 10 anos PUC-PR* | 10 anos Público | 03 anos (M.4) FAPEX* | Psicanálise | Especialização | Consultório |
| 13 | Hígia | 10 anos Fac. Ruy Barbosa | 08 anos Público | 08 anos (M.5) Concurso | Sistêmica | Especialização | - |
| 14 | Dione | 20 anos UFBA* | 17 anos Público | 03 anos (M.5) Concurso | Psicanálise | Formação Clínica Especialização | CEREST Município |

* CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
 * CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
 * CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
 * EBSEH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
 * FAPEX- Fundação de Apoio à Pesquisa e à Extensão
 * FMU-SP – Faculdades Metropolitanas Unidas – São Paulo
 * PPP- Parceria Pública Privada
 * PUC-PR- Pontifícia Universidade Católica- Paraná
 * TCC – Terapia Cognitivo-comportamental
 * UFBA – Universidade Federal da Bahia

Fonte: Dados da pesquisa

5.2 Os cenários (o campo da pesquisa)

Todas as entrevistadas falaram do lugar de psicólogas na assistência em espaços institucionais que guardam suas particularidades. Sendo assim, para efeito de melhor visualizá-los no decorrer da análise, eles serão enumerados à medida que forem sendo apresentados.

Em apenas dois estabelecimentos, as psicólogas estão organizadas em Serviço de Psicologia ligado diretamente à Diretoria Geral ou Técnica da Unidade, coordenado por uma psicóloga. Entretanto, nessas duas instituições, as psicólogas que coordenam os Serviços também

exercem a função assistencial. Vale ressaltar que nesses dois locais, as(os) psicólogas(os) estão igualmente em maior número. O primeiro se trata de um hospital geral da Rede Própria da SESAB, no qual atuam 16 psicólogas(os) distribuídas(os) em cinco eixos de assistência. O eixo voltado para “cuidados à mulher e ao neonato” atende às demandas de uma Maternidade (que aqui será nomeada de M.1), no seio deste grande hospital de múltiplas especialidades. No momento da coleta, o “eixo de cuidados à mulher e ao neonato” estava composto por quatro psicólogas, sendo que a pesquisadora faz parte deste Serviço como coordenadora e também como psicóloga assistencial do referido eixo.

No segundo local, o Serviço de Psicologia está estruturado no âmbito de uma maternidade estadual, pertencente igualmente à Rede Própria da SESAB. No período da coleta, contava com seis psicólogas, das quais quatro foram entrevistadas e as restantes foram excluídas por motivos já especificados (M.2); a terceira maternidade estadual é administrada pela lógica de Parceria Pública Privada (PPP), na qual duas psicólogas são ligadas administrativamente à Gerência de Enfermagem (M.3); a quarta maternidade é também estadual, vinculada à Rede Própria da SESAB e as psicólogas são ligadas à Coordenação do Ambulatório (M.4); na maternidade federal, aqui apresentada como quinta maternidade, o quadro de pessoal estava constituído por quatro psicólogas (duas não foram entrevistadas, pois tinham menos de um ano de atuação na área). As psicólogas aí fazem parte de um setor denominado “Psicossocial”, que engloba também as assistentes sociais, sendo coordenado por uma assistente social (M.5); no hospital filantrópico, a sexta maternidade, atua apenas uma psicóloga ligada à Diretoria Administrativa da instituição (M.6).

A posição que as psicólogas ocupam no espaço institucional não é, de todo, um aspecto desprovido de interesse, pois ele impacta nos fluxos e processos de trabalho, com repercussões na qualidade da assistência prestada, como atestam os relatos ao longo dessa pesquisa. A inserção da Psicologia no espaço hospitalar, estruturado sob a primazia do discurso médico, faz emergir reflexões sobre o alcance de sua prática, na medida em que a Psicologia não se coloca como complementar⁽⁷⁰⁾ – “auxiliar” – ao saber médico, mas, ao contrário, aponta para outra direção, pois, diferentemente da Medicina, não é a doença, enquanto objeto o que irá delimitar o seu campo de intervenção.⁽⁷⁰⁾ Dizem as entrevistadas:

Se for comparar, às vezes, eh... Sempre vai, naquela coisa assim, que é prioridade o atendimento médico. E, na verdade, a gente está num hospital. Então, é como se fosse, meio que, não que eu concorde muito com isso, mas essa visão é quase hegemônica, de que o hospital é como se fosse a casa do médico, então as outras

todas [profissões]... a Enfermagem que vai, como se fosse auxiliar do médico, e as outras vêm como se fossem segundo plano. (Dóris, M.2)

[...] porque como quem vem aqui vem atrás de um atendimento médico, então eu acho que teria que ter mais médicos, para que todo mundo que chegasse não demorasse pra ser atendido, isso é humanização. (Dione, M.4)

A estruturação dos hospitais-maternidade como espaços hierarquizados, nos quais o discurso médico detém a hegemonia, coloca questões para as psicólogas sobre as possibilidades de coabitação com esse campo discursivo, na construção de um paradigma de saúde que não se reduza ao modelo biomédico. A estreiteza da concepção de saúde acaba por precarizar as condições de trabalho nesses espaços, sobretudo para profissionais que se voltam para as subjetividades, cujas práticas não são consideradas prioritárias nas diferentes esferas de gestão. Assim, uma entrevistada narrava que a perda de espaço físico na instituição (o que foi constatado pela própria dificuldade de encontrar um local para a realização da entrevista) havia impossibilitado, por exemplo, dar seguimento a um projeto que ocorria semanalmente, durante uma hora, com o objetivo de fazer a palavra circular entre os profissionais sobre temas diversos que estivessem impactando no dia-a-dia daquela maternidade. Relata:

[...] tem uma série de questões aqui na Maternidade [fala rindo] desde sala, sala disponível pra gente fazer as reuniões, a sobrecarga de trabalho que impede a gente estar disponível para parar uma hora pra poder discutir determinado tema ou se escutar. A gente tem tentado, tentou sensibilizar a gestão nesse sentido pra que a gestão apoiasse e pudesse sustentar, né? garantisse pra gente, mas a gente não conseguiu esse apoio... A gente não desistiu, a gente continua tentando. Eu acredito que em algum momento a gente vai conseguir retomar, [ri] porque as pessoas que participavam falam muito... Dão muito retorno positivo assim de como era importante... (Themis, M.5)

Themis coloca-se como representante do projeto traçado pelo coletivo das psicólogas da M5 quando afirma não ter desistido da tentativa de reconquistar o espaço físico perdido. Entretanto, pessoalmente, diante dos obstáculos colocados pela instituição, ela se encontrava no limite de possibilidade de continuar tentando alcançar o alvo traçado. Assim, construindo o sentido do que diz no próprio dizer, faz o pêndulo exibir o seu movimento subjetivo. Pontua:

Uma coisa que me chama muita... que me faz sentir muita falta é... tempo e espaço para o aprimoramento teórico. A gente não tem tempo pra ler, a gente não tem tempo pra estudar, a gente não tem tempo pra discutir... isso... eu estava falando há pouco, uma das coisas que me fez pedir demissão é justamente a frustração, porque eu esperava encontrar numa maternidade-escola espaços como esses e não encontro [...] quando você fez a entrevista aí eu fiquei pensando em coisas que eu queria estar lendo, coisas que eu queria estar estudando e que eu não tive... não tenho tempo pra isso, não tenho tempo, nem espaço pra isso. (Themis, M.5)

As limitações que incidem sobre a “unidade de tempo” e a “unidade espaço” – sejam de espaço físico ou de tempo e espaço para efetiva interlocução, no sentido de ouvir e se fazer

escutar – podem produzir, além dos efeitos que sobressaem na fala de Themis, outros que afetam diretamente as relações interpessoais, como sublinha Dione, quando evoca a perda provisória (durante um período de reforma), da sala de atendimento psicológico:

[...] tem o Colegiado Gestor que a gente participa, e sempre é para aumentar os direitos, né? Mas, às vezes tem uns retrocessos [...] por uma questão de condição física, condição material. Então, estão tendo essas reformas, a gente perdeu a sala [provisoriamente], né? Então não tinha essa possibilidade de atender aqui. Aí a gente tentou atender em outros lugares, mas estava muito complicado. Tivemos situações até de conflitos, assim, não dava pra atender na boa. Aí cessou esse atendimento. (Dione, M.4)

Do mesmo modo, a limitação de espaço físico pode instaurar uma condição de violação de direitos para as usuárias, como foi destacada pelas entrevistadas que sinalizaram a ausência de garantias quando à privacidade; em outras situações, a própria distribuição das pacientes nesses espaços se configurou em violência institucional, como sobressai nos seguintes relatos:

Às vezes, aqui na enfermaria, a prática de colocar [mulheres no pós-abortamento] no mesmo quarto [com mulheres] com outros bebês... E isso mesmo que não seja algo tão intencional, mas acaba sendo uma agressão. Antigamente tinha os leitos separados pra curetagem na [enfermaria] “A”. E hoje a gente não vê mais isso [...] Então, às vezes tem até [mães de] natimortos e tudo... mães que estão sofrendo, que ainda estão nesse processo de perda e que ficam ao lado de uma mãe com o seu bebê, ali vivo, chorando... isso também... eh... acaba agredindo... umas mães falam sobre isso. (Nice, M.1)

[...] eu acho que uma grande necessidade nossa hoje é a questão da garantia da privacidade e dos espaços físicos que não são adequados, né? Então, a gente tem uma estrutura predial muito antiga, a gente tem um banheiro pra cada seis leitos, né? (Higia, M.4)

Porque assim, se você está numa enfermaria com várias macas, uma do lado da outra, não tem uma cortina, não tem uma divisória, aquela mulher do lado vai ficar incomodada com um homem que ela não conhece, que está ali pertinho dela, né? E... na enfermaria de adolescentes, isso a gente tem garantido. (Tésis, M.2)

O questionamento sobre a pouca adequação dos espaços físicos às necessidades dos usuários e dos próprios profissionais sinaliza que o conceito de ambiência,⁽⁹³⁾ definido pela PNH, como tratamento dado ao espaço físico a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, necessita ainda ser materializado. A PNH considera que a ambiência exerce efeitos sobre as relações interpessoais, podendo favorecê-las ou dificultá-las em certa medida. Apenas na M.2 já existe uma enfermaria ambientada para as adolescentes, cujos leitos estão separados em boxes com cortinas, a fim de proporcionar maior privacidade às usuárias. Nice, em sua fala, considera que a prática de colocar mulheres no pós-abortamento juntamente com mulheres alojadas com seus recém-nascidos se configura como uma agressão, “mesmo que não seja algo tão intencional”; o vocábulo “tão”, modulando a intensidade, passa a ser indicador de alguma intencionalidade ainda que subliminar.

Outra questão relevante quanto à “unidade de espaço” não passa despercebida por uma das entrevistadas, a saber: a naturalização de hospitais-maternidade como locais para o atendimento a mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento.

Se dissesse assim: “Qual é o sonho da unidade hoje?”, é da gente ter um pronto-atendimento onde essas mulheres pudessem ser atendidas especificamente; pudessem ter uma alta mais rápida, tipo hospital-dia, que pudesse ter uma rotatividade maior, um período de permanência menor e [que as mulheres] entrassem o menos possível em contato com a maternidade. Até isso a gente pergunta na nossa pesquisa aqui interna, né? O símbolo da Maternidade é uma adolescente grávida, barriguda, né? São símbolos que tão implícitos, né? Que a gente vai ter que olhar e dizer assim: “Poxa! como é pra você que está numa outra condição, estar neste espaço?” (Higia M.4)

Higia mostra-se alerta ao fato de que a usuária em situação de abortamento se encontra – nesse cenário – em “outra condição”, pois não vivencia os eventos símbolos de uma maternidade (gestação, parto e puerpério). Em sua observação, formulada como uma questão: “Poxa! como é estar nesse espaço?”, o “Poxa!” traduz perplexidade, denuncia o espanto diante da contradição; mas o ponto específico de violência institucional⁽⁵⁾ aparece apenas esboçado em sua fala, não sendo localizado de modo afirmativo (surge como uma pergunta), embora seu texto revele que não há “acomodação” de sua parte, na medida em que ela “sonha” com um modelo de Unidade atento à especificidade desse cuidado.

Assim, percebe-se que nas situações de abortamento, trata-se mais de subverter a lógica que define, literalmente, a arquitetura desses espaços, que de adequá-los simplesmente, na medida em que eles são efeitos de uma racionalidade que estrutura formas e fluxos de cuidados que excluem, ainda que sem intencionalidade, as mulheres adultas e adolescentes em processo de abortamento do atendimento prioritário⁽⁵⁾. A estética não é “inocente” (à medida que ela não é inócua): veicula mensagens e valores de modo subliminar, como destacava Higia ao evocar o próprio símbolo da Maternidade na qual ela trabalha. Por essa razão, a PNH considera que a dimensão estética possibilita o surgimento de formas de subjetivação e de leituras que constroem realidades; nesse sentido os serviços de saúde deveriam favorecer uma estética que seguisse o fluxo criativo que advém de uma ética da escuta, isto é, que dá voz e valoriza a produção de todos os atores envolvidos no campo da saúde. Logo, à pergunta de Higia (“como é para você estar nesse espaço?”), sendo respondida pela usuária, possibilitaria a emergência, talvez, de uma nova estética.

Outra questão advém da distribuição ou ocupação, por assim dizer, do espaço que pode ser igualmente comprometida pelo *déficit* de pessoal: o número mal dimensionado de profissionais implica atribuições que excedem a possibilidade de equacioná-las (como estar ao

mesmo tempo em diversos espaços?!). Do mesmo modo, a multiplicidade dos vínculos, em um único espaço organizacional (contratados, concursados, pessoas físicas, pessoas jurídicas, vínculos federais, vínculos estaduais), cria vazios, lacunas, ausência de sintonia no processo de trabalho, que põe em cena um “coro”, para dizer, no mínimo, desafinado. Percebe-se que a gestão dos fluxos de diferentes formas, a um só tempo, em um mesmo espaço, são fatores que vão interferir diretamente na linguagem institucional, no desempenho do profissional de saúde, impactando diretamente na qualidade do serviço prestado.

5.3 Adolescências: “con-textos”

A fim de seguir o fio condutor dos objetivos traçados para o presente estudo, buscou-se esmiuçar as percepções das psicólogas acerca das especificidades da assistência prestada às adolescentes em situação de abortamento. Como ponto de partida, foi endereçado às entrevistadas o questionamento sobre o que caracterizava a adolescência, a fim de localizar se essa fase do ciclo de vida se encontrava num campo visível ou opaco para cada uma delas. Surgiram respostas tais como: “uma fase de transição”; “de descobertas”; “de transformações corporais”; “transformações de papéis”; “fase de busca”; “período de reorganização psicológica”; “mudanças hormonais”; “luto da infância”... Respostas que, embora coerentes e respaldadas por certas referências teóricas, insistiam em definir o adolescente “pelo não ser”,⁽⁴⁾ como admite Gaia (M.2) ao afirmar: “[...] mas não tem como não definir a adolescência em contraposição com a infância e com a idade adulta.”

Há ainda uma entrevistada que introduz uma dissonância no *corpus* da pesquisa, haja vista o questionamento sobre o que caracterizava – para ela – a adolescência ter-lhe causado, num primeiro momento, uma aparente desordem. Irene (M.6) responde: “O que caracteriza a adolescência pra mim?... Como assim?... o quê... quê?...” E, no transcorrer de sua fala, é possível perceber que a demarcação entre a mulher adulta e a adolescente não estava efetivamente posta naquele contexto assistencial, como se o ingresso na Maternidade para a realização de um parto ou de um abortamento já colocasse a usuária, de saída, na condição adulta. Contudo, a pergunta fez emergir, para outras entrevistadas, ditos que não se limitaram apenas a oferecer uma definição, por assim dizer, estandardizada, mas apontaram para uma observação mais particularizada das especificidades desse intervalo na vida dos sujeitos. Seguem-se falas do *arquivo*:

Eu acho que é um... Insegurança e dúvidas. Acho que insegurança quanto à identidade, quanto aos gostos, apesar de ter uma... Apesar não. Eu vejo certa oscilação: em alguns momentos o adolescente tem certeza de tudo na vida dele e em outros momentos não tem certeza de nada na vida dele, né? Tem ideias muito definidas e estabelecidas e em outros momentos muda em cinco minutos de opinião, né? E acho que muitas dúvidas também, sobre questão de perspectivas futuras, sobre relações com as pessoas, é... sobre a visão que ele tem dele mesmo... Acho que insegurança e dúvida. (Íris M.1)

[...] a tendência é dizer que o ser em formação, em construção, mas eu acho que a gente é isso o tempo todo, né? Eu acho que, concretamente, pra um adolescente as coisas tão muito pouco definidas. Tem todas as possibilidades... Mas eu acho que pra gente, eu com 50 anos (ri), eu sinto isso também, né? Claro que tem muito mais coisa estabelecida, mas a imaturidade também tem... todas as... né? Então é difícil pra mim definir, porque seria generalizar. Mas eu acho que tem isso, assim, um mundo todo pela frente, mas que pode acabar no outro dia ou pode ser um mundo todo mesmo. (Dione, M.4)

Esses enunciados desnudam a adolescência; eles aproximam o olhar do que está, de fato, em jogo nessa fase, através de uma desconstrução da perspectiva adultocêntrica⁽⁴⁾: Íris se descentra para buscar o que afeta o adolescente em particular; Dione destaca que o ser humano está sempre, em todas as fases, em construção e transformação e que, para o adulto, embora muito já esteja estabelecido, ele não se mostra “imune” à imaturidade.

Outra entrevistada confessa:

Alice, eu acho a adolescência um período muito chato da vida (ri). [...] As pessoas têm uma convicção muito grande, uma ideia e vai atrás daquela ideia, então tem isso que, que pode ser um movimento muito legal, mas às vezes também é muito chato, muito difícil, muito confuso... [...] Me vi, me vi como adolescente. E, eu achava muito chato [...] Quando eu olho pra trás, eu olho e falo: que fase mais chata, meu Deus! (ri). (Ariadne, M.5)

Ariadne, de início, parece centrar-se na perspectiva do adulto, ao sublinhar a “chatice” de ter que lidar com sujeitos plenos de “convicção” e ao mesmo tempo imersos em “confusão”, mas, ao partilhar a vivência de tédio experimentada enquanto adolescente, escapa da idealização da adolescência, não reforça a crença de que tudo vai bem para o adolescente, sustentada na percepção de que ele é detentor de valores (tempo, beleza, falta de reais obrigações) que os adultos muito prezam, mas que, ao mesmo tempo, fecham os olhos para os limites aos quais as/os adolescentes estão sujeitos, como as exigências constantes de manter a sexualidade e os projetos de vida em reserva. Essa visão dulcificada do adulto só gera insatisfação para a/o adolescente que, conforme C. Calligaris⁽³⁸⁾ a percebe, não raro, como uma “zombaria” que amplifica seu mal-estar.

A pluralidade de vivências, em decorrências de múltiplos fatores – sociais, econômicos, entre outros – fez algumas entrevistadas destacarem a noção de “adolescências” em lugar de

optarem em falar de uma “adolescência” como um conceito imutável e de fácil aplicação em diferentes contextos. Destacam-se as seguintes falas:

Tem adolescentes, né? No sentido [de que com] 15, 16 anos tem uma maturidade e um vínculo com o bebê, às vezes, muito mais maduros do que muita mulher adulta. Então, eu penso que a adolescência, pelo menos aqui na maternidade, ela acaba tendo a ver com a questão da independência. (Artémis, M.2)

[...] quando cheguei aqui na Maternidade, isso foi uma coisa que me marcou um pouco. A gente ouvia muito dos profissionais, de uma forma muito preconceituosa, a questão do exercício da sexualidade na adolescência. E quando eu comecei a entrar em contato e ouvir um pouco essas pacientes, eu ia compreendendo quão diferentes eram os projetos de vida e quão distintos eram os valores culturais de algumas pacientes, né? É claro que não são de todas. Mas era muito comum a gente ouvir com 16 anos que ela tinha uma gravidez planejada. E aí aquilo, a gente tomando a nossa história de vida como referência, te choca, né? Num primeiro momento “Como assim uma gravidez planejada com 16, 17 anos?”, “Não, eu sempre quis, e a gente queria ter um filho”. E a gente ia pra aquelas perguntas, eh... de referência, do tipo: onde é que você tá morando? E os seus estudos? Qual é o seu projeto de vida? E era muito seguro isso em alguns momentos. Eh... então isso foi uma coisa que o exercício aqui na Maternidade me fez mudar um pouco a forma de olhar, eh... que tem que ser muito particular, tem que ser a partir da referência dele e não da minha, né? Então, isso foi algo que eu aprendi aqui. (Higia, M.4)

Artémis avalia que o grau de maior ou menor dependência dos adultos é o que determina a condição “adolescente”; a autonomia passa a ser, em detrimento do critério cronológico, a senha para ingresso na vida adulta. Higia, por sua vez, percebe a diversidade de adolescências através dos diferentes projetos de vida que divergem dos padrões e modelos idealizados do profissional de saúde, que normalmente sendo oriundo de outro contexto sociocultural e econômico não percebe que suas referências não são universais e que por isso mesmo não podem ser impostas como “verdades” absolutas. Ela reporta-se ao próprio choque cultural e à necessidade que teve de olhar através de outras lentes para desvelar realidades de “adolescências” que se mantinham para ela imersas em opacidade.

Moira, nessa mesma perspectiva, traça o perfil de duas realidades socioeconômicas nas quais se inserem as/os adolescentes, destacando vulnerabilidades sociais que determinariam projetos de vida, que culminam com a gravidez na adolescência.

[...] Então, talvez o adolescente da classe alta, da classe média alta, ele tem o objetivo de estudar, de se formar, de ter um futuro, ter um emprego [...] E adolescente de classe baixa, que mora em comunidade, muitas vezes comunidades violentas, né? Que não favorecem um lugar, uma moradia adequada pra essas pessoas, eles costumam ter outros objetivos de vida. Então [...] já atendi muitas meninas que chegaram aqui no ambulatório pra me dizer estavam grávidas porque queriam, porque planejaram, porque queriam formar uma família, porque queriam sair da casa da mãe, que não aguentava mais morar numa casa com 10, 12 irmãos, porque não aguentava mais o padrasto que batia, porque não aguentava mais o padrasto que abusava, porque não aguentava mais a mãe que a mandava tomar conta

da casa e cuidar dos irmãos, enfim, que não aguentava a vida que tinha e pra mudar daquela vida, pra sair daquela realidade, a única solução era uma gravidez, porque ali ela ia ser vista como mulher, responsável, né? E ainda ela ia poder sair daquela casa, pra passar pra outro lugar pra morar, e elas estavam aqui aparentemente muito bem resolvidas. (Moira, M.3)

Pode-se perceber um rasgo de atravessamento dos próprios valores de Moira, engendrados pela sua vivência de classe social, quando ela afirma que os adolescentes de classe média e classe média alta projetam “ter um futuro”, em contraste com adolescentes, por ela nomeados, de “classe baixa”. Em que pesem as disparidades, as/os adolescentes das classes populares, tanto quanto os adolescentes de classe média e/ou classe média alta, miram no futuro, só que os primeiros com mais desvantagens e vulnerabilidades, como ela mesma descreve. A entrevistada depreende que, diante de tantos obstáculos, a gravidez passa a se configurar como “única solução” para a adolescente escapar de um cenário marcado pelo “não ter” (moradia, privacidade, respeito, afeto) e a maternidade se configurando como possibilidade de “ter”, produzir, engendrar algo intrinsecamente pessoal: seu filho, sua criação. Assim, a potência biológica materializada na função procriadora, para Moira, vem responder às demandas de reconhecimento e aos anseios de mobilidade e ascensão social das adolescentes. Entretanto, outros aspectos podem gerar um “mal-estar” no campo da procriação, como será abordado a seguir.

5.4 Adolescentes: sexualidade e situações de abortamento

As entrevistadas foram convidadas a falar se já haviam atendido adolescentes em situação de abortamento e se identificavam algum traço que as particularizasse. A questão formulada de modo pouco diretivo deu margem a diferentes enfoques; de início, seis entrevistadas compartilharam a percepção de que as adolescentes abortavam em menor número quando comparadas às mulheres adultas. Seguem-se algumas falas:

Eu já atendi adolescentes que fizeram tentativa de aborto. Eu estava tentando lembrar, pelo menos durante esse ano, quais foram os casos, porque eu já atendi muitas, a maior parte de adultas [...] Agora tem relatos de algumas adultas, que eu já acompanhei, que se referiram a abortos anteriores, né? Então, algumas delas referiam a abortos na época da adolescência. (Nice, M.1)

[...] Eu tive muito mais experiência de um filho desejado, no mínimo, do que de filho indesejado na adolescência, por incrível que pareça. (Hebe, M.3)

A dificuldade que algumas entrevistadas tiveram para evocar os casos de adolescentes em situação de abortamento revela que a frequência deles não tem sido tão expressiva a ponto de

suplantar a experiência que as profissionais têm com adolescentes grávidas ou no puerpério, no contexto dos hospitais-maternidade. A observação feita por Hebe, de que “por incrível que pareça” a gravidez pode ser desejada ou até mesmo planejada, nesse momento da vida, faz sobressair o quanto o estereótipo que atinge as adolescentes (como mais propensas ao aborto) está presente no imaginário social, especialmente para o profissional de saúde, que reproduz de modo irrefletido essas construções do senso comum, conforme alguns estudos já identificaram.⁽⁵⁾⁽⁷⁾ Higia (M.4) relata:

[...] A gente fez até uma pesquisa recente [na Maternidade] para apresentar para equipe que essa noção de que as pacientes de abortamento são muito jovens, não é a nossa realidade hoje. Então, a gente tem uma frequência maior dentro do ciclo de vida da vida adulta do que adolescentes necessariamente. O que não significa dizer que não tem adolescentes presentes. Mas, a maior faixa [etária], no período de tempo que a gente identificou [as ocorrências], não era de adolescente. (Higia, M.4)

Assim, na tentativa de desmistificar a falsa crença que as adolescentes são as que mais abortam, as psicólogas da M.4 realizaram uma pesquisa que gerou um dado concreto para ser apresentado à equipe de saúde, oferecendo-lhe a possibilidade de desconstruir a imagem distorcida que detinha do seu público de adolescentes. Esse levantamento realizado na M.4 confirmou os achados da última pesquisa sobre abortamento, realizada em âmbito nacional pelo MS, na qual foi constatado que o número de abortos se manteve em uma razão diretamente proporcional à idade.⁽³²⁾

Outro aspecto levantado pelas entrevistadas, para a caracterização das adolescentes, refere-se ao momento da iniciação sexual. Relatam:

Percebo que ela tem sido cada vez mais cedo, né? As meninas, principalmente as meninas, eu acho que têm entrado na vida sexual mais jovens... Às vezes engravidado também cedo, bastante cedo... E tido filhos durante a adolescência, mais de um filho. Acho que [a] adolescente tem antecipado um pouco algumas etapas. (Nice, M.1)

Eu acredito que hoje, com as mudanças, né? Essas mudanças sociais que nós estamos vivendo, as meninas estão entrando cada vez mais cedo na [adolescência] tendo vida sexual ativa cada vez mais cedo e muitas vezes sem as orientações necessárias, sem as recomendações mesmo, né? (Themis, M.5)

Atendo mais adolescentes fora daqui do que aqui. Mas, eu também vejo diferença [...] aqui [na maternidade], em geral, a vida sexual começa mais cedo, quando ainda nem chama adolescência, né? Quando ainda está na pré-adolescência. Então, a gente teve aqui na Maternidade meninas muito novas assim de doze, de onze anos, criança praticamente. E na Clínica, todo mundo que eu atendi teve um início de vida sexual posterior, não foi aos 14, nem aos 15, foi mais perto dos dezoito, dezenove ou com vinte ainda não teve. Enquanto que aqui, a gente vê meninas mais jovens assim 14, 13, 15, né? (Ariadne, M.5)

As falas a respeito da “antecipação” quanto ao ingresso na sexualidade genital, bem como a referência à “falta de orientações, de recomendações” que acompanha esse momento, poderiam ser emblemáticas na perspectiva adultocêntrica, entretanto, elas confirmam os dados epidemiológicos do Brasil, tanto em relação à faixa etária cada vez mais jovem para a iniciação sexual, quanto em relação às consequências do ato sexual desprotegido, seja pela gravidez ou pela incidência de doenças sexualmente transmissíveis.⁽⁴⁰⁾ Por outro lado, a constatação de que o início da atividade sexual difere quanto à inclusão em certo estrato social, como demarcado por Ariadne, abre outras possibilidades de análise. Na tentativa de desemaranhar essa questão, outras entrevistadas ponderam:

Eu acho que muitas delas têm uma permissividade dos pais, né? [...] discuto muito isso aqui com a equipe inclusive, né? [Há] um afrouxamento desses laços familiares, de dar limites mesmo, de impor regras, e dentro do meio em que eles vivem, de que não é realmente importante, não é realmente relevante [...] não se conversa a respeito de sexualidade, né? Não se conversa. [as adolescentes dizem] “Ah! Não, eu sei por que, eu vejo na Internet, eu vejo que precisa usar camisinha, que precisa tomar anticoncepcional, mas...” (Hebe, M.3)

Eu acho que [a sexualidade na adolescência] é complicada porque ao mesmo tempo em que é estimulada pela mídia, pelos grupos de pares, também é muito reprimida e julgada pelos “adultos” entre aspas [...] que têm uma certa dificuldade de ter [...] uma conversa mais aberta. Acho que apesar de já ter melhorado bastante, ainda existe um tabu para conversar sobre algumas coisas, né?... Adolescente, pai e mãe... Às vezes consegue-se uma figura de referência que é mais aberta, que consegue conversar de modo mais horizontal... Mas eu ainda vejo muitas dificuldades e muito constrangimento por parte das mães, dos pais pra alguns assuntos, algumas temáticas, eh... Até pra reconhecer especificamente que aquele adolescente eh... Pode provavelmente tem uma vida sexualmente ativa. (Íris, M.1)

Hebe (M.3) faz uma leitura a partir de sua referência de classe sociocultural ao dizer “isso não é importante, não é relevante no meio em que eles vivem” e sinaliza a lacuna deixada pelos pais, que são “permissivos”, que não conversam sobre sexualidade e contracepção com seus filhos. Íris, à sua vez, não faz juízo de valor acerca dessa ausência de diálogo e a interpreta como efeito de uma “dificuldade”, de um “constrangimento” para abordar o tema da sexualidade, ainda considerado tabu na sociedade. Íris denuncia igualmente o prisma supostamente adulto (ao colocá-lo entre aspas) que reprime e julga a precocidade da vivência sexual na adolescência e não percebe as próprias limitações para afrontar o diálogo sobre sexo; ademais, envia permanentemente dupla mensagem⁽³⁸⁾ aos adolescentes.

Hebe se reporta igualmente à fragilidade da conexão entre atividade sexual e a necessidade de utilização dos métodos contraceptivos. Sabe-se, todavia, que o tabu que recai sobre a sexualidade não é o único aspecto determinante da falta de implicação das/os adolescentes nas consequências da atividade sexual desprotegida (que não se limita à procriação): a

escolaridade dos pais, sobretudo da mãe, desempenha um papel significativo no favorecimento da prática dialógica quanto à negociação entre os parceiros, por exemplo, no que se refere ao uso e escolha de contraceptivos, conforme estudos apresentados anteriormente. ⁽⁴⁵⁾⁽⁴⁸⁾⁽⁴⁹⁾

Desse modo, a influência exercida pelas genitoras das adolescentes é destacada por algumas entrevistadas:

O que eu tenho visto é que o papel da mãe é fundamental. Da mãe enquanto função materna, da mulher mais experiente em lidar com a questão da maternidade [em] estar acompanhando aquela adolescente. Seja para apoiar, pra oferecer um apoio, uma ajuda ou, seja recriminando, essa figura sempre aparece com muita proeminência nesse contexto. (Gaia, M.2)

Então, eu vejo como entrave esse posicionamento da mãe que toma decisões pela adolescente, que se coloca pra equipe nem sempre possibilitando que a adolescente tome a decisão por si mesma ou que participe, pelo menos, da discussão. Então, algumas situações inclusive muito mobilizadoras [...] a adolescente sofreu o aborto e disse que não queria ver o bebê, o feto, mas a avó quis, né? A mãe dela quis ver e aí a mãe vai lá, tira uma foto e guarda porque ela vai mostrar para adolescente lá na frente, pô!... mas ela disse que não queria ver, ‘ah! mas lá na frente’... lá na frente ela vai sofrer as consequências dela ter dito que não queria ver agora, né? [...] a gente percebe, o quanto essas mães acabam, por questões delas, sendo invasivas... (Artémis, M.2)

Gaia destaca o papel da figura materna, cuja proeminência relega a adolescente ao plano secundário; Artémis pontua que “por questões delas”, as mães são muitas vezes invasivas, na medida em que não respeitam o espaço subjetivo das filhas adolescentes e acabam por tomar decisões por elas. Salienta que muitas mães de adolescentes são ainda bem jovens que, por sua vez, foram também mães adolescentes. Ariadne (M.5) constata, igualmente, esse traço transgeracional e comenta que não é incomum as avós dos bebês se encontrarem grávidas. Desse modo, a maternidade passa a ser reeditada pelas jovens avós, seja pela identificação com as filhas adolescentes grávidas ou puérperas, seja em ato, pelo advento de uma gravidez que poderia ser considerada, dadas certas condições, mais tardia.

Gaia (M.2) faz ainda uma distinção entre a posição subjetiva da adolescente grávida ou puérpera daquela da adolescente em situação de abortamento: em que pese sobre as primeiras o controle da figura materna, essas adolescentes acabam por ter uma margem maior para se colocar de forma menos passiva, sendo mais capazes de reivindicar a autoria de suas próprias experiências.

Hebe, sobre esta questão, relata que acompanhou as adolescentes grávidas que mesmo em um contexto de fortes pressões, muitas vezes, conseguem se expressar da seguinte forma:

“Eu vou enfrentar”, “porque dizem que eu não vou conseguir criar”, “que eu vou perder minha vida, que não vou conseguir fazer mais nada”, “que eu vou ter que abrir mão de tudo” “Não! mas eu posso sim! Posso... posso passar um tempo sem fazer essas coisas que eu gosto, de sair, de beber, mas vai voltar tudo ao normal”, né? [...] vislumbram um futuro e que têm outras alternativas, que não é tão fatídico como querem fazer com que elas acreditem. (Hebe, M.3)

Em contraposição, Gaia sublinha que, nos casos de abortamento, a passividade da adolescente passa a ser um traço marcante. Descreve uma cena:

[...] a gente vai conhecer aquela jovem e a mãe ou a acompanhante está por perto, às vezes não se dá nem a oportunidade dela começar a falar porque ou vai se fazer desde já uma explicação de porque que aquilo [o aborto] está acontecendo ou vai recriminar aquela adolescente ou vai minimizar a coisa como “ah, já passou e vamos tocar em frente”. Mas eu vejo assim, que aparentemente não há muito espaço pra elas próprias falarem da experiência e delas tomarem decisões com relação a isso. Mesmo quando é um aborto espontâneo e era gravidez desejada pela adolescente, com o consentimento, a concordância da família ou não... (Gaia, M.2)

Chatel ⁽¹⁵⁾ constatou certo aspecto, em relação às mulheres que ela atendia nas situações IVG, que faz ecoar a observação de Gaia quanto à passividade das adolescentes nos casos de abortamento, isto é: a ausência subjetiva das mulheres que, naquela situação, pareciam carregar o próprio corpo como se fosse um “móvel”, quase nunca escutavam quando o próprio nome era chamado, como se o sujeito não estivesse presente (em sua condição de evanescente), mas marcado fundamentalmente pela ausência. A adolescente, ao abdicar do protagonismo de seu ato, permanece como expectadora, vendo a cena transcorrer entre adultos como se eles fossem os principais atores do drama.

Além dessa condição, outros sentimentos podem ser experimentados pelas adolescentes, como evocam as entrevistadas, na busca de melhor caracterizá-las. Destacam:

[...] muito mais comum o alívio do que certo pesar. No aborto provocado, enfim, era do desejo e isso faz sentido, mas muitas vezes no aborto espontâneo, principalmente em adolescentes, é muito raro um adolescente ter um pesar sobre o bebê que não vingou. (Artémis, M.2)

Acaba sendo um alívio pra família, né? “ah, você é muito nova”, “que bom não levou adiante... poderia ser um bebê com problemas... né?”. Mas, eu sei que no fundo essa mulher quando você a escuta, ela queria aquela gravidez, teve o desejo... É algo que não é aceito socialmente, mas que tem aí um desejo que não pode muitas vezes ser falado, porque é como se ela não pudesse vivenciar o luto, a morte desse bebê... é um luto não antecipado, né? (Irene, M.6)

Respaldadas em suas escutas, as psicólogas destacam uma borda pela qual se pode ter acesso à particularidade do evento subjetivo para cada adolescente: Artémis confrontou-se com adolescentes que experimentaram mais “alívio” que “pesar”. Essa percepção é nuançada por outras leituras, como o faz Irene (M.6) ao destacar que o sentimento de “alívio” comparece mais frequentemente na família, que não autoriza a adolescente vivenciar o seu luto. Na percepção dos adultos, o aborto teria sido o melhor desfecho e a adolescente acaba por silenciar seu “desejo” e seus próprios sentimentos. Mas a oferta de uma escuta que, como particulariza Chatel,⁽¹⁵⁾ rompe com o tom “velado e asséptico” do atendimento, possibilita e autoriza a adolescente expressar o que não é “socialmente aceito” e a vivenciar o seu luto ou o seu alívio. A acolhida subjetiva do embrião intraútero não se faz sem ambivalência, daí decorre o “alívio” após o abortamento de uma gravidez desejada e o “luto” após um abortamento provocado.

Ariadne destaca aspectos da ambivalência posta em ato:

Tiveram os dois relatos, tanto de alívio, quanto o de provocar e depois de provocar desejar que não tivesse provocado e achar que poderia então voltar atrás e quando chegar aqui vê que não pode voltar atrás, né? Eh... eu acho assim que essas mulheres tentam racionalizar bastante esse momento... mas ele não é sem sofrimento, de forma alguma, né? Tem muita dúvida se faz ou se não faz... (Ariadne, M.5)

Ariadne se reporta aos relatos em que comparece não apenas a sensação de alívio, mas, sobretudo os sentimentos ambivalentes que invadem as mulheres adultas e adolescentes pela dúvida, arrependimento e sofrimento de terem que se lançar em um ato com consequências irreversíveis. Recorre-se à racionalização, na roupagem de justificativas socialmente aceitas, como forma de tamponar o buraco da perda, que provoca o luto. Artémis, no desenrolar da entrevista, também vai exemplificar a ocorrência de tentativas de aborto realizadas por pura precipitação, passagens ao ato que desencadeiam o arrependimento logo em seguida. Relata:

[...] Acho que muitas vezes elas tomam a decisão do aborto de forma muito intempestiva, muito impulsiva... Quantos casos a gente recebeu aqui da mulher que acabou de fazer uso, sei lá doze, quatorze Cytotec(s) e depois do uso imediatamente elas vêm procurar o hospital dizendo que estão arrependidas, querendo dar um jeito de tirar, de reverter a tentativa? Várias! (Artémis, M.2)

Leda dirá ainda:

Na maioria das vezes existe sim um luto. Principalmente quando a situação de abortamento não foi de um aborto provocado. Não que não haja no aborto provocado também um sentimento de luto [...] existe também a situação de vergonha, de medo, de medo não só do julgamento do profissional, mas também do medo do julgamento da família, não é? [...] Então eu identificaria o luto de uma forma geral. Eu não acho que aquela pessoa que provocou, não possa passar por um luto porque teve uma ação de abortamento. (Leda, M.1)

A entrevistada destaca não apenas a dimensão do luto – tanto no abortamento espontâneo como no provocado – mas também a vergonha, o medo do julgamento do profissional de saúde e o medo do julgamento da família. Assim, revela-se uma multiplicidade de sentimentos nas situações de abortamento, cuja variabilidade é determinada pela vivência singular do evento. Todavia, tais sentimentos podem ser intensificados pela forma como as adolescentes são recebidas nos serviços de saúde. Tésis (M.2) relata que já constatou expressões, verbalizações de alívio por parte das usuárias no momento da alta, não simplesmente em razão da realização do procedimento, mas por estarem deixando para trás a própria experiência de hospitalização.

Para poder melhor aferir a visão das psicólogas acerca do tratamento dado às adolescentes, foi-lhes questionado se elas percebiam algo das relações raciais perpassando os atendimentos. A maioria das entrevistadas teve dificuldades de identificar a questão da raça/cor isolada do contexto social e das vulnerabilidades que afetam historicamente a população negra no Brasil. Algumas falas destacam-se:

Não [percebo]. Porque termina que nossa clientela é majoritariamente negra e com poder aquisitivo baixo, então isso meio que homogeneiza, né? [...] eu não percebo da equipe nenhuma manifestação. [Em] contraposição, claro que elas vêm justamente por essa condição racial e econômica e social com uma série de desvantagens sociais, digamos assim. Então sobre elas vem incidindo isso, e, às vezes, não com relação à presença na maternidade, mas com relação à história de vida, ao acesso aos outros serviços de saúde... Elas falam dessa coisa... do prejuízo social mesmo, que eu acho que é uma questão que perpassa a questão racial, do ponto de vista de que os negros, a população afrodescendente, ela vem de uma história no Brasil de um certo desvalor, de uma cidadania que é muito pouco valorizada. Então a gente percebe os reflexos disso aqui, mas eu não percebo isso incidindo aqui. (Gaia, M.2)

Quando uma pessoa mais esclarecida, economicamente mais ativa, que normalmente dentro dessa instituição é uma pessoa que tem uma raça mais embranquecida, vamos colocar esse termo por falta de outro melhor, eu acho que existe sim. Mas não vejo uma coisa ligada à raça em si. [...] quando chega alguém mais esclarecido, que sabe falar mais dos seus direitos, mais empoderado, que pode trazer problemas para a Instituição, denúncias nas ouvidorias, no Ministério Público, eu acho que essas pessoas são mais escutadas, são mais acolhidas, são mais bem tratadas, em todos os sentidos... (Leda, M.1)

Eu não sei lhe dizer... o que eu sei dizer é que a gente tem aqui na maternidade majoritariamente uma população de pardos e negros, não é? [...] porque a gente tem também muitos trabalhadores que são pardos e negros aqui. Então, eu não realmente não saberia lhe dizer se passa por aí... É possível que tenham casos, não é? Por exemplo, se nós tivéssemos aqui uma população de mulheres brancas que provocam o aborto, eu acho que elas sofreriam a mesma discriminação, eu penso que seria da mesma ordem [...] acho que o aborto está para além da raça, essa é a impressão que eu tenho. (Ariadne, M.5)

Nice (M.1), por seu turno, afirmou que a questão racial era objeto de discriminação por si só, contudo não conseguiu se reportar a nenhum evento que tivesse presenciado motivado pela

questão da cor/raça. Por outro lado, relatou que as pacientes com transtorno mental ou usuárias de substâncias psicoativas sofrem séria discriminação por parte da equipe, sendo colocadas, às vezes, em “isolamento social”, mesmo quando compensadas e sem oferecer risco, apenas em função do estigma. Dione (M.4) também destaca:

[...] estar em situação de rua, eu acho que a relação racial tá aí porque a prevalência de negros é muito maior. Então de se diferenciar, de se colocar como “o diferente”, eu acho que o racial entra nisso, mas entra como social. Porque se alguém chega, por exemplo, com trabalho, com uma vida estabelecida, uma família, como é que se diz? uma família convencional, vai ter um olhar por parte da equipe e se isso muda, né? Também em relação de gênero... se alguém vem com a companheira numa situação de abortamento, engravidou de alguém, mas tem uma namorada, tem uma companheira, provoca um estranhamento eh... na instituição, mas é algo que está sendo trabalhado porque isso está acontecendo cada vez mais, então as pessoas já não criam aquele burburinho, enfim... (Dione, M.4)

Artémis (M.2) irá reportar-se à questão racial propriamente. Na sua percepção, uma adolescente branca pode ser vista como mais “frágil” e por isso demandar mais atenção e cuidados da equipe. A entrevistada evoca uma situação na qual uma adolescente branca procurou a M.2 (para não usar o plano de saúde, que traria como consequência ser descoberta pelos pais) em situação de abortamento e acabou por ser “paparicada até dizer chega” (conforme Artémis) pela equipe; contudo, esse exemplo não exclui o viés do social, à medida que a adolescente era proveniente, conforme o relato, de classe média alta.

A pergunta sobre a uma possível discriminação relacionada à questão da cor/raça fez vir à tona outras condições que são estigmatizadas pelo profissional de saúde, tais como, ser morador de rua, ser usuário de álcool e/ou outras drogas, ser portador de transtorno mental, diferir quanto orientação sexual heterossexual e algumas entrevistadas vão destacar a discriminação à adolescente sexualmente ativa. Seguem falas do *arquivo*:

Eu vejo diferença no tratamento em relação à idade da mulher. As adolescentes, eu percebo que elas são mais julgadas, porque engravidaram – cedo – e quando sofrem o abortamento, ou quando provocam o abortamento é outra culpabilização, né? “não bastou engravidar e ainda foi abortar”. Eu vejo essa marca muito forte. (Íris, M.1)

Não consigo perceber [discriminação racial], pode ser que tenha. Acho que tem mais a ver com a história mesmo daquela mulher [...] acho que o preconceito está muito mais se ela provocou um aborto, se ela não provocou [...] Se ela rejeita o filho, se ela usa drogas [...] se ela tem mais de um filho... Eu acho que aí sim, tem. Pra uma menina de vinte anos com cinco filhos, né?... Eu acho que aí tem um preconceito muito maior do que pela cor. (Irene, M.6)

A pergunta sobre o atravessamento da questão racial no âmbito da assistência resvalou para uma série de outros estigmas e preconceitos, alimentados por juízos de valor que avaliam situações e contextos a partir de um sistema de poder, produtor de “verdades” (do que é normal, do que é anômalo), estruturado pela hegemonia de um regime político, econômico e

social⁽¹⁴⁾⁽⁶⁹⁾ que dita as regras nesse cenário institucional, fazendo incidir sobre as situações de abortamento, na maioria das vezes, um julgamento ainda mais severo. Expõem as entrevistadas:

Acho que o grande problema é o julgamento [...] Tal paciente não provocou [o aborto], então é melhor do que a paciente que provocou. Ou eu sou melhor do que a paciente que provocou, né? Porque no fim é isso, eu ser mais [...] Se coloca julgando o outro. (Dione, M.4)

Talvez [o entrave] seja esse medo do julgamento [...] elas já saem de casa, eu acho, esperando chegarem para serem julgadas, em situação de aborto provocado, e infelizmente elas passam por situação de julgamento dentro de hospital, qualquer que seja ele, eu acredito. E você, enquanto membro daquele hospital de alguém que já julgou, você passa também a ser uma julgadora por tabela, né? Então eu acho que pra você mostrar que você tá ali pra dar o suporte e não pra julgar, é um desafio. Conquistar essa confiança é um desafio. (Moira, M.3)

Dione destaca na ação de julgar o embate de puro prestígio de consciências que visam, em última instância, ao reconhecimento do outro (“sou a mais ética” “a mais correta”); os efeitos dessas disputas repercutem no trabalho da equipe multiprofissional e na atuação específica da(o) psicóloga(o) aí inserida(o). Em geral, a equipe de saúde costuma dissociar os procedimentos técnicos e a vivência interpessoal que emerge dos atos de assistência, o que acaba por redobrar demandas para a intervenção psicológica. Desse modo, no contexto das situações de abortamento, a(o) psicóloga(o), além de ter que lidar com as questões suscitadas para os sujeitos singularmente, terá que contornar as formas iatrogênicas de intervenções da equipe que ignora tanto a dimensão política, quanto a dimensão da subjetividade no seu fazer profissional, produzindo efeitos deletérios à saúde mental, colocando para as(os) psicólogas(os), como destaca Moira, um grande desafio para a atuação profissional.

5.5 O elenco (os profissionais e a dimensão do abortamento)

As entrevistadas se reportam a outros aspectos que interferem na implementação de uma atenção humanizada, precisamente a dimensão subjetiva do abortamento para cada membro da equipe multiprofissional que, inevitavelmente, se reflete na assistência. As entrevistadas sublinharam alguns fatores que devem ser descritos e analisados. Íris (M.1) sublinha a “mistura” que o profissional de saúde faz entre seus os valores e crenças e o trabalho mais técnico. Diz:

Claro que a gente não vai entrar como uma tábula rasa, a gente não vai entrar despido completamente dos valores, das crenças, das ideias. Mas, eu acho que, muitas vezes, o profissional não se dá conta disso, do quanto as coisas estão misturadas e aí ele acaba atuando baseado nesse julgamento, nesse juízo de valor que ele faz. (Íris, M.1)

O fato de o profissional de saúde “não se dar conta” do quanto seus valores, suas crenças, suas ideias formam um sistema ideológico que o faz operar – seja através de gestos ou atitudes, seja pela tomada de decisões – desencadeando efeitos de dominação⁽⁶⁹⁾⁽⁸⁸⁾ sobre as/os usuárias(os) dos serviços de saúde, denuncia a pouca reflexão sobre a natureza política de sua prática e o alheamento quanto ao papel que tem a sua subjetividade no campo assistencial. Analisando por esse ângulo, Dóris (M.2) constata a necessidade de trazer para o espaço público as questões ligadas ao abortamento, destacando a importância de falar, discutir o mais abertamente possível tudo o que a ele está relacionado e considera um entrave mantê-lo atrelado à religião, à criminalização e à moralidade.

Dóris compreende que ao discurso moralizador subjazem questões de ordem pessoal que poderiam se tornar mais dolorosas pela aproximação com as adolescentes em situação de abortamento. A entrevistada faz a hipótese de que, sendo mulheres o maior contingente de trabalhadores em uma maternidade, não seria improvável que muitas dessas profissionais já tivessem, elas próprias, vivenciado alguma situação de abortamento. Trata-se de uma conjectura plausível, considerando que a OMS estima que uma, a cada nove mulheres, recorre ao abortamento para interromper uma gravidez não planejada; além disso o percentual de abortos espontâneos exibe taxas igualmente significativas.⁽¹⁾

[...] os profissionais de saúde acabam se incomodando muito com isso, e criando algumas formas de defesa. [...] não querer se envolver com essa paciente é uma forma também de eles se defenderem desse tema que pra eles pode ser doloroso, assim, por exemplo, numa maternidade, aqui, o grande número de profissionais é mulher, né? E provavelmente muitas mulheres que estão trabalhando aqui já passaram por uma situação de abortamento. Então, talvez pra não atingir essa, digamos, esse ponto da vida pessoal delas, elas preferem também manter uma certa distância dessas pacientes. (Dóris, M.2)

Afastar-se da problemática que afeta a usuária é uma defesa que, em última instância, falha, na medida em que ela não se protege efetivamente, mas desencadeia efeitos na assistência prestada. Dione (M.4) reporta-se a uma situação:

Por exemplo, tem uma pessoa, enfermeira, que perdeu o bebê. Então para ela sempre abortamento é uma questão. E alguém provocar um abortamento pra ela é muita questão. Então a gente tenta até fazer com que ela não atenda em abortamento, mas eventualmente ela vai e ela fica muito tocada. Tanto quando alguém perde, porque ela se identifica, quanto quando alguém provoca, porque ela não consegue dar conta, não consegue entender isso, né? Então, claro que isso vai afetar o atendimento dela. (Dione, M.4)

Higia (M.4) evoca a perplexidade que experimentou diante da constatação de que mulheres, cuidando de outras mulheres eram capazes de reproduzir situações de violência, tanto no

discurso, como na ação. A possibilidade que aquelas profissionais se identificassem com as pacientes, pela vertente do feminino, lhe pareceu, nos primeiros contatos com a Maternidade, inexistente e suplantada pelo dispositivo saber/poder.⁽⁶⁹⁾ A máscara, ou melhor, o “jaleco”, serve, muitas vezes, de investidura que forja a imagem do profissional de saúde, distanciando-o da/do paciente, estabelecendo, não raro, uma relação verticalizada. Sob uma capa de cientificismo, os profissionais podem, às vezes, esconder questões pessoais, por não saber como expressá-las, ou podem expressá-las de forma danosa na relação com as pacientes.

As psicólogas da M.5, por sua vez, compartilham a mesma percepção de que não eram chamadas, na maioria das vezes, para prestar atendimento psicológico às mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento. Ariadne comenta:

[...] A impressão que eu tenho é que a paciente de abortamento ela dá entrada e é como se ela não fosse vista; assim, é sabido que é uma paciente que demora mais pra ser atendida no Centro Obstétrico, que ela não é considerada uma urgência. Então, em geral, ela fica muito tempo na espera... (Ariadne, M.5)

Trata-se mais de invisibilizá-la do que não vê-la propriamente. A maioria das entrevistadas relatou que percebem diferenças na assistência prestada quando o aborto é espontâneo ou provocado. Expõem:

Ah, sim, sim. Com certeza. E às vezes o espontâneo gera dúvidas, suspeitas. Acho que quando chega um abortamento especificamente já gera inquietação na equipe. Tanto por “será que foi espontâneo mesmo?”, “será que não fez nada pra provocar?” Sempre gera um incômodo, sim. (Tésis, M.2)

A “inquietação” que atinge a equipe testemunha o quanto os profissionais podem ser afetados com a ocorrência do aborto e a suposta invisibilidade surge como uma manifestação encobridora de outros afetos. A premissa, às avessas, de que, “a princípio, todo aborto é provocado, até que se prove o contrário”, produz intenso sofrimento para as mulheres adultas e adolescentes que abortam espontaneamente, amplificando os sentimentos que eclodem nessas situações. Hebe (M.3) reporta-se a uma situação na qual uma adolescente de 15 anos relata o quanto foi sofrida a vivência de um abortamento espontâneo, no espaço do Centro Obstétrico, por ter sido vista na generalidade. O apagamento de sua experiência singular tornou-se intolerável, reafirmando o que Clavreul⁽⁷⁰⁾ destacava, ou seja, o caráter de insuportabilidade de ser tomado como “qualquer um” pelo discurso médico. A entrevistada empresta sua voz à referida adolescente, citando-a:

[...] “eu fui tratada como mais uma aqui. É como se fosse mais um bebê que morreu e que precisa nascer e que eu preciso botar pra fora e que eu preciso expelir o feto.” E ela falava da dor [que sentia] quando o médico dizia, se referia “vai ter que expulsar o feto”. Ela: “eu não quero expulsar meu filho, eu não tenho escolha...” (Hebe⁵, M.3)

Moira também relata:

[...] eu encontrei pacientes adolescentes em situação de abortamento provocado por uso de medicação e encontrei uma paciente de aborto provocado por instrumento de ferro, e a situação dela era muito grave, grave mesmo, ela estava correndo risco de vida, e... eu não via nenhum tipo de compaixão daquela equipe que estava cuidando dela, pelo contrário, o discurso que tinha é “ela tá assim porque ela provocou”, “ela tá assim porque ela quis”, “ela tá assim porque ela fez por onde”. E quando você tem uma paciente que tem abortamento espontâneo, você percebe toda empatia, todo cuidado com aquela mulher. Pode ser adolescente, mas se ela está referindo, afirmando que era uma gravidez que ela queria, era um bebê que ela esperava, existe todo um sentimento, sem dúvida alguma. (Moira, M.3)

A experiência narrada por Moira traz elementos que evidenciam fatores de risco aos quais estão expostas mulheres adultas e as adolescentes nas situações de abortamento, mas, além disso, aponta as formas discriminatórias sustentadas em um discurso punitivo, numa lógica de “crime e castigo”, na qual fica mais que subentendido que a equipe acredita que a “paciente fez por merecer” sofrer determinados danos. Outras nuances são lidas por Gaia em uma situação, que se poderia dizer, emblemática:

[...] eu acho que tem uma questão cultural aí, principalmente com relação às adolescentes, de um preconceito em relação a elas, de uma desconfiança de que os abortamentos são sempre provocados, de que vêm sempre de uma conduta leviana, e de que são decorrentes do desleixo com o próprio corpo, com a própria saúde reprodutiva. Acho que essa cultura de [...] violência obstétrica e da discriminação com relação ao gênero e à própria condição de adolescente, ela é o que impacta muito nesse processo. Acho que muitas vezes poderia se fazer uma analgesia e não se faz, a assistência não é dada da melhor forma porque se entende que se a coisa fluir muito bem, muito indolor, muito tranquilamente, é como se fosse um incentivo. Eu percebo esse discurso, assim, nas entrelinhas, é como se fosse um incentivo a continuar fazendo, e eu acho que muitas vezes a intervenção é meio punitiva pra que elas sintam como é e não queiram vir mais. Ao mesmo tempo [...] já vi em alguns momentos alguém se despedir dizendo: “até o ano que vem”, como que se dessas pessoas já se pudesse esperar que voltasse novamente porque estariam presentes, não as mesmas condições sociais, [não] o mesmo contexto socioeconômico, mas a mesma irresponsabilidade, leviandade, digamos assim, dessas adolescentes de hoje, dessas jovens de hoje. Então, acho que essa questão cultural é principal. (Gaia, M.2)

⁵ Destaca-se aqui que a enunciação dessa entrevistada exhibe um traço curioso, no que diz respeito à retomada dos relatos das pacientes adolescentes, na maioria das vezes, em discurso direto. Hebe foi uma psicóloga que revelou ter certo fascínio pelo adolescente e que quando passou a desenvolver um trabalho com adolescentes grávidas constatou que elas aderiam à proposta muito rapidamente, logo, deduziu: “Então, talvez, minha adolescente não esteja tão abafada assim, não esteja tão escondida e a gente conseguia se vincular muito bem, fazer um trabalho muito bacana”. Deste modo, a proximidade que a entrevistada consegue estabelecer com as adolescentes se evidencia pela facilidade que ela mostra em dar voz a textos como que “ditados” pelas adolescentes.

Gaia analisa aspectos da violência obstétrica nas situações de abortamento, realçando o texto que aí transcorre de modo subliminar, o qual, além de mergulhado em um profundo desconhecimento das raízes sociais do problema, parece se embasar na crença do senso comum de que ações punitivas seriam capazes de exercer um efeito “corretivo”, por assim dizer. Sabe-se, todavia, que a punição produz resultados apenas transitórios, no que diz respeito à extinção ou redução de um dado comportamento, sem modificá-lo de fato;⁽⁹⁴⁾ tal evidência não escapa à percepção turva de alguns, que punem e, ao mesmo tempo (por mais paradoxal que seja), são capazes de antever a repetição do evento que, pretensamente, se queria evitar. Assim, na situação dada, anuncia-se, não sem ironia, o reencontro com a mesma adolescente, em um intervalo, no mínimo, breve, num total alheamento acerca das vulnerabilidades (socioculturais, econômicas e falta de acesso a serviços de saúde) às quais essa adolescente está exposta e que poderiam determinar a repetição do evento. Desse modo, infligir a punição – ainda que sutil – além de não exercer nenhuma ação educativa, muito menos protetiva, acaba por distanciar os profissionais de saúde das adolescentes, deixando os primeiros de desempenhar o papel de referência que lhes caberia junto a elas.⁽⁴⁸⁾

Ressalte-se, ainda, que a ação punitiva do profissional de saúde, nesse contexto, só poderia transcorrer de modo sombrio, não explícito, já que não dispõe de aparato legal ou científico que a sustente. Faz ecoar, por assim dizer, a antiga modalidade de punição advinda do poder monárquico⁽⁹⁵⁾, análoga ao poder divino de punir que, conforme o mito originário, castigou a desobediência do homem e da mulher ao provar o fruto proibido – metáfora da sexualidade – banindo-os do paraíso: o homem ganharia o pão com o suor do rosto e a mulher teria filhos com dor. A punição como suplício infligido ao corpo parece encontrar sua raiz nesse mito de origem da tradição judaico-cristã.

Foucault⁽⁹⁵⁾ destaca que, no Antigo Regime, os reis sentiam-se pessoalmente atingidos pelos infratores e os submetiam a castigos atrozes, ordenando que seus corpos fossem supliciados diante de todos os olhares. A arte de punir, entretanto, a partir do século XVIII, muda a perspectiva, ou seja, em lugar de se fixar no evento passado, como um ato de vingança do soberano, projeta-se para o futuro, buscando desencadear um resultado “corretivo” que beneficiasse a toda coletividade. Nesse enfoque, o indivíduo passa a ser tanto efeito e objeto do poder, quanto do saber, na medida em que ele é examinado, escrutinado, analisado, adestrado, docilizado por diferentes disciplinas.⁽⁹⁵⁾ Logo, a cultura institucional que promove certos castigos “secretos” – visto que não se justificariam à luz do discurso da ciência – desequilibra de certo modo o dispositivo saber/poder. Sugere o exercício de um “puro”

poder, colocando num *continuum* o ato de julgar e de punir: o agente que julga é o mesmo que executa a punição, investido, ao que parece, muito mais do poder e arbítrio divino (movido talvez pelas próprias convicções religiosas e morais) do que do saber ao qual pôde ter acesso ao longo de sua formação profissional. Tal articulação entre saber/poder descamba, de modo vertiginoso, para a vertente do poder, de um poder absoluto, na medida em que o saber que o justifica – supostamente divino – é totalizante, sem “furos”.

Com sua fala, Gaia denuncia estratégias de punição, no seio de um hospital-maternidade, que, embora aparentemente suaves, não mascaram inteiramente o que as anima, isto é, a mesma racionalidade que vigorou na era dos suplícios.⁽⁹⁵⁾ Caso contrário, como justificar a analgesia que não é feita? A intervenção que não pode transcorrer de modo indolor? Ou a fala irônica de “até o ano que vem” que desmoraliza e ridiculariza a usuária? São, com efeito, violências físicas e psíquicas que fazem reverberar, no presente cenário, a humilhação de tempos ancestrais sofrida pelo condenado ao suplício, exposto em praça pública como protagonista de um grande espetáculo. Essas atuações profissionais que exorbitam em poder, em última instância, rompem com a própria lógica disciplinar que norteia o hospital moderno, a partir do final do século XVIII.⁽⁶⁸⁾⁽⁶⁹⁾⁽⁹⁵⁾

A violência obstétrica põe em relevo a desumanização da assistência, desencadeando, por sua vez, efeitos de instabilidade na própria dinâmica hospitalar. Observa-se, em algumas situações, a tentativa das usuárias de exercer um contracontrole,⁽⁶⁹⁾ ainda que de modo canhestro, na busca de inverter ou simplesmente escapar dessa correlação desproporcional de forças. Nice (M.1) percebe que a evasão na clínica obstétrica é muito mais frequente quando se trata de usuárias no pós-abortamento. Pondera, entretanto, que a saída do hospital, à revelia da equipe de saúde, pode ser determinada, em alguns casos, pela própria experiência subjetiva da usuária. Diz: “[...] talvez uma fuga, uma questão de querer esconder algo, não querer falar sobre algo... por isso que eu considero esse momento, de pelo menos um acolhimento, mesmo que não tenha um atendimento subsequente.”

Gaia (M.2) percebe que sobressaem mais claramente, no relato das mulheres adultas do que na fala das adolescentes, as diferenças na assistência prestada em função de abortos provocados ou espontâneos. Na sua avaliação, as adolescentes parecem ter maior dificuldade para verbalizar a violência à qual são submetidas: percebe, por um lado, uma postura antagônica de algumas delas em relação à equipe, de fechamento, de não querer falar, já que partem do pressuposto de que todo e qualquer profissional da equipe estaria em posição de

recriminá-las; outras, ao contrário, colocam-se em uma posição submissa de ouvir sem questionar, sendo raras, em sua observação, as que dialogam e reivindicam o direito de serem bem acolhidas, tendo ou não provocado o aborto.

A interlocução entre as usuárias e os profissionais de saúde pode ser atravessada por aspectos limitantes, advindos de outras esferas; alguns deles incidem diretamente sobre as adolescentes. Gaia, por exemplo, reconhece que muitas vêm da realidade de um ensino deficitário: garotas de 15, 16 anos que estão terminando de ser alfabetizadas e que, muitas delas, demonstram dificuldades para interpretar um texto, para debater sobre questões ligadas à cidadania e à própria sexualidade, o que coloca mais obstáculos para se atingir a integralidade do cuidado em saúde.

A fragilidade da rede de saúde é outra vertente que, para as entrevistadas, impacta no processo educativo, voltado para a promoção da saúde. Leda (M.1) destaca a lacuna deixada pela Rede Básica que deveria acolher as adolescentes no espaço ambulatorial, desenvolvendo atividades de caráter preventivo, fornecendo informações que poderiam desestimular o sexo sem proteção. Sugere que a educação sexual seja introduzida ainda na puberdade, antes do início da atividade sexual. Íris (M.1), por sua vez, refere-se à dificuldade de mapear a rede para realizar encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde após a hospitalização; Gaia (M.2) destaca que a rede de atenção básica tem se mostrado ineficiente e que os encaminhamentos acabam sendo pura formalidade, já que não se tem garantia de que o atendimento será realizado.

Elencadas todas essas limitações, as entrevistadas também se reportaram aos avanços resultantes, sobretudo da Política da Rede Cegonha,⁽³⁴⁾ cujo aporte teórico e cujas diretrizes vão constituir um campo discursivo adjacente, que subsidia outro paradigma do cuidado em obstetrícia, calcado em ações humanizadoras nos espaços dos hospitais-maternidade. Sabe-se que resultados positivos na prestação dos serviços são obtidos a partir da melhoria dos processos de trabalho, sendo de total interesse para a presente pesquisa delimitar a participação das psicólogas na construção desses modelos de assistência, a fim de alcançar a caracterização de suas atuações.

5.6 A “unidade de ação”: as psicólogas e a dimensão do abortamento

Para manter a coerência não seria possível excluir as psicólogas do delineamento traçado no tópico anterior, no qual foi considerado o alcance do abortamento sobre as subjetividades e o seu efeito no exercício profissional, sobretudo quando se está demasiado próximo de sua ocorrência. Assim, foram endereçadas a cada uma das entrevistadas duas questões interrelacionadas: a primeira, se elas tinham algum posicionamento pessoal sobre o aborto; a segunda, se esse posicionamento interferia em suas atuações profissionais.

Das 14 entrevistadas, 10 se declararam a favor da legalização, algumas foram enfáticas quanto ao direito e às prerrogativas da mulher ao próprio corpo; as religiões professadas não foram impeditivas à adesão aos argumentos que descriminalizam o aborto, sendo que muitas frisaram que não se viam aderindo à prática do abortamento do ponto de vista pessoal. Alguns posicionamentos ponderaram, igualmente, os ganhos que poderiam advir com a legalidade. Seguem-se as falas:

[...] Completamente a favor. Acho que se o aborto fosse legalizado essas mulheres que vêm com aborto provocado estariam numa situação muito mais protegida e acho que talvez, pelo acesso ao atendimento psicológico [...] a gente poderia estar diminuindo o número de abortos. Se elas tivessem um espaço pra falar sobre essa gestação, eu acho que a gente teria um número menor de aborto e com certeza um número de mortalidade materna muito menor, porque nós ainda temos números absurdos de abortamentos, de mortes por abortamento inseguro. Então eu acho que a legalização ela é só protetiva, e acho que assim, independente do posicionamento religioso, posicionamento religioso nenhum tem que dizer sobre a escolha do outro, então o Catolicismo tem o livre-arbítrio, se Deus deu o livre-arbítrio quem sou eu pra tirar? Eu acho que toda religião, né? Ela tem uma questão em relação a isso sobre a escolha do outro, e nenhuma diz que você tem que se interferir na escolha do outro, eu não entendo isso, como é que legalmente ainda tem um *lobby* religioso pra impedir uma lei de ser aprovada. (Artémis, M.2)

A legalidade é vista por Artémis como uma possibilidade de falar antes de se lançar em ato, colocando a perspectiva de uma tomada de decisão mais refletida e elaborada, o que em muito reduziria as precipitações que caracterizam as passagens ao ato, bem como a realização do aborto em condições inseguras, responsável pelos altos índices de mortalidade materna. Seguindo ainda a linha de raciocínio adotada pelas “Católicas pelo direito de decidir”⁽⁷⁴⁾, sustenta-se, na doutrina do livre arbítrio, para demonstrar a fragilidade e incoerência interna do posicionamento religioso, a partir do Cristianismo, que nega às mulheres a possibilidade de escolha quanto aos seus atos.

Íris ao ser indagada se seu posicionamento pessoal interferia em sua prática, responde:

Não [interfere]. Interfere na reflexão que eu faço a partir do atendimento dos casos. Que eu penso que algumas mulheres, ou muitas mulheres não precisariam passar por situações de sofrimento tão intenso se isso pudesse ser discutido de modo mais claro, como uma questão de saúde pública mesmo, né? Se elas pudessem ter mais autonomia, liberdade, como eu falei, empoderamento, de discutir isso. De procurar serviços de saúde, de ter uma orientação melhor, de poder gerenciar mesmo, né? Organizar a sua vida sexual e reprodutiva. (Íris, M.1)

Íris, embora expressando um posicionamento claro e bem articulado sobre a temática, curiosamente em dois momentos substitui “o aborto” pela palavra “isso”. Assim, o aborto, no encadeamento do seu discurso, comparece como não-dito, como se o interdito que incide sobre essa prática mantivesse o significante que a nomeia em reserva, aguardando, talvez, a lei que o liberasse para transitar livre entre os demais signos na superfície da frase.

Ainda sobre a interferência do próprio modo de pensar sobre o abortamento na condução dos casos, a maioria das entrevistadas ressaltou que o ponto de vista pessoal, neste caso especificamente, interferia no sentido de poder favorecer a capacidade de escolha da mulher o mais amplamente possível, a partir do momento que não incidia sobre ela nenhum juízo de valor.

Foi igualmente evocado pelas entrevistadas o argumento de que a descriminalização possibilitaria uma melhor assistência, no sentido de que o profissional de saúde poderia ser menos afetado ao ver-se desonerado de lidar com um evento considerado ilegal, que o faz questionar ou se sentir questionado sobre a legalidade de sua prática, ao mesmo tempo em que atos discriminatórios poderiam se tornar menos “aceitáveis” socialmente, como se reporta uma das entrevistadas, exemplificando que talvez a mulher não fosse tão deixada de lado ou passasse a ser chamada pelo nome e não mais como “aquela cureta”; ou seja, a violência institucional poderia ser mais bem coibida.

As entrevistadas que se posicionaram a favor da legalização do aborto também destacaram a necessidade de políticas públicas que respaldassem e amparassem mulheres adultas e adolescentes em suas decisões, como também foi ressaltada a importância de se priorizar a prevenção. Hígia (M.4) insistiu na necessidade de “investir em alternativas para as escolhas”, tanto através da garantia do planejamento reprodutivo, como pela garantia de um “aparato social para as mulheres que não tivessem condições de levar sua gravidez adiante”.

Sobressai um enunciado que se mostrou favorável ao aborto, não apenas em função das proporções que o evento toma em termos de saúde pública, mas por ser uma ocorrência subjetiva, cuja legalização traria garantias quanto aos direitos individuais. Argumenta:

[...] como os métodos não são 100% e nem a gente é 100%, [...] você falha, o inconsciente falha [...] Eu acho que é muito complicado se ter um filho sem querer e sem ter condições. [...] Mesmo que fosse uma pessoa que morresse e a realidade fosse diferente, eu seria a favor da escolha da mulher. (Dione, M.4).

A perspectiva introduzida por Dione (M.4) aponta para a condição do sujeito dividido constitutivamente; a dimensão do inconsciente, evocada pela entrevistada, relembra que o sujeito não tem o controle absoluto sobre o seu agir, que ele falha em suas determinações e que muitas vezes é assolado pela ambivalência entre desejos não confessos e as exigências de um ideal que erguem defesas na tentativa de mantê-los silenciados.

As entrevistadas que não se posicionam francamente a favor da legalização não foram, todavia, radicalmente contra; expressaram mais dúvidas que convicções acerca do assunto. Seguem as falas:

É polêmico. (ri) Eu acho que é um direito da escolha da mulher. Uma escolha e um direito dela. No momento que a gente vive, eu acho que as mulheres acabam tendo que se esconder em relação a isso, até em relação à opinião, que são julgadas nessa opinião. Mas, minha opinião pessoal é: o quê que isso vai trazer pra vida dela? Eu acho que tem que ser uma escolha bem refletida, consciente, diante da situação que ela viveu, que ela vai viver diante daquela gravidez. Mas não sou contra radicalmente não. Assim, acho que tem que ser refletido, tem que ser pensado, mas sempre é uma escolha e uma decisão da mulher. (Tésis, M.2)

[...] eu sou a favor do aborto que já existe [na legislação]; eu acredito que tem que ser estruturado o mais rápido porque já está muito atrasada uma assistência que garanta realmente esse direito da mulher. Fora esses [casos] que estão na legislação, pessoalmente eu não praticaria [...] Mas, entendo várias situações de mulheres que embora não estejam dentro desse perfil, garantido pela lei, que naquele momento decidiram, ou foram pressionadas, ou se sentiram, talvez, sem apoio e acabaram tomando uma decisão de interromper a gravidez. Mas eu sempre trago, como eu já tinha falado antes, essa questão de que de alguma forma, o aborto, ele, em algumas situações, traz consequências psíquicas. (Nice, M.1)

Tésis e Nice fazem vir à tona, em seus posicionamentos, uma atenção mais centrada nos efeitos que poderiam advir do abortamento para a mulher, *a posteriori*, isto é, a possibilidade de desencadeamento de sofrimento psíquico.

Hebe, por seu turno, interroga que critérios seriam adotados para ampliar as condições legais do abortamento.

Acho que, antes de mais nada, a gente tem o dever de acolher e não julgar [...] Me preocupa, eu fico pensando assim: Ok! Eu entendo que a gente legalizar o aborto vai

fazer com que a gente... poxa! que evite uma série de intercorrências e de problemas e de mortes e de infecções e atrocidades que são cometidas pela clandestinidade. Em contrapartida, me preocupa... Qual critério que a gente vai ter? [...] Mas me preocupa se isso for utilizado de maneira arbitrária. Me preocupa, talvez seja uma visão meio arcaica ainda, pelo nosso próprio histórico dentro ainda do nosso país, né? Porque a gente não vê isso em outros países. (Hebe, M.3)

Percebem-se suas inquietações à medida que ela se preocupa – de modo intenso – com uma possível banalização dessa prática; por outro lado, tem uma autopercepção de que poderia estar sendo “arcaica”, pois reconhece que a legalização do aborto evitaria as “atrocidades” resultantes da clandestinidade, ao mesmo tempo em que se vê desmentida – pela experiência de outros países – na suposição de que a descriminalização do aborto poderia torná-lo uma prática “arbitrária”.

Moira destaca:

[...] Enquanto profissional eu prefiro entender cada caso individualmente. Eu não levanto bandeira de que a mulher tem direito a abortar, assim como não levanto bandeira de que aborto é um pecado. Eu prefiro olhar pra cada caso individualmente pra poder tentar, né? Ter empatia naquele caso e acolher, e de alguma forma trabalhar aquela questão da maneira que for melhor pra aquela paciente naquele momento. (Moira, M.3)

A entrevistada se reservou o direito de não emitir uma posição pessoal: revelou, ao longo da entrevista, que vê justificativas plausíveis para realização do aborto nas argumentações do discurso feminista, mas as lacunas que ela identifica no campo social de educação e de “formação humana”, a colocam (a partir do que se mostra na superfície do seu discurso) em uma posição verticalizada em relação à usuária, diz: “[...] da gente tentar dar um mínimo, eu sei que não é suficiente, mas o mínimo de educação, de formação de ser humano”; em seguida, admite que a defesa do aborto como direito da mulher não se sustenta na esfera religiosa. Apesar do seu julgamento severo sobre a condição da/o usuária (o), Moira tenta sair desse entrelace discursivo (feminismo, vulnerabilidades sociais, religião), buscando a perspectiva de considerar cada caso em sua individualidade, tentando a cada situação desenvolver uma relação empática.

Assim, os enunciados tecidos pelas entrevistadas foram homogêneos em destacar a importância de não julgar, de se colocar o mais abertamente possível, disponível para acolher as decisões, os posicionamentos e as escolhas do outro, mesmo que através de algumas vozes isoladas se tenha evidenciado a dificuldade do lidar com a dimensão da alteridade. Contudo, pôde-se verificar que incidiu sobre os sujeitos da pesquisa, de modo mais ou menos acentuado, a terceira propriedade do abortamento, identificada pelo sociólogo Boltanski⁽¹²⁾,

que tende à “tolerância” da sua ocorrência, do que a incidência da segunda propriedade, que implica em sua “reprovação geral”⁽¹²⁾.

5.6.1 O desempenho (as políticas públicas para humanização da assistência)

Com a finalidade de descrever como as participantes da pesquisa relacionavam e identificavam em suas práticas a Política Nacional de Humanização e as tecnologias leves, foram-lhes endereçados alguns questionamentos: se elas conheciam a PNH e a Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento? O que pensavam acerca dessas estratégias do MS? O que, para cada uma, caracterizava uma prática humanizada? E se conheciam o conceito de tecnologias leves?

Este último questionamento gerou um dado interessante, precisamente porque apenas quatro das entrevistadas conseguiram situar o conceito de tecnologias leves; para as demais, a pergunta suscitou curiosidade, momento em que se invertiam os papéis: várias delas devolveram a questão à entrevistadora, que se via impelida a responder em linhas gerais, empregando quase sempre a fórmula: relacionam-se as estratégias do que você vem desenvolvendo. Inevitavelmente, coloca-se a reflexão sobre o que este conceito agrega, de fato, a uma *praxis*, na qual os agentes necessitam atuar com larga autonomia, em função da variabilidade das situações com as quais lidam – sempre matizadas pela singularidade dos sujeitos envolvidos – o que impede, em última instância, o simples cálculo na utilização de certos meios para atingir determinados fins. Não é sem razão que Gastão Wagner⁽⁶⁾ se interroga acerca da validade da utilização dessa terminologia, na medida em que adjetivar de *soft* ou *hard* a tecnologia não modifica essencialmente, no seu entender, o que sustenta a racionalidade tecnológica⁽⁶⁾.

Seguem-se as falas do *arquivo* sobre a questão:

[...] eu entendo que envolve intervenções que não precisam de um aparato tecnológico de alto custo nem, assim, não requeiram equipamentos, outros recursos, mas tecnologias que passem pelo fazer intersubjetivo, dialógico e, e experiencial, que aconteça no contato entre pessoas. (Gaia, M.2)

[...] tecnologias mais baseadas no contato, na interação, nessas intervenções que são mais abstratas, mais fluidas, nesse sentido, mas não é um conceito que eu domino. (Íris, M.1)

[...] Entendo que tem a ver mesmo com o capital humano, com o que a gente tem em termos de profissionais, né? O que se pode fazer com os profissionais que a gente tem. (Artémis, M.2)

Olhe eu acho que a própria psicologia é uma tecnologia leve (ri), porque a gente trabalha com sutileza. A própria escuta é uma tecnologia leve, você não precisa de nenhum campo invasivo, né? Pelo contrário! Eu acho que hoje eu tenho o privilégio de trabalhar numa Unidade [Canguru] que se falando clinicamente, trabalha com tecnologia leve. Com tecnologia não invasiva. (Leda, M.1)

De certo modo, a própria psicologia poderia ser considerada em si mesma uma tecnologia leve, como Leda a define, contudo, na grande maioria das vezes, não se limita à utilização de meras técnicas – ainda que leves – pois, o seu fazer cotidiano implica o manejo de um referencial teórico-conceitual, o que a coloca em outra racionalidade, isto é, a da *praxis*;⁽⁶⁾ Agregue-se a isso o confronto com situações-limite que requerem da(o) praticante a reinvenção da própria teoria, com a liberdade e criatividade que se outorga ao artista, levando a(o) psicóloga(o) a transitar pela racionalidade da arte⁽⁶⁾. Não é sem razão que Renato Mezan⁽⁷⁶⁾ aproxima a *praxis* – que se faz com a singularidade de cada intervenção – ao fazer delicado e único do ourives na fabricação de cada peça. Nesse sentido, ao ser questionada sobre o que caracterizava uma prática humanizada, Íris responde:

De modo geral e bem direto: enxergar o sujeito que está ali. [...] eu estava lendo, estudando um pouco de psicopatologia e aí uma discussão, eu acho que foi Bukowski [...] ele dizendo que é uma dificuldade dos psiquiatras de entender o paciente que lhe chega é porque eles estão presos nas páginas dos livros e a vida tem muito mais páginas do que os manuais de psicopatologia, né? Sempre vai escapar muita coisa ao olhar de quem está preso no livro. Então, se a gente olha pra aquele sujeito, ele não vai se encaixar obviamente nos critérios todos dos manuais que a gente estuda. Ele vai trazer muito mais... E é aí que a gente vai desenvolvendo o *feeling* pra ouvir o que ele vai dizer, pra poder fazer intervenções. (Íris, M.1)

As falas das entrevistadas destacaram: o fazer “singularizado”, “individualizado”, “que preserva e promove a dignidade da pessoa humana, sem perder de vista que ela tem uma subjetividade”; o “acolher”; “o reconhecimento que a(o) usuária(o) é protagonista”, “a corresponsabilidade”, aspectos que para cada uma delas definia o que está no cerne de uma prática humanizada. Uma das entrevistadas pontua de forma explícita:

[...] se tem algum profissional que não tem outra forma de trabalhar se não for essa, é a gente. Acho que da equipe multidisciplinar quem mais se aproxima, digamos assim, desse processo de humanização, é de fato o psicólogo, porque como atendemos de fato no um a um, ainda que a gente atenda em grupo. (Artémis, M.2)

Nessa mesma perspectiva, Dione (M.4) afirma: “[...] Porque você está trabalhando com a subjetividade do outro, então, é pura humanização, né?” Assim, os enunciados reafirmam que não há prática profissional em psicologia, no contexto da assistência em saúde, que não esteja imersa na humanização, na medida em que se está diante de sujeito, cuja historicidade o torna

único. Desse modo, Irene (M.6) irá descrever o percurso de uma assistência humanizada para uma usuária em situação de abortamento, desde o momento que ela adentra o serviço:

[...] É como ela é recebida, às vezes, ela está em sofrimento, às vezes, ela tem dores, às vezes ela tem medo, ela tem angústia, ela está insegura, às vezes ela quer informação apenas. Então, o acolhimento ele tem que ser desde a admissão, da sala de espera, ali da entrada até o ambiente [do procedimento] eu acho que vai fazer uma diferença quando essa mulher é bem acolhida. [...] como ela vai ressignificar essa história, se é uma história de perda, uma história de dor... Então eu acho que o acolhimento, a escuta, o olhar para o outro como um sujeito, né? É dar autonomia pra ela, da própria história dela, eu acho que isso faz uma diferença muito grande. (Irene, M.6)

Ao responder o questionamento sobre o que seria mais importante na direção do atendimento psicológico às adolescentes em situação de abortamento, uma das entrevistadas vai enfatizar a necessidade de centrar-se na “sabedoria prática”, por assim dizer, à medida que ela traça uma distinção entre sua prática e a lógica instrumental que rege as ações no contexto da saúde.⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾ A partir de um recorte de sua atuação, Leda (M.1) deixa antever que o diálogo que ela estabelece com as usuárias não tem por objetivo colher “informações” e sim buscar o quê há de desconhecido no outro. Sua fala evidencia que seu fazer profissional não está orientado pela racionalidade instrumental biomédica, que procura obter tão somente “êxitos técnicos”, tal como teoriza Ayres.⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾ A entrevistada afirma:

[o mais importante] Escutar, ouvir. Esperar ela te dizer de onde veio, por que está ali, o que acontece... quais são os sentimentos. Muitas estão confusas, não sabem nem como colocar isso... Externar. E você vai se mostrar diferente do restante da equipe, você não está querendo ali curar, tratar, cortar, limpar... Você quer acolher, né? Você quer escutar, você quer saber dela [...] dela [enquanto] pessoa. (Leda, M.1)

Reporta-se ao atendimento de uma adolescente de 19 anos, cujo prenome era “Bárbara” e que era muito marcada por essa significação: repetiam-lhe continuamente que ela “só fazia barbaridades”. Leda acrescenta: “[...] eu queria saber de Bárbara, eu queria muito saber de Bárbara na infância, que barbaridades eram essas, né?” Essa condução do atendimento possibilitou que a usuária encontrasse um sentido para a vivência do abortamento, que ela relatara ter abortado “por pirraça”, para atingir o namorado. Ato, talvez, signo de uma “barbaridade”, como se ela não pudesse escapar dessa atribuição de ser “bárbara”. Todavia, o atendimento psicológico criou condições para que a adolescente expressasse uma mescla de sentimentos (revolta, luto pela perda do filho do homem amado, arrependimento, vergonha) e pudesse ressignificar esse momento. O “sucesso prático”⁽⁶⁷⁾ dessa experiência foi identificado, após alguns meses, em um reencontro, ao acaso, fora do hospital, no qual Bárbara relatou para a psicóloga: “eu retomei minha vida, estou morando com essa pessoa, estou me planejando, agora que eu voltei a trabalhar, vou engravidar e agora ter um filho certinho”.

Assim, a partir de diferentes bordas de aproximação ao fazer profissional, os enunciados das entrevistadas mostraram-se sustentados por um referencial teórico-conceitual que lhes permitiria lidar com cada situação de modo singularizado (que descarta a aplicação mecânica de métodos ou técnicas), evidenciando que estavam orientadas pela racionalidade da *praxis*⁽⁶⁾. Pode-se ainda afirmar que suas descrições e relatos sobre a prática convergiram, no sentido de se revelarem humanizados. Entretanto, suas reflexões sobre a PNH ensejaram diferentes narrativas. Inicialmente, Tésis (M.2) e Íris (M.1) destacam o caráter de “estranheza” quanto à necessidade de existir uma política de humanização. A primeira comenta: “[...] se somos humanos, a gente falar em humanização é até meio estranho.” E a segunda acrescenta:

[...] eu acho curioso que precise, especialmente para profissionais de saúde, que precise existir uma Política de Humanização, né? É curioso. Isso aponta para [...] o quão técnico, no mal sentido. Nós atuamos, no sentido de ser mais frios e ter um olhar mais para partes do corpo, para funcionamento ou não funcionamento desse corpo do que para o sujeito que está ali. Eu acho curioso que a gente precise ter uma Política para nos lembrar uma coisa óbvia: que é atuar como humanos, observar o sujeito, as necessidades dele. (Íris, M.1)

As entrevistadas se confrontam com um paradoxo que remonta ao próprio nascimento da clínica médica, no final do século XVIII⁽⁶⁸⁾, cujos representantes afirmavam categoricamente que para conhecer a doença era necessário subtrair o indivíduo com suas peculiaridades. As doenças tinham, então, o seu curso natural se não fossem “perturbadas pelos doentes”, ensinava um médico da época, como o cita Foucault (p. 14)⁽⁶⁸⁾. Logo, a retirada do humano desse cenário não é fortuita, mas sim estrutural e constitutiva do saber médico.⁽⁶⁸⁾ Não é sem razão é que a subjetividade (tanto do doente, quanto dos profissionais de saúde) banida, expulsa dos territórios sob a égide do discurso médico, para retornar à cena irá requerer um aparato legal, por assim dizer, através de uma Política.

Gaia (M.2) destaca que os princípios que regiam um projeto “democratizante, universalizante e promotor de cidadania” acabou por ficar restrito a indicadores, tornando, no seu entender, “a humanização mais factível no face-a-face, no pessoa-a-pessoa”; Artémis considera uma “política muito interessante”, mas que priorizou uma vertente muito prática, a partir da adoção de indicadores, a exemplo do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), sem criar instrumentos para mensurar se esse acolhimento ocorre de modo efetivo. Por outro lado, avalia que o formato de capacitação dos profissionais na PNH tem sido muito teórico e que algumas diretrizes não asseguram o respeito à singularidade do usuário; Dione (M.4) relata que na Maternidade que ela trabalha a palavra “humanização” tornou-se aversiva para os profissionais, como se fosse sinônimo de mais trabalho, de uma exigência que introduz uma

dimensão a mais no fazer, sem levar em conta as necessidades e o sofrimento de quem está trabalhando. Dione sinaliza que não estava presente na Unidade quando a Política foi apresentada aos servidores, entretanto, pode-se deduzir que a PNH foi compreendida e apresentada de modo parcial, na medida em que excluiu os profissionais das estratégias humanizadoras.

Outras diretrizes da PNH, a exemplo da ambiência, foram também sinalizadas pelas entrevistadas: “o lugar tem que ser bonito”; “os espaços menos frios, mais acolhedores”; “que garantam mais privacidade”. Evocou-se na M.5 a implantação de consultas no ambulatório com hora marcada, em lugar do atendimento por ordem de chegada, visando oferecer mais conforto do paciente. Foi valorizado na M.1 e M.4 a existência do Colegiado Gestor, no qual é possível discutir os encaminhamentos de diversas questões e dispositivos criados pela PNH e pela Rede Cegonha⁽³⁴⁾, a exemplo da diretriz do direito ao acompanhante, que foi implantada em todas as maternidades (do campo desta pesquisa), possibilitando um salto qualitativo na assistência obstétrica.

Leda (M.1) faz referência ao espaço colegiado para discussão das questões referentes à Maternidade desse grande hospital que, no momento da coleta de dados, contava com uma diretoria técnica exclusiva para a linha de cuidado materno-infantil. Ela própria sinaliza diferentes avanços que não acreditava poder um dia testemunhar, haja vista sua longa trajetória profissional, de mais de 20 anos; narra que nos primeiros tempos de sua atuação assistiu a muitas violações de direito. Desse modo, a perspectiva temporal faz como que essa entrevistada seja uma das que mais tendeu a valorizar as conquistas no campo da humanização em seu *locus* assistencial e a única que deu destaque à “celeridade” com que as políticas públicas voltadas para a humanização se estabeleceram, sinalizando o ponto de “violência” que poderia incidir sobre profissional ao ver o seu *modus operandi* desconstruído.

Diz:

Quase que uma violência pra quem... A forma como as coisas chegaram, tem que assim, dessa forma: “vamos fechar os hospitais psiquiátricos!”. As pessoas não entendiam como é que podia... As coisas tiveram que ser abruptas. Como eu falei, às vezes, quando as toras de madeira estão muito arraigadas, tem que chegar com uma coisa bem cortante, porque já não dá pra ser como está. Então assim, eu acho que as mudanças, às vezes, parecem radicais, né? A gente tem alguns questionamentos na Rede Cegonha, mas essa forma, vamos dar mais um tempo, mas às vezes as coisas já foram muito complacentes, ampliadas. Então, às vezes, precisa-se de um decreto, tem que ter uma lei, tem que ter prazo curto, porque as pessoas precisam mudar e é urgente porque a gente está falando de vidas humanas [...] as coisas estão modificando em nível de assistência de parto, né? A humanização do parto, como era antigamente e como é hoje já mudamos bastante.

Higia (M.4), por sua vez, vai destacar indicadores que validam a percepção de que houve, efetivamente, uma melhoria na assistência prestada. Exemplifica através de um pequeno recorte: “Se a gente tinha, sei lá, pelo menos um caso por dia de saída à revelia, hoje a gente tem um por semana”. Contudo, salienta que há no percurso ganhos e retrocessos, exemplifica que, na M.4, implantou-se a diretriz da PNH da visita aberta, mas retrocederam, e pondera: “[...] A Política de Humanização não é uma coisa estática que está posta, está dada e a gente implanta, define, porque envolve os processos de trabalho e eles são dinâmicos.”

Com respeito à Norma Técnica⁽¹⁾ constatou-se que apenas quatro entrevistadas conheciam o texto produzido pelo MS, incidindo sobre esta amostra algo da configuração traçada por Bernardes e colaboradores⁽⁵³⁾ na análise dos grupos focais, formados por psicólogas de capitais das cinco regiões brasileiras, nos quais o tema das políticas públicas foi categorizado como “invisibilidades”, por não ter despertado interesse ou por não ter surgido espontaneamente nos referidos grupos.

Pode-se, igualmente, hipotetizar que o contexto institucional no qual as psicólogas se inserem exerce influência, em certa medida, sobre o possível “desinteresse”; há outros aspectos para a análise que não se restringem unicamente aos comportamentos individuais. Jairnilson Paim e colaboradores⁽¹⁷⁾ chamaram a atenção de que a Reforma Sanitária Brasileira foi aprovada na Assembleia Constituinte, de 1987/1988, sob forte oposição de segmentos do setor privado, mobilizados e com grande poder de barganha contrários à sua aprovação. Os autores⁽¹⁷⁾ destacaram ainda que a Constituição de 1988 foi proclamada em meio a um cenário de instabilidade econômica, no qual a ideologia neoliberal proliferava e os movimentos sociais se retraíam. Logo, o SUS emerge em bases políticas instáveis e não é sem causa o fato de que as políticas públicas, alicerçadas numa proposição mais democrática, encontrem tantos obstáculos para se materializar.

A invisibilidade das políticas públicas parece incidir não apenas nas(os) psicólogas(os), mas no profissional de saúde de modo geral, refletindo o que alguns autores consideram como alienação no serviço público. Aécio Mattos⁽⁹⁶⁾, analisando essa problemática, destaca que a “alienação” no trabalho não resulta apenas dos possíveis efeitos de condições inadequadas para o exercício profissional, dos baixos salários e da falta de reconhecimento ao servidor público; mas, o autor vai destacar que a referida alienação serve, sobretudo, às elites e às

corporações que parasitam o Estado – buscando tornar suas instituições ineficientes – de modo a enfraquecê-lo, a fim de fazer prosperar o modelo neoliberal.

Em que pese algo invisível sobre as políticas públicas, aqui, notadamente sobre Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento,⁽¹⁾ a análise discursiva dos enunciados das entrevistadas revelou que suas atuações profissionais mostraram-se amplamente sintonizadas com as atribuições da(o) psicólogo(a), preconizadas na referida Norma⁽¹⁾, como poderá ser constado no tópico seguinte.

5.6.2 As estratégias (trajetos percorridos e futuros caminhos)

Duas questões do roteiro semiestruturado foram propostas de modo bem amplo, visando perceber as estratégias que vinham sendo utilizadas pelas entrevistadas para o atendimento ao público de adolescentes em situação de abortamento. Indagou-se, inicialmente, se elas achavam necessária alguma condição ou habilidade mais específica para trabalhar com esse segmento da população e qual era o fio condutor que se fazia necessário nessa abordagem. Optou-se por evitar questões frontais, a exemplo de: Como é o seu trabalho? O que você tem realizado? De forma que a entrevista não adquirisse, sob nenhuma hipótese, um tom avaliador das práticas desenvolvidas.

De saída, Irene (M.6) e Dione (M.4) destacaram a importância do trabalho pessoal (referiram-se especificamente à necessidade de Análise) para poder permitir a emergência do outro enquanto sujeito, adolescente ou não adolescente. Dóris (M.2) acredita que é fundamental realizar capacitações, com aportes teóricos, a fim de possibilitar aos profissionais a desconstrução de mitos sobre a adolescência, tais como: “fase de rebeldia”, “de problemas”, “de oposição”, ou seja, estereótipos que se erigem como barreiras dificultando a interrelação.

Outras condições foram pontuadas: “gostar de trabalhar com população de adolescentes especificamente”; “desenvolver a empatia”; “buscar uma relação horizontal”; sair do lugar da “doutora de jaleco”, conforme Tésis (M.2); “utilizar uma linguagem acessível”; “ser englobado pelo universo deles, tendo em conta o que eles acham importante”, como destaca Hebe (M.3); “ter jogo de cintura”, para experimentar diferentes formas de abordagem, evitando entrar em uma relação especular de confronto e/ou melindres, sinaliza Artémis (M.2).

Nice (M.1), dentre outras, considera importante, antes de qualquer outra coisa, “sair do papel de juiz”; comenta a inadequação de frases que julgam e desqualificam, a exemplo de: “está cedo”, “você não tem preparo”, e acrescenta a necessidade de escutar e de empoderar. Gaia (M.2) destaca a relevância de respeitar a autonomia do adolescente, de enxergá-lo como um ser independente do seu grupo familiar e afirma: “[...] que tem seus próprios sentimentos e que se situa na experiência subjetiva, de uma forma, às vezes, muito diversa do que a expectativa dos adultos”. Sublinha ainda que a informação por si só sobre sexualidade, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e prevenção de uma gravidez indesejada é insuficiente, sendo necessária uma apropriação subjetiva, por parte dos adolescentes, dessas informações.

Íris percebe que o furor educativo, por assim dizer, dos profissionais de saúde obstaculiza que as reais demandas do adolescente possam ser expressas. Diz:

Eu acho que antes de qualquer coisa, ouvir a demanda deles. Porque muitas vezes eu vejo exemplo de grupos em que se vai com um modelo fechadinho, né? quase como uma palestra mesmo. “Vamos dar orientações!” E não é aquilo que o adolescente quer saber, ou ele já sabe aquelas coisas, ou ele acha enfadonha aquela didática. Mas, eu acho que quando você ouve a demanda dele, estimula que ele fale, que ele pergunte, mesmo com certo constrangimento, até quebrar o gelo, acho que eles se engajam mais, que eles veem que é um momento pra eles, que não é só cumprir tabela “temos que fazer um trabalho de orientação, por isso viemos aqui”. Eles entendem que não, que tem um interesse, né? nas dúvidas, nas questões que eles querem discutir. (Íris, M.1)

Assim, para estar diante dessa demanda singular do outro é preciso não apenas abrir o espaço de fala, mas também ser capaz de suportar o “constrangimento” pela possível emergência do inusitado, do diferente. É preciso ainda – por meio da escuta – ter a capacidade de desemaranhar, no novelo de queixas, a demanda, que não é de imediato transparente; pelo contrário, é em sua repetição e volteios que ela alude, conota e introduz a perspectiva do sujeito enquanto desejante.⁽⁶⁰⁾

Leda (M.1), por sua vez, enfatiza a importância do acolher o outro na condição de sujeito e define o acolhimento como um sair de si em direção ao outro. Reporta-se às palavras do psicodramatista Jacob Moreno, citando-o: “[...] só quando eu arrancar os teus olhos e colocar nos meus e tu arrancares os meus olhos e colocares nos teus, eu te verei com os teus olhos e tu me verás com os meus”. A dimensão de alteridade assim posta delimita que as realidades são múltiplas tanto quanto os sujeitos e acolher significa aceitar o outro em sua radical diferença. Nessa perspectiva, Ricardo Teixeira⁽⁸⁾ examina as micropolíticas determinadas pelas práticas em saúde e decompõe o que ele nomeia a “microfísica do vínculo”, demonstrando que para

acolher o usuário efetivamente é necessário que o profissional de saúde ultrapasse a “zona de comunidade”, que decorre dos sentimentos de confiança e das afinidades, para alcançar um patamar mais difícil, ou seja: entrar na “zona de singularidade”, que implica conhecer o que nos outros é diferente, medida que exige um esforço ainda maior de reconhecer no outro aquilo que não nos convém como individualidade.⁽⁸⁾

Irene (M.6) sustenta que a(o) psicóloga(o) pode promover uma escuta diferenciada que permite à adolescente ressignificar sua experiência, na medida em que essa/e profissional cria um campo de fala que normalmente ela não encontra em outras esferas. Diz: “[...] você abre um espaço pra falar de coisas que ela não vai poder falar com mãe, que ela não vai poder falar na escola, que não vai poder falar com o profissional de saúde, e você dá um lugar pra ela”. Seguindo essa mesma linha de argumentação, Nice (M.1) enfatiza que o espaço aberto pela escuta psicológica difere da escuta qualificada que qualquer profissional de saúde pode realizar porque, na primeira, abre-se espaço para que apareça ali algo do que é mais subjetivo, pela expressão de sentimentos, pensamentos despertados por aquela experiência.

Assim, emergem questões subjetivas, cujo engendramento passa por alguns aspectos, como destaca, por exemplo, Themis (M.5), que percebe o quanto o discurso contemporâneo de supervalorização do papel da mulher, como mãe⁽⁶¹⁾, potencializa o sofrimento de mulheres adultas e adolescentes nas situações de abortamento, sobretudo quando são frustradas pela ocorrência de um aborto espontâneo. Ariadne (M.5) observa igualmente que a cultura dos hospitais-maternidade reforça e alimenta essa idealização da figura materna, exigindo das mulheres um amor incondicional aos seus filhos, como uma espécie de imperativo categórico: “tem que amar”, “tem que amamentar”, colocando as mulheres que vivenciam o aborto em uma condição monstruosa nesse contexto. Themis (M.5) acrescenta que a criminalização do aborto também acentua os sentimentos de culpabilidade, produzindo ainda mais sofrimento.

Nice (M.1) e Hígia (M.4) vão destacar que a visão ocasional do feto no momento de sua expulsão, não raras vezes, choca e mobiliza. A primeira pontua a emergência do sofrimento psíquico que essa percepção pode desencadear e a segunda observa que é recorrente a frase: “eu não imaginava que isso fosse ser dessa maneira”, especialmente quando se trata de abortamento provocado, ela acrescenta.

Assim, constata-se que quando a quarta propriedade do aborto identificada por Boltanski,⁽¹²⁾ relativa à invisibilidade do feto, incide pelo avesso, surge uma maior complexidade para a

elaboração e a apropriação da ocorrência no plano subjetivo, na medida em que as poucas representações ligadas ao feto disponíveis na cultura não auxiliam a simbolização do evento subjetivamente.

Dione (M.4) percebe que a condição de maior desamparo incide normalmente sobre as adolescentes que provocam o aborto, pois, muitas vezes, não podem contar com a figura do companheiro, nem com representantes do seu núcleo familiar. Esses, dentre outros fatores, ampliam sobremaneira o sofrimento psíquico, convocando a intervenção mais específica das(os) psicólogas(os).

Outras entrevistadas destacaram a importância de seguir o fio condutor da história. Moira (M.3) afirma que resgatar a dimensão da historicidade do sujeito é o diferencial do trabalho da psicologia numa instituição hospitalar. Diz:

Eu acho que eu só vou conseguir ajudá-la de forma efetiva se eu a conhecer minimamente, se ela me der abertura pra conhecer minimamente a história dela, entender o que a levou a estar aqui, seja de aborto espontâneo ou provocado, mas ela está aqui por quê? De quem é esse filho? Em que situação ela engravidou? Por que ela engravidou? Foi desejado, foi planejado? Não foi? Foi um abuso? Não foi? É um relacionamento de muito tempo, ela tem um companheiro, uma cumplicidade, ou não? É uma pessoa que sabe quem é o pai do seu filho? E essas opções que a levaram a ter vários parceiros [...] enfim, né? Então, eu acho que a história... (Moira, M.3)

Em seguida, remete-se ao atendimento de uma adolescente que havia provocado o aborto com instrumento introduzido na vagina e que havia chegado à emergência obstétrica sozinha, sangrando, chorando e sentindo muitas dores. A equipe havia reagido muito mal e parecia não valorizar aquela dor. Narra:

[...] eu entrei pra atendê-la, ainda na sala de parto, ela viu que eu estava ali ao lado dela não pra julgá-la, ela me pediu ajuda e ela me disse que ela tinha sido abusada por nove rapazes ao mesmo tempo na comunidade, e aquele abuso tinha dois meses, e ela descobriu que tinha ficado grávida daquele dia. E a família dela não sabia do abuso e nem podia sonhar com a gravidez. (Moira, M.3)

As intervenções junto à equipe de saúde também foram consideradas estratégicas pelas entrevistadas. Irene (M.6) considera importante promover a reflexão dos profissionais sobre a trajetória de vida da mulher; afirma já ter constatado que pela via da identificação, a equipe se torna mais empática. Artémis (M.2) tem em conta esse mesmo enfoque: revela que adotou como estratégia tratar as “novelinhas” que os profissionais de saúde fazem acerca da vida do paciente com o que ela nomeia de “fofoca terapêutica”, ou seja, compartilha alguns elementos

da história da paciente com os profissionais, a fim de mediar aproximação entre a adolescente e a equipe.

Dóris (M.2) acredita que garantir a confidencialidade seja o fio condutor que amarra o contexto do atendimento psicológico. Tésis (M.2) também destaca a importância da confidencialidade ao delimitar sua intervenção. Descreve que, ao atender a paciente no pós-abortamento, na enfermaria, sempre observa a movimentação de pessoas, sugere outro local mais reservado para a realização do atendimento e, caso a adolescente esteja com um acompanhante, ela sempre dá preferência a fazer o primeiro atendimento com a adolescente sozinha. Themis (M.5) chama a atenção para as intervenções que poderiam ser realizadas junto à família da adolescente, que seriam facilitadoras de novos rearranjos familiares e acredita que se fossem realizadas antes da indução do aborto poderiam ser preventivas a partir do momento em que algumas questões pudessem ser alinhadas.

Outras estratégias são narradas pelas entrevistadas: Nice (M.1) relata ter desenvolvido um trabalho de grupo – que acontecia semanalmente na enfermaria de ginecologia e obstetrícia com usuárias no pós-abortamento – com o objetivo de oferecer um espaço de acolhimento às pacientes que haviam realizado o procedimento de curetagem (procedimento mais habitual, nessa instituição, para o esvaziamento uterino). Narra que adotou como direcionamento da proposta não questionar se o aborto havia sido provocado ou espontâneo (nem no momento que a usuária era convidada a participar do grupo e nem durante a realização do trabalho), a fim de não causar constrangimento e exposição (em geral, na M.1, cada quarto comporta duas ou até três pacientes internadas). A entrevistada salienta que o preconceito em relação à mulher adulta ou adolescente que aborta é demonstrado, do mesmo modo, pelas outras usuárias do serviço, que só se tornam receptivas, caso se trate de um abortamento espontâneo. Durante a sessão de grupo, as participantes eram convidadas a falar sobre a experiência desde a entrada no hospital, como haviam percebido a assistência e como estavam se sentindo naquele momento na enfermaria; as pacientes que se mostravam mais mobilizadas eram depois atendidas individualmente. A entrevistada relata que, nesse espaço, surgiam queixas institucionais relacionadas, sobretudo, à forma como as usuárias haviam sido tratadas por alguns profissionais, especialmente no Centro Obstétrico.

Na M.5, Ariadne relata que faz parte de um programa idealizado por uma obstetra com a finalidade de diminuir o número de curetagens – procedimento que coloca a mulher em maior risco, especialmente se for jovem e se estiver no início da vida reprodutiva. Entretanto, o

programa foi traçado para atender mulheres de todas as idades em situação de aborto até 12ª semana. A proposta consiste em promover a rápida desospitalização da mulher em condições seguras. Coloca-se a alternativa para a usuária de poder realizar alguns procedimentos e retornar para casa, para aguardar a expulsão fisiológica do embrião, no espaço máximo de 45 dias. Se ela concordar, vai fazer uma primeira ultrassonografia e outros exames, fará uso do misoprostol e será agendado seu retorno para o ambulatório; nesse segundo momento, a paciente passa pelo atendimento médico, social e psicológico. Se ela não concordar, poderá optar por se manter internada para a realização do procedimento de esvaziamento uterino com curetagem ou aspiração manual intrauterina (AMIU).

A entrevistada avalia que a autonomia dada à usuária faz todo o diferencial nesse programa, cuja adesão tem sido expressiva. A forma também como a proposta foi apresentada aos profissionais da equipe, em pequenas rodas de conversa, no dia-a-dia do serviço, fez com que os plantonistas da emergência obstétrica aderissem à nova modalidade de intervenção sem maiores resistências. O trabalho psicológico realizado no ambulatório é proposto nesses termos: “quem quer, vem!”, afirma Ariadne. Abre-se, então, um espaço para que a usuária possa falar se desejou ou não aquele filho, se era ou não possível a chegada daquela criança e a entrevistada acrescenta: “[...] Então, talvez o norte seja por aí, em poder oferecer uma escuta que contemple o que a pessoa realmente deseja falar. Que ela possa ser ouvida e que seja suportada pelo outro que vai ouvir.”

Na M.4, as psicólogas, diante de toda a demanda institucional, consideraram o fato de estar em número de duas e decidiram estrategicamente voltar suas atuações prioritariamente para a população de mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento, porque eram, em última instância, as usuárias que menos recebiam atenção das equipes. Fundamentadas na Norma Técnica⁽¹⁾, há dois anos participam do Colegiado Gestor buscando dar visibilidade às questões envolvidas nas situações de abortamento, procurando introduzir mudanças nos fluxos, de modo que impactem positivamente em todo processo de trabalho e na assistência, consequentemente. Higia enfatiza: “Todo nosso trabalho hoje tem sido justamente para garantir uma postura ética e humanizada na assistência” (fl.4)

As entrevistadas da M.4 destacam algumas mudanças em práticas e rotinas já obtidas, a exemplo da pergunta que era feita acerca do motivo da internação, na chegada ao serviço, ainda na recepção, e que foi retirada da ficha de admissão. A usuária naquela situação se via impelida a responder, diante de todos os olhares, que se encontrava em situação de

abortamento, o que causava uma exposição e um constrangimento inteiramente desnecessários. Higia relata igualmente que na ocasião em que o Colegiado Gestor discutia a implantação da diretriz do acompanhante da Rede Cegonha⁽³⁴⁾, algumas pessoas traziam o argumento de que o direito ao acompanhante era assegurado apenas às gestantes e puérperas, o que exigiu dela dar aos membros do Colegiado uma espécie de devolutiva crítica sobre a configuração de assistência que se queria implantar. Diz:

[...] aí eu me lembro que essa foi uma discussão que eu puxei assim meio na marra (Ri) e disse assim “gente, vamos pensar então como é que vai ser o fluxo disso, vai chegar um acompanhante na recepção e a gente vai ter que perguntar se a paciente é gestante ou se a paciente tá abortando. Se ela tiver abortando esse acompanhante vai embora? É isso mesmo que a gente vai fazer dentro da unidade? A gente vai criar duas formas de atuação, a gente vai criar duas unidades dentro de uma?”. E aí as pessoas começaram a pensar nisso, e aí o preconceito que existia “não, mas esses acompanhantes das mulheres de abortamento dão muito trabalho”. Eu disse “mas a gente nem está com esses acompanhantes e vocês já têm essa visão”? Então, assim, é muito mobilizador pra equipe e o preconceito em relação à situação de abortamento, ele é real. (Higia, M.4)

Dione (M.4) avalia que esse acompanhante poderia vir a ser mais “trabalhoso” realmente, considerando que ele poderia estar mais atento e em condição de protestar ou de reivindicar, caso o atendimento na situação de abortamento fosse postergado ou adiado continuamente. Entretanto, Higia traz a consideração que usuárias em situação de abortamento provocado estão, às vezes, sem acompanhantes, seja porque tomaram, sozinhas, a decisão de abortar, seja porque querem ter uma alta hospitalar o mais breve possível. Contudo, não se pode minimizar, ela pondera, que as usuárias necessitam da função do acompanhante nesse momento de suas vidas.

As psicólogas da M.4 têm gerenciado o programa de estágio em psicologia, buscando, juntamente com os alunos de graduação, levantar indicadores que permitam a otimização dos fluxos, bem como a delimitação do perfil das usuárias em situação de abortamento, na perspectiva de desconstruir mitos e falsas crenças que estigmatizam essas mulheres adultas e adolescentes, no contexto institucional. Desse modo, realizaram, entre outros, o levantamento das usuárias que reincidem nas situações de abortamento, conseguindo identificar que a maior reincidência dos casos tem sido de usuárias moradoras de rua que não aderem a programas de planejamento sexual e reprodutivo. Outros indicadores, a exemplo do percentual de usuárias que teriam as condições clínicas para serem submetidas ao procedimento de AMIU e que não o fizeram, são levados para o âmbito do Colegiado Gestor, suscitando debates e propostas de mudanças.

As pesquisas e levantamentos realizados pelas psicólogas na M.4 visam igualmente dar voz aos profissionais de saúde, com o objetivo de identificar o que pode estar impactando nos processos de trabalho. Perceberam, em dado momento, que a enfermaria onde eram alojadas as mulheres no pós-abortamento era a mais numerosa da Unidade, sendo que o dimensionamento de pessoal de enfermagem não levava em conta esse maior contingente de pacientes. Desde modo, as técnicas de enfermagem viam como um “castigo”, devido à sobrecarga, serem escaladas para trabalhar nessa enfermaria, o que impactava diretamente na qualidade da assistência prestada às usuárias. Houve então, após o mapeamento desse cenário, um redimensionamento de pessoal da enfermagem para essa enfermaria. Escutando-se os médicos, pôde-se igualmente identificar que não se tratava de pura inércia ou de praticidade, por assim dizer, a realização continuada de curetagens: constataram que havia uma insegurança quanto ao manejo técnico da AMIU e que os profissionais necessitavam de maior treinamento para se sentirem aptos na realização do procedimento. Entretanto, nessa unidade, o material para realização da AMIU tem sido intencionalmente colocado mais acessível, ficando a cureta em segundo plano.

A leitura desses textos institucionais tem sido feita pelas psicólogas M.4 que se inseriram de forma efetiva na perspectiva da atuação interdisciplinar. Interferir, discutir os fluxos, participar das decisões colegiadas tem sido prioritariamente a estratégia adotada para oferecer uma assistência humanizada às usuárias na situação de abortamento. Percebe-se que a Norma Técnica⁽¹⁾ tem sido um marco norteador para a atuação das psicólogas na M.4.

As entrevistadas, quando questionadas sobre o que poderia ser feito no sentido de melhorar a assistência oferecida às adolescentes nas situações de abortamento, trouxeram diversas sugestões que poderiam ser categorizadas em diferentes esferas, tanto do macro, como do micropoder, ficando localizado nesta última o projeto de se debruçar sobre a *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* do MS, por ser uma iniciativa de cunho mais pessoal. No domínio do Estado, situam-se as reflexões sobre os ganhos que poderiam advir da legalização do aborto; bem como a necessidade de mais políticas públicas voltadas para empoderamento das mulheres e de respeito aos seus direitos reprodutivos e sexuais; e uma entrevistada insistiu em que o poder público deveria oferecer apoio e condições sociais para que uma mulher pudesse levar sua gravidez adiante, se essa fosse a sua escolha.

Outros caminhos apontados transitam na esfera da gestão em saúde, a saber: “contratar mais psicólogos(os)”; “criar mecanismos que coíbam as atitudes antiéticas dos profissionais de

saúde”; “contratar mais médicos”; “criar pronto-atendimento em ginecologia e obstetrícia, no modelo de hospitais-dia, para as mulheres em situação de abortamento”; “considerar que o profissional também perece diante de condições adversas de trabalho, como a sobrecarga, e promover redimensionamento de pessoal”; “criar uma ambiência mais acolhedora”; “promover capacitações e treinamentos continuados”; “produzir um treinamento de imersão para os profissionais sobre abortamento”; “garantir a participação do coletivo de trabalhadores na construção de protocolos, fluxos, e processos de trabalho”; “assegurar o funcionamento da rede em saúde para realização dos encaminhamentos pós a alta-hospitalar”; “criação de instrumentos de avaliação dos processos de trabalho”.

Algumas estratégias foram pensadas para funcionamento no âmbito das equipes: “criar espaços para a expressão e aproximação das subjetividades”; “discutir o abortamento do ponto de vista teórico, conceitual e humanístico”; “ampliar o foco assistencial, excessivamente centrado nas questões da maternidade, para promover a reflexão na perspectiva do empoderamento feminino”; “construir alguns fluxos para adolescentes para assegurar o cuidado mais específico”; “criar estratégias mais eficazes de abordagem às famílias”; “criar estratégias de sensibilização para as equipes”; “criação de espaços permanentes para discussão do tema”; “rodas de conversa sobre o que impacta no cotidiano dos serviços”; “assegurar encaminhamentos para a atenção primária e secundária”.

As modalidades de intervenção voltadas para as equipes acabam por se constituir em um grande desafio para as psicólogas que, devido à forma como os processos de trabalho são estruturados nos hospitais – nos quais os profissionais de saúde ficam inteiramente centrados na assistência direta ao paciente –, os espaços criados para reflexão da prática acabam por ficar esvaziados, sendo normalmente frequentados pelos profissionais que podem se afastar temporariamente do *front* assistencial. Dóris comenta: “[...] O trabalho da psicologia às vezes acaba não sendo colocado no mesmo patamar: ‘Ah, porque você vai lá pra conversar, pra falar, não sei o quê... Talvez não seja tão importante’”. Por outro lado, Ariadne propõe solucionar o impasse, tomando como modelo um programa exitoso realizado na M.5, no qual se chegava junto ao profissional, no seu local de assistência, ao invés de retirá-lo para discutir algo, por exemplo, num espaço de um auditório.

O fio puxado por Ariadne abre um caminho de saída no “labirinto”, que confirma uma experiência realizada na M.1, na qual o Serviço de Psicologia, em parceria com a Orquestra Sinfônica da Bahia (OSBA), organizou alguns concertos voltados para toda a comunidade

hospitalar, a qual era convidada a assistir as Cameratas da OSBA no auditório do hospital. Diante da baixa adesão e público muito restrito, decidiu-se que os músicos fariam suas *performances*, de modo itinerante pelas enfermarias do hospital, despertando, subvertendo e encantando aquela realidade momentaneamente.

Sem excluir a hipótese de que a atuação das psicólogas nesse contexto possa pontualmente ser elevada à dignidade da arte, esta pesquisadora não pode deixar de reconhecer a perspectiva do compositor Milton Nascimento, quando diz: “Todo artista tem de ir onde o povo está”, considerando a potência da produção coletiva para fazer emergir um modelo de saúde mais humano no espaço público.

5.7 Limites e Perspectivas

O presente estudo buscou caracterizar a atuação das psicólogas voltadas para adolescentes em situação de abortamento, a partir da análise de discurso de suas percepções, da racionalidade norteadora de suas práticas e das estratégias empregadas para lidar com as especificidades desse campo assistencial. As percepções dos sujeitos da pesquisa foram em torno dos cenários institucionais, das especificidades da adolescência, seus contextos, sexualidade e as situações de abortamento. A racionalidade, por sua vez, foi identificada pelos posicionamentos sobre a legalização do aborto, bem como dos posicionamentos acerca de questões relacionadas a gênero, raça/cor, classe e pela forma como as psicólogas relacionavam teoria/prática, sobretudo como dispunham do aparato conceitual e dos dispositivos propostos pelas políticas públicas voltadas para a humanização da assistência. As estratégias descritas trouxeram igualmente outros elementos para a delimitação da referida atuação.

Entretanto, o desenho metodológico da pesquisa apresentou limitações para uma caracterização mais precisa: apenas a análise do discurso dos agentes da prática acaba por não delimitar claramente os seus efeitos. Um estudo que contemplasse também a escuta das usuárias possibilitaria melhor delimitar a atuação da(o) profissional de Psicologia, aferindo o alcance da intervenção psicológica; daria igualmente oportunidade de se identificar mais claramente até que ponto, por exemplo, a atuação das psicólogas produz efeitos de empoderamento face à violência obstétrica, ao racismo institucional e frente a outras formas de discriminação. Um desenho de estudo que cotejasse as falas de psicólogas e usuárias

ofereceria elementos mais robustos para a caracterização dessa atuação. Mas, pelo fato de que a escuta das adolescentes exigiria uma nova apreciação do CEP (já que a metodologia se distanciaria do Projeto-mãe), optou-se por não incluir as usuárias no presente estudo, devido à limitação de tempo para a execução do projeto.

Por outro lado, o banco de dados criado para a presente pesquisa poderá dar lugar a realização de diferentes estudos, como o que está em curso sobre a atuação de psicólogas e o abortamento legal, que ficou de fora do escopo desta dissertação. É possível fazer outros recortes, a exemplo de abortamento e racismo institucional; abortamento na adolescência e as questões de gênero, dentre outros. De posse do grupo de pesquisa *Psicologia, Diversidade e Saúde*, o *corpus* transcrito estará disponível para novas leituras, desdobramentos e articulações com outras temáticas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo exploratório de natureza qualitativa aqui empreendido visou caracterizar a atuação de psicólogas na assistência a adolescentes em situação de abortamento, no âmbito dos hospitais-maternidade públicos de Salvador-BA. De saída, constatou-se a escassez de trabalhos sobre a temática e a necessidade de estabelecer as bases conceituais que seriam utilizadas para proceder à caracterização da prática do profissional de Psicologia nesse contexto assistencial, situando diferentes aspectos para a realização da análise de discurso dos enunciados das participantes da pesquisa.

Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura, intersectando quatro eixos temáticos: o abortamento, a humanização, a adolescência e a atuação da(o) psicóloga(o). O primeiro eixo, sobre o abortamento, convocou uma pesquisa de referências antropológicas, históricas e políticas para alcançar uma compreensão de sua complexidade sociocultural; também foi feito um contraponto entre a ocorrência do abortamento com a temática da feminilidade e da maternidade, devido a sua paradoxal pertinência ao terreno da procriação.

O desenvolvimento do segundo eixo, sobre a humanização, tecido a partir da apresentação das indicações, atribuições, definições e dispositivos contidos nos documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização, bem como na Norma Técnica de Humanização ao Abortamento, forneceram as balizas para análise das falas das entrevistadas, quando discorreram acerca da temática.

O terceiro eixo, a adolescência, colocava igualmente a necessidade de explorar suas especificidades, a fim de poder realizar uma leitura coerente dos enunciados das psicólogas entrevistadas acerca dos sujeitos-alvo de suas intervenções, como também analisar o sentido dessas intervenções junto a essas usuárias.

Para delimitação da atuação, por sua vez, uma analogia com a atuação cênica – que considera a “unidade de tempo”; “unidade de espaço” e “unidade de ação” – permitiu que aspectos teóricos e éticos fossem explorados, de modo que os resultados da pesquisa empírica pudessem ser discutidos com maior apropriação e rigor. Ressalte-se, ainda, que a presente investigação, ao buscar identificar a racionalidade que orienta a atuação da(o) psicóloga(o), trouxe ponderações – no enquadre de um Programa de Mestrado em Tecnologias em Saúde –

acerca dos limites e alcance da racionalidade tecnológica e a indicação de que as ações em saúde podem e devem também ser orientadas por outras racionalidades.

Com respeito à pesquisa de campo, a análise de discurso de 14 entrevistas permitiu constatar que as práticas desenvolvidas pelas psicólogas, inseridas nos serviços públicos terciários de atenção obstétrica de Salvador-BA, estão norteadas pelos princípios que regem a Política Nacional de Humanização do SUS e se mostram em conformidade com as atribuições estabelecidas para a/o psicóloga(o) na *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*⁽¹⁾ do Ministério da Saúde.

Evidenciou-se, no discurso das participantes da pesquisa, o lugar de destaque dado às diretrizes do acolhimento e do não julgamento, preconizadas pela referida Norma, para assistência a mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento. As psicólogas ainda foram unânimes em destacar a necessidade de se criar um espaço que propicie a elaboração de questões relativas à sexualidade, ao desejo de ser ou não ser mãe e à apropriação subjetiva da experiência do abortamento.

Curiosamente, observou-se que apenas quatro participantes da pesquisa conheciam integralmente a Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento⁽¹⁾, entretanto, foi notável a estreita sintonia entre as atribuições nela previstas e as práticas desenvolvidas pelas participantes da pesquisa, o que evidencia, por um lado, a pertinência das atribuições aí colocadas, de forma coerente com os fundamentos do exercício profissional em Psicologia; por outro, denuncia, paradoxalmente, o pouco interesse das psicólogas que exercem suas práticas no campo da saúde pública, acerca dos documentos oficiais que delineiam a sua atuação. Este dado confirma os achados da pesquisa de âmbito nacional, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2013, na qual as políticas públicas foram consideradas como uma das “invisibilidades”⁽⁴⁹⁾ na caracterização da psicóloga brasileira, por ser uma temática ainda periférica no rol dos seus interesses. Ademais, esse dado pode levantar questionamentos acerca da própria estrutura institucional, quanto ao seu possível interesse ou desinteresse na disseminação de políticas públicas mais democratizantes.

Todavia, a pesquisa aqui realizada evidenciou o compromisso das psicólogas com as políticas públicas inclusivas, que democratizam o cuidado humanizado. A exemplo do protagonismo que elas tiveram (juntamente com as assistentes sociais), no momento em que os hospitais-maternidade discutiam a diretriz da Rede Cegonha do direito ao acompanhante antes, durante

e depois do trabalho de parto, as psicólogas foram agentes que muito contribuíram para implantação dessa diretriz, a qual veio beneficiar indiretamente as mulheres adultas e adolescentes nas situações de abortamento.

Pôde-se constatar, também, que as adolescentes em situação de abortamento encontravam-se para as psicólogas deste estudo em um campo de grande visibilidade, contrariando os estudos realizados em Salvador⁽⁵⁾⁽⁷⁾ quanto às percepções relativas às psicólogas, como membros das equipes de saúde, na medida em que nada as distinguiu dos demais profissionais. É possível que o número de psicólogas nesses estudos não tenha sido significativo para inferir ou destacar as particularidades de sua atuação, visto que, efetivamente, na maioria das unidades há um subdimensionamento do número de psicólogas em relação às demandas institucionais, o que pode tornar a sua ação específica muito diluída nesse cenário.

As participantes da pesquisa destacaram a importância de respeitar a autonomia das/dos adolescentes quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como foram capazes de identificar as vulnerabilidades no plano sociocultural e econômico a que estão expostas as adolescentes em situação de abortamento; além disso, realizaram uma leitura precisa das formas de violência institucional que incidem sobre essas usuárias. Foram descritas estratégias que vêm sendo desenvolvidas para humanização da assistência, focadas no atendimento clínico à beira do leito ou no espaço ambulatorial, porém em algumas maternidades as psicólogas têm participado ativamente dos espaços colegiados, tentando contribuir para a otimização dos processos de trabalhos que impactam diretamente na humanização da assistência. Ressalte-se, ainda, que as psicólogas que se apropriaram efetivamente da Norma Técnica⁽¹⁾ deram um salto qualitativo na perspectiva de uma clínica – de fato – ampliada e compartilhada, o que significa considerar a potência da produção coletiva para fazer emergir um paradigma de saúde mais humano no espaço público.

Assim, humanizar a assistência nas situações de abortamento requer um profundo questionamento que desnaturalize formas de assistência já cristalizadas, buscando-se, através do conhecimento técnico e especialmente do amadurecimento de questões éticas, jurídicas – no marco dos direitos sexuais e reprodutivos – alcançar um novo paradigma de atenção à saúde, norteado pelos princípios que reafirmem a dignidade da pessoa humana.

As psicólogas apontaram caminhos a serem percorridos em diferentes esferas para superação das dificuldades, dentre eles sobressai a descriminalização do aborto, como meio para afrontar – no espaço da *polis* – os problemas decorrentes de séculos de clandestinidade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília; 2011.
2. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Jr. Ramos NA, Carvalho FH, Machado MMT, et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev. Saúde Pública*. 2014;48(3):508-520. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878>
3. 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. Brasília; 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2007.
5. McCallum C, Menezes G, Reis, AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde*. 2016;23(1):37-56.
6. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(7):3033-3040.
7. Santos LLN. Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014.
8. Teixeira RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: *Research Conference on: Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America, EUA* [internet]. San Diego; 2004. [citado 2015 set. 22]. Disponível em: <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>
9. Brasil. Ministério da Saúde, 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; 2009.
10. Castelar M, Carmo MBB, Barreto LF, Castro RB, Bispo TCF, Monteiro LS, et.al. Atuação dos profissionais de saúde e dos movimentos sociais nos conselhos e nas políticas públicas [projeto de pesquisa]. Salvador: Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Mestrado em Tecnologias em Saúde, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Bahia, 2014.

11. Devereux G. A study of abortion in primitive societies: a typological, distributional, and dynamic analysis of the prevention of birth in 400 pre-industrial societies. New York: Julian Press; 1955.
12. Boltanski, L. As dimensões antropológicas do aborto. *Rev. Bras. Ciênc. Pol.* 2012; (7):205-245. DOI: <http://doi.org/10.1590/S0103-33522012000100010>
13. Foucault M. O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). [Internet]. São Paulo: Martins Fontes; 2008. [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: <https://gambiarre.files.wordpress.com/2011/01/foucault-nascimento-da-biopolc3adtical.pdf>
14. Foucault M. História da sexualidade: A vontade de saber. 17ª ed. São Paulo: Graal; 2006. v.1.
15. Chatel MM. Mal-estar na procriação – as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matêmico; 1995.
16. Dehlinger M. Trois chiffres pour comprendre l'IVG en France, 40 ans. [Internet]. France: France TV Info; 2015. [citado 2016 fev. 21]. Disponível em: http://www.francetvinfo.fr/societe/ivg/trois-chiffres-pour-comprendre-l-ivg-en-france-40-ans-apres-sa-depenalisation_797623.html
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet.* 2011; 377(9779):1778–1797. DOI: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília; 2008.
19. Brasil. Código Penal [1940] e Código de Processo Penal [1941]. 6ª ed. Porto Alegre: Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Artes Gráficas; 2013.
20. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero [Internet]. Brasília; 2004. [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: http://www.anis.org.br/biblioteca/2015-11/anencefalia_pensamento_brasileiro_pluralidadepdf.pdf
21. Dias BC. Ação para aborto em casos de microcefalia será apresentada ao STF. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. [Internet]. 2016 jan. 29. [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/01/bioetica-aborto-em-casos-de-microcefalia/>
22. Rio de Janeiro (Estado). Habeas corpus 124.306. Voto-Vista, de 29 de novembro de 2016. [Internet] [citado 2017 jan.10]. Disponível em: <http://publicador.jota.info/wp-content/uploads/2016/11/HC-Voto-Aborto-1.pdf>.

23. Carta Capital. O STF descriminalizou o aborto? Carta Capital [Internet]. 2016 nov. 30 [citado 2017 jan. 10]. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-stf-descriminalizou-o-aborto-entenda>>.
24. Agência Senado. Projeto caracteriza aborto como crime em qualquer fase da gravidez. Senado Federal. [Internet] 2016 dez. 20 [citado 2017 jan. 10]. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/12/20/projeto-caracteriza-aborto-como-crime-em-qualquer-fase-da-gravidez>.
25. Wiese IRB, Silva EAA, Pichelli AAWS. Aborto induzido e seletivo: o que pensam os representantes do biopoder? In: Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10. [internet]. Florianópolis; 2013. [citado 2016 abr.28]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/resources/anais/20/1384966435_ARQUIVO_IriaRaquelBorgesWiese.pdf
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. PNH - Clínica ampliada e compartilhada. Brasília; 2009.
27. Houaiss A. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva Ltda; 2001.
28. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15:959–966. DOI: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>
29. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2009;(25 suppl.2):s193-s204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>
30. Aquino EML, Menezes G, Araújo TVB, Alves MR, Alves SV, Almeida MCC, *et al.* Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1765-1775.
31. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia. *Interface*. 2013;17(45):405-18. [citado 2016 05 mai.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/aop0713.pdf>.
32. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília; 2009.
33. DATASUS [Internet]. Brasil: Tecnologia da Informação a Serviço do SUS; 2015. [citado 2016 set. 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcirba.def>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.[Internet]. Brasília; 2011. [citado

- 2016 set. 24]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
35. Adesse L, Silva KS, Bonan C, Fonseca VM. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional da Rede Cegonha. *Saúde Debate*. 2015;39(106):694-706. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>
 36. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2016 fev. 21]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>.
 37. Brasil. Marco legal: saúde um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco Legal: saúde, um direito de adolescente. Brasília; 2005.
 38. Calligaris C. A adolescência. São Paulo: Publifolha; 2009.
 39. Machado Filho C. Uma visão ética e bioética do atendimento ao adolescente. *ResidPediatr*. 2015;5(3 Suppl.1):10-12.
 40. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2013.
 41. Piaget J. Os seis estudos de psicologia. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
 42. Hall S G. Adolescence: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. New York: D. Appleton & Co; 1904.
 43. McCallum C, Reis AP. Passagem solitária: parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil. In: Miranda-Ribeiro P, Simão, AB, organizadoras. Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil. [Internet]. 2ª ed. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2009. p.205-31. [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/ebooks/Demografia_em_Debate/Demografia_em_Debate_Volume2_2ed.pdf
 44. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em síntese. Projeção da População do Brasil; 2013. [citado em 2016 fev. 21]. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>
 45. Alves C, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(2):661-670. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200035>
 46. Tavares E. Mãe Menininha. In: Tavares AI, organizadora. Mais tarde é agora! Ensaios sobre a adolescência. Salvador: Ágalma; 1996. p.101-115.

47. Lima MLC, Uziel AP. Gênero e sexualidade na formação e prática profissional em psicologia. In: Lhullier LA, organizadora. Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP; 2013. p.51-76.
48. Marinho LFB, Aquino EML, Almeida MCC. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública. 2009;(25 Suppl2):s227-s239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400005>
49. Bajos N. Sexualité et contraception des adolescent-e-s". Institut National D'études Démographiques [Internet]. França; 2014 [citado 2016 fev. 21]. Disponível em: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/videos/sexualite-contraception-adolescents/>
50. Lhullier LA, organizadora. Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho. Brasília: CFP; 2013.
51. Lhullier LA, Roslindo JJ. As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In: Lhullier LA, organizadora. Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho. Brasília: CFP; 2013. p. 29-61
52. Lhullier LA, Müller RF, Bonassi BC, Longhini GDN. Introdução: a pesquisa, seus antecedentes e a proposta que a orientou. In: Lhullier LA, organizadora. Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP; 2013. p.11-20.
53. Bernardes AG, Lima MLC. Invisibilidades: as políticas públicas como potência de variação nas práticas em Psicologia. In: Lhullier LA, organizadora. Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP; 2013. p.201-222.
54. Toneli MJF, Müller RF. A diferença sexual inflacionada e o imperativo do feminino em psicologia. In: Lhullier LA, organizadora. Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP; 2013. p.21-50.
55. Freud S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Conferência 33. Feminilidade (1933[1932]). Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 22. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas).
56. Beauvoir S. O segundo sexo. A experiência vivida. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2016. v. 2.
57. Freud S. Sexualidade Feminina (1931). Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 21. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas).
58. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
59. Freud S. Mais além do princípio do prazer (1920). Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 19. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas).
60. Lacan J. Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Escritos; p.807-842.

61. Badinter E. O conflito a mulher e a mãe. Rio de Janeiro: Record; 2011.
62. Bock AMB. A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: Bock AMB, Gonçalves MGM, Furtado O, organizadores. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. São Paulo: Cortez; 2001. p. 1-12.
63. Lacan J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Escritos; p.496-533.
64. Lacan J. A direção do tratamento e os princípios de seu poder. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. Escritos; 591-652.
65. Freud S. Linhas de Progresso da teoria psicanalítica (1917[1918]). Rio de Janeiro: Imago; 1980. v. 17. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas).
66. Ayres JRJM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2000;4(6):117-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>.
67. Ayres JRJM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis: Rev. Saúde Coletiva. 2007;17(1):43-62.
68. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
69. Foucault M. Microfísica do poder. São Paulo: Graal; 2007.
70. Clavreul J. El orden medico. Barcelona: Argot; 1983.
71. Conselho Federal de Psicologia. Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre o Aborto. Conselho Federal de Psicologia [Internet]. 2012 jun. 22. [citado 2016 jun. 10]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/posicionamento-do-conselho-federal-de-psicologia-sobre-o-aborto/>
72. Conselho Federal de Psicologia, organizador. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência. Brasília: CFP; 2012.
73. Conselho Regional de Psicologia SP. Documento de Orientação frente ao atendimento de mulheres em situação de interrupção de gravidez. [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2016 set. 24]. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/comunicacao/pdf/nota-interruptao-gravidez.pdf>
74. Católicas pelo direito de decidir. Histórico. Católicas pelo direito de decidir [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://catolicas.org.br/institucional-2/historico/>.
75. Católicas pelo direito de decidir. Uma visão católica a favor do aborto. Católicas pelo direito de decidir [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2016 jun 10]. Disponível em: <http://catolicas.org.br/biblioteca/artigos/visao-catolica-a-favor-do-aborto/>

76. Mezan R. O que significa “pesquisa em psicanálise”. In: Silva MEL, organizador. *Investigação e psicanálise*. Campinas: Papirus; 1993. p. 49-89.
77. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec*. 2010;2(58):6-17. DOI: 10.3917/lae.102.0006.
78. Bajos N, Ferrand M. L'avortement ici et ailleurs. Introduction. *Sociétés contemporaines*. 2006;1(61):5-18. DOI [10.3917/soco.061.0005](https://doi.org/10.3917/soco.061.0005).
79. Borsoni B, Rissi-Minervini M-J. Des femmes, des bébés...et des psys - Échanges féconds en milieu hospitalier. Toulouse: Érès; 2015.
80. Stryckman N. O desejo de filho no homem e na mulher. *Revista Psicanálise e clínica de bebês*. Associação Psicanalítica de Curitiba. 2000;IV(04):91-108.
81. Nîin A. Inceste. Journal inédit et non expurgé des années 1932-1934. Paris: Stock; 1996.
82. Lacan, J. A Situação da Psicanálise e a Formação do Analista. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. Escritos; p.461-495.
83. Klaus MH, Kennell J. Alto Risco em Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1990.
84. Klaus MH, Klaus PH. Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artmed; 2001.
85. Stein C. As Erínias de uma mãe: Ensaio sobre o ódio. São Paulo: Escuta;1988.
86. Encaoua E. Des Érinyes aux Euménides: matricide et répétition en psychanalyse. *Les Lettres de SPF. Société de Psychanalyse Freudienne. Campagne Première*. 2015 (34):187-201.
87. Foucault M. Arqueologia do saber. 8ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
88. Bandão NHH. Introdução à análise do discurso. 7ª ed. Campinas: Unicamp; 1990.
89. Saussure F. Curso de Linguística Geral. 5ª ed. São Paulo: Cultrix; 1973.
90. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise do discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4): p.670-684.
91. Lacan, J.O Estádio do Espelho como formador da função do eu. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. Escritos; p.96-126
92. Motta LE, Serra CHA. Ideologia em Althusser e Laclau: diálogos (im) pertinentes. *Rev. Sociol. Polit.* 2014; 22(50):125-147.
93. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Ambiência*. 2ª ed. Brasília; 2010.
94. Skinner BF. Ciência e comportamento humano. 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.

95. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 42^a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
96. Mattos A. Alienação no serviço público. *Psicol. Cienc. Prof.* 1994; 14(1-3):28-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931994000100006>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do Projeto: **ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, instituição pública legalmente constituída e habilitada, na qual são realizadas investigações científicas.

O (a) Sr.(ª) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**Atuação das(os) Psicólogos(os) na Política de Humanização para Adolescentes em Caso de Abortamento**”, que tem por objetivo: Caracterizar a atuação de profissionais de Psicologia voltada para a atenção a adolescentes em situação de abortamento, nos serviços públicos terciários de Salvador. Este estudo é um subprojeto da Pesquisa “**Atuação dos Profissionais de Saúde e dos Movimentos Sociais nos Conselhos e nas Políticas Públicas**” cujo objetivo geral é: Mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos conselhos de direitos e nas políticas públicas na Bahia.

Caso concorde em participar, suas respostas serão anotadas e gravadas e serão guardadas em lugar seguro no Banco de Dados do Grupo de Pesquisa: Psicologia, Diversidade e Saúde da EBMSP– Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sob a responsabilidade da Pesquisadora Marida Castelar, Tel.: (71) 99874406, e-mail: marildacastelar@bahiana.edu.br e das(os) pesquisadoras(es) Maria Alice Ramos Ferreira Leal, tel.: (71) 91449224 (71) 31177768 e-mail alicefleal@hotmail.com

Como participante da pesquisa você responderá perguntas que permitam atingir os objetivos acima citados. Você poderá não responder às questões que não desejar e também poderá deixar a pesquisa. A entrevista será gravada em áudio ou vídeo conforme sua preferência e autorização. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas, em mídia impressa (livro e/ou jornal), divulgação científica de pesquisas e relatórios, o som das entrevistas e sua transcrição serão arquivamentos para formação de acervo histórico no Banco de Dados do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde.

Os benefícios diretos aos participantes estão relacionados a maior compreensão dos processos participativos, das demandas que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população, bem como um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde.

As pesquisadoras abaixo assinado se comprometem em seguir todas as normas e diretrizes vigentes direcionadas pela resolução 466/12 (Pesquisa com Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde, mantendo postura ética diante desta pesquisa e dos participantes perante o desenvolvimento da mesma e em relação a guarda do material em local seguro.

Ressalta-se a guarda e sigilo em relação à identidade dos participantes, estes terão a garantia de total esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, estando, portanto livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento.

Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o entrevistado ou seu representante legal.

Eu, _____

dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

_____, (Local e data) ____/____/____ Participante

Endereço para retorno dos resultados: Tel: _____ e-mail _____

Assinatura da(o) Pesquisadora(o) _____ Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina Saúde Pública - Rua Frei Henrique, Nº 08. Nazaré. Salvador-Ba. CEP 40.050-420 Tel.:(71) 2101-2944. E-mail: cep@bahiana.edu.br

APÊNDICE B - Roteiro Semiestruturado da Entrevista para Psicólogas(os) da Assistência

DADOS PESSOAIS:

1. Nome:
2. Idade:
3. Estado Civil:
4. Qual a sua cor/raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
5. Naturalidade:
6. Religião:
7. Tempo de Profissão/ formação:
8. Qual a sua abordagem teórica?
9. Tempo de Serviço Público:
10. Como você ingressou para o Serviço Público?
11. Qual a sua motivação para trabalhar neste segmento?
12. Tempo nesta Unidade de Saúde:
13. Trabalha em outra unidade de saúde? (trabalho, ONG, etc.)
14. Quais?
15. Cargo ou função que exerce:
16. Tipo de trabalho que desenvolve na (s) Unidade (s):
17. Participa de algum Conselho?
18. Qual?

PERGUNTAS TEMÁTICAS:

1. O que caracteriza a adolescência para você?
2. O que você pensa acerca do exercício da sexualidade na adolescência?
3. Você já atendeu adolescentes/ mulheres em situação de abortamento?
4. Você identifica algum traço particular nas adolescentes ou mulheres atendidas nesses casos?
5. Como percebeu a (s) situação (s) vivenciada (s)?
6. Você tem algum posicionamento pessoal sobre o aborto?
7. Você acha que este posicionamento interfere na assistência que você presta?
8. Para você existem diferenças na assistência prestada a adolescentes/mulheres em situação de abortamento, caso esses abortos sejam espontâneos ou provocados? Quais?
9. Como você percebe as relações raciais no atendimento voltado para adolescentes e mulheres em situação de abortamento?
10. O que considera relevante na direção do atendimento a adolescentes/mulheres em situação de abortamento?
11. Você conhece o conceito de tecnologias leves? O que você pensa sobre essa conceituação?
12. Você faz uso dessas tecnologias em sua prática?
13. Você identifica dificuldades e/ou entraves para o atendimento dessas usuárias?
14. Você conhece a política de Humanização do SUS? Qual a sua opinião?
15. Como você define uma prática humanizada?
16. Você conhece a Norma Técnica de Atenção Humanizada em caso de abortamento?
17. Você sabe quais são as atribuições da(o) psicóloga(o) estabelecidas pela referida Norma? Concorda com elas? E dos demais profissionais? O que acha dessa Norma?
18. Como você considera que o atendimento prestado às adolescente/mulheres em situação de abortamento nesta Unidade?
19. O que poderia melhorar na assistência prestada a essas mulheres?
20. Nós somos colegas e temos um grau de aproximação, como você se sentiu ao responder essas questões para mim?

APÊNDICE C - Roteiro Específico de Entrevista para Psicólogas(os) Gestoras(es)**DADOS PESSOAIS:**

1. Nome:
2. Idade:
3. Estado Civil:
4. Qual a sua cor/raça: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena
5. Naturalidade:
6. Religião:
7. Tempo de Profissão/Formação:
8. Tempo de Serviço Público:
9. Como você ingressou para o Serviço Público?
10. Qual a sua motivação para trabalhar neste segmento?
11. Tempo nesta Unidade de Saúde:
12. Trabalha em outra unidade de saúde (trabalho, ONG, etc.).
13. Quais?
14. Cargo ou função que exerce:
15. Tipo de trabalho que desenvolve na (s) Unidade (s):
16. Participa de Conselho?
17. Qual?

PERGUNTAS:

1. Qual a sua opinião sobre Política Nacional de Humanização (PNH)?
2. O que você identifica como avanços e entraves com relação a esta Política?
3. Você conhece a Norma Técnica de Atenção Humanizada em caso de Abortamento?
4. Como está a implementação das diretrizes preconizadas pela referida Norma nesta Unidade?
5. Quais as causas para os avanços e entraves observados?
6. Quais as suas sugestões para a plena implementação destas diretrizes no atendimento psicológico nas unidades?
7. Como você percebe o atendimento prestado a adolescentes nesta unidade?
8. Você atua na assistência? Você já atendeu alguma adolescente/mulher em situação de abortamento?
9. O que considera relevante na direção do atendimento a adolescentes/mulheres em caso de abortamento?
10. Nós somos colegas e temos um grau de conhecimento, como você se sentiu ao responder essas questões para mim?


APÊNDICE D – Dados das entrevistas

| Nº | NOMES | DATA | TEMPO DO ÁUDIO | Nº DE LAUDAS |
|--------------|---------|----------|-----------------|--------------|
| 01 | Íris | 08/12/15 | 00:26:08 | 08 |
| 02 | Leda | 10/12/15 | 00:33:43 | 11 |
| 03 | Irene | 17/12/15 | 00:28:45 | 11 |
| 04 | Nice | 28/12/15 | 01:00:59 | 15 |
| 05 | Hebe | 23/02/16 | 00:40:20 | 12 |
| 06 | Moira | 01/03/16 | 00:45:19 | 11 |
| 07 | Tésis | 02/03/16 | 00:32:59 | 11 |
| 08 | Ártemis | 07/03/16 | 00:55:36 | 15 |
| 09 | Gaia | 14/03/16 | 00:41:11 | 11 |
| 10 | Dóris | 14/03/16 | 00:43:49 | 11 |
| 11 | Themis | 16/03/16 | 00:39:31 | 13 |
| 12 | Ariadne | 16/03/16 | 01:05:39 | 18 |
| 13 | Higia | 23/03/16 | 00:57:00 | 15 |
| 14 | Dione | 30/03/16 | 01:00:21 | 14 |
| Total | | | 10:34:21 | 176 |

ANEXOS

Anexo A - Comprovante de Submissão de artigo com resultados

04/04/2017 Submissões Ativas



OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Ajuda do sistema](#)

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [NOTÍCIAS](#) [TODAS AS EDIÇÕES](#)

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

Submissões Ativas

ATIVO [ARQUIVO](#)

| ID | MM-DD ENVIADO | SEÇÃO | AUTORES | TÍTULO | SITUAÇÃO |
|--------|---------------|-------|----------------|--|-----------------------|
| 177667 | 03-27 | RLP | Leal, Castelar | ABORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA: ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS EM... | Aguardando designação |

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Apontamentos

TODOS [NOVO](#) [PUBLICADO](#) [IGNORADO](#)

| DATA DE INCLUSÃO | HITS | URL | ARTIGO | TÍTULO | SITUAÇÃO | AÇÃO |
|-----------------------------|------|-----|--------|--------|----------|------|
| <i>Não há apontamentos.</i> | | | | | | |

[Publicado](#) [Ignorado](#) [Excluir](#) [Selecionar todos](#)

ISSN: 1982-3703

USUÁRIO

Logado como: **alicefeal**

- [Meus periódicos](#)
- [Perfil](#)
- [Sair do sistema](#)

NOTIFICAÇÕES

- [Visualizar](#)
- [Gerenciar](#)

AUTOR

Submissões

- [Ativo \(1\)](#)
- [Arquivo \(1\)](#)
- [Nova submissão](#)

IDIOMA

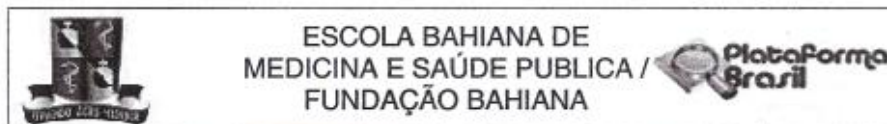
Selecione o idioma

Português (Brasil) ▼

[Submeter](#)

TAMANHO DE FONTE

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DOS MOVIMENTOS SOCIAIS NOS CONSELHOS E NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Pesquisador: Marilda Castelar

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 33098814.0.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.317.532

Apresentação do Projeto:

A pesquisa foi aprovada por este Comitê pelo parecer 804.222 e relatoria de 24/09/2014. O Pesquisador Responsável informa que considerando o tempo transcorrido foi elaborado um relatório para informar o andamento da pesquisa no período setembro de 2014 a setembro/2015. E para informar mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma, solicitamos portanto uma ementa dos mesmos. Considerando que a presente pesquisa enquadra-se no campo das ciências humanas, usa métodos qualitativos e por ser do tipo exploratória poderá no curso de seu processo aperfeiçoar ou modificar seus objetivos

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário do Protocolo Original (Primeira versão)

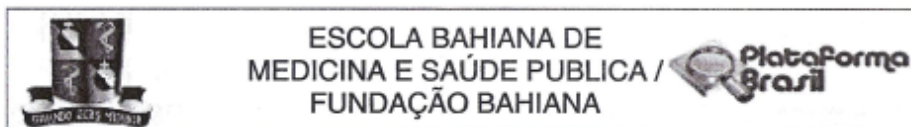
1. Mapear a presença e a atuação dos profissionais de saúde e de militantes de movimentos sociais nos Conselhos de Direitos e nas políticas públicas no Estado da Bahia.

Proposta de nova redação dos Objetivos Específicos:

a) Descrever as condições de atuação dos Conselhos Municipais de Saúde da Bahia e suas

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275 | CEP: 40.290-000 |
| Bairro: BROTAS | |
| UF: BA | Município: SALVADOR |
| Telefone: (71)3276-8225 | E-mail: cep@bahiana.edu.br |

bab enter



Continuação do Parecer: 1.317.532

implicações na Política de Saúde Bucal.

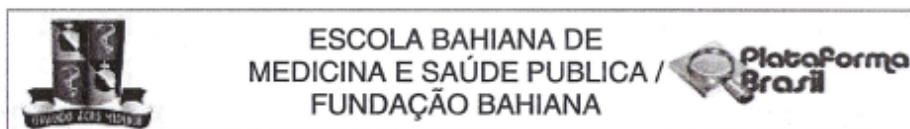
- b) Levantar, descrever e analisar as concepções sobre relações raciais de profissionais de saúde que participam de Conselhos de Saúde e de Igualdade Racial Estadual e Municipal existentes em Salvador, no Estado da Bahia.
- c) Identificar as principais práticas inovadoras vinculadas aos profissionais de psicologia para elaboração de políticas públicas e no enfrentamento do racismo institucional em Salvador.
- d) Conhecer os desafios relacionados à atenção psicológica a surdos que utilizam a LIBRAS como meio de comunicação, verificando a possibilidade de desenvolver formas de atendimento e acessibilidade que atendam as demandas da Comunidade Surda que utiliza a LIBRAS.
- e) Identificar concepções de psicólogas brancas sobre o racismo.
- f) Conhecer a perspectiva dos psicólogos sobre as políticas públicas para crianças e adolescentes voltadas para as medidas sócio educativas.
- g) Identificar as concepções de profissionais de Psicologia sobre as políticas públicas voltadas para a atenção a adolescentes em situação de abortamento nos serviços públicos terciários de Salvador, com vistas à criação de tecnologias leve.
- h) Compreender as práticas do psicólogo no acompanhamento às gestantes na atenção primária.
- i) Mapear a presença de psicólogos que atuam nos conselhos de saúde e nas políticas de saúde na Região Sudoeste da Bahia, bem como analisar a atuação desses profissionais nestas áreas.
- j) Analisar a efetivação das diretrizes: Acolhimento e Clínica Ampliada, da Política Nacional de Humanização (PNH), no atendimento psicológico aos usuários do SUS, em unidades de saúde de Salvador Bahia.
- k) Registrar a história de vida de profissionais de saúde e de militantes na efetivação das políticas públicas voltadas para a população negra e no combate ao racismo institucional.
- l) Construir um banco de dados sobre os conselhos de direitos, políticas públicas e histórias de vida de profissionais e de militantes de movimentos sociais da Bahia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Pesquisador Responsável mantém os riscos e benefícios do projeto original.

| | |
|------------------------------------|----------------------------|
| Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275 | CEP: 40.290-000 |
| Bairro: BROTAS | |
| UF: BA | Município: SALVADOR |
| Telefone: (71)3276-8225 | E-mail: csp@bahiana.edu.br |

Brotas



Continuação do Parecer: 1.317.532

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Esta pesquisa envolve um risco mínimo que se baseia na possibilidade de constrangimento ao responder alguma questão. Caso isso ocorra, estes participantes poderão optar por não responder qualquer questão online, ou mesmo de não participar da pesquisa. As pesquisadoras farão o possível para minimizar qualquer tipo de situação, as entrevistas serão realizadas em local silencioso, que garantam o sigilo e confidencialidade do entrevistado, também se comprometem em manter sigilo sobre os conteúdos e possíveis ocorrências.

Benefícios:

Os Benefícios diretos aos participantes estão relacionados, à maior compreensão dos processos participativos, das demandas dos movimentos sociais que devem possibilitar mudanças em concepções e práticas dos profissionais de saúde no atendimento à população, que poderá ser beneficiada com um maior controle social dos bens públicos e no sistema de saúde. Impacto na Formação: esta pesquisa pretende contribuir com a formação de recursos humanos, a partir da reflexão acerca dos problemas de escolarização em uma perspectiva crítica no processo de formação de professores e profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador Responsável anexou o relatório parcial da pesquisa informando o andamento da pesquisa no período de um ano.

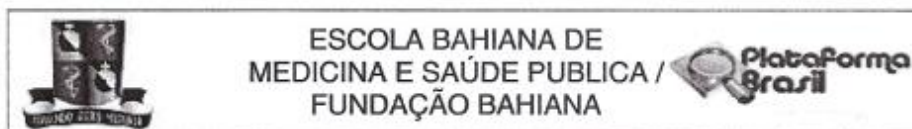
Anexou a Emenda 3 informando mudanças na equipe e a necessidade de aperfeiçoamentos nos objetivos específicos, e no cronograma.

O cronograma original foi programado para o final da pesquisa em 01/03/2016 01/07/2016. O atual apresenta um prazo para o término da pesquisa em 2017.

Não contempla no cronograma o prazo de envio do relatório parcial e final ao CEP-EBMSP, e além disso não distingue

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Brotas



Continuação do Parecer: 1.317.532

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores postaram os documentos correspondentes a emenda em consonância com a Resolução 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise da emenda e do protocolo de pesquisa original, a emenda foi aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

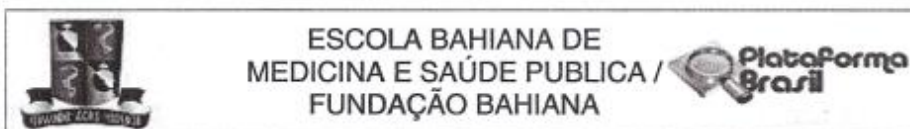
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|---|----------|
| Outros | Instrumento.pdf | 11/11/2015 09:36:06 | CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_604058 E1.pdf | 14/10/2015 15:29:15 | | Aceito |
| Outros | Anexo_5_TCLE_Questionario_Online_0 1_10_15.pdf | 14/10/2015 14:43:58 | Marilda Castelar | Aceito |
| Outros | Relatorio_Parcial_CEP_01_10_2015.pdf | 06/10/2015 16:40:21 | Marilda Castelar | Aceito |

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Subaru



Continuação do Parecer: 1.317.532

| | | | | |
|--|--|------------------------|------------------|--------|
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_CEP_Marilda_Castelar_01_10_2015.pdf | 06/10/2015 16:38:00 | Marilda Castelar | Aceito |
| Cronograma | Apendice_1_Cronograma_01_10_15.pdf | 06/10/2015 16:34:34 | Marilda Castelar | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | APENDICE 1 Cronograma Projeto Marilda Castelar 2014-2016.pdf | 31/08/2014 22:44:05 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | APENDICE 2 Orçamento Detalhado CEP Marilda Castelar.pdf | 31/08/2014 22:41:40 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | APENDICE 3 Roterio Geral e especificos de Entrevistas 30.08.2014.pdf | 31/08/2014 22:39:11 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | ANEXO 5 Autorização de Uso de Imagem, Som 30.08.2014.pdf | 31/08/2014 22:37:57 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Carta de Anuência Hospital Juliano Moreira.jpg | 31/08/2014 22:28:46 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Carta de Anuência HGRS.jpg | 31/08/2014 22:28:09 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Carta de Anuência CRPBA -OF. 319.jpg | 31/08/2014 22:27:48 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto CEP Marilda Castelar revisado 30.08.2014.pdf | 31/08/2014 22:26:37 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE Psicólogas SSA 30.08.2014.pdf | 31/08/2014 22:25:15 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE - Conselheiros 30.08.2014.pdf | 31/08/2014 22:24:35 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha de Rosto Assinada PósGrad.jpg | 20/06/2014 16:15:20 | | Aceito |
| Outros | Instrumento Validado coleta de dados etapa 1.pdf | 20/06/2014 16:06:35 | | Aceito |
| Outros | QUESTIONARIO - Primeira Etapa.pdf | 20/06/2014 16:05:01 | | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Carta Anuência Conselho de Saúde.jpg | 20/06/2014 16:02:44 | | Aceito |
| Outros | Autorização da Autora para uso de instrumento validado.pdf | 20/06/2014 16:02:06 | | Aceito |

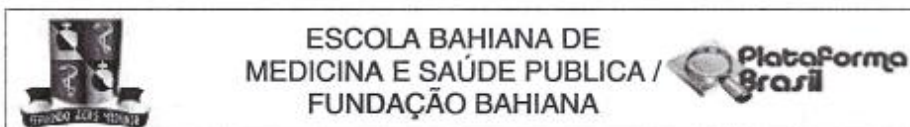
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cesp@bahiana.edu.br

Brotas



Continuação do Parecer: 1.317.532

Não

SALVADOR, 11 de Novembro de 2015

Cristiane Dias
 Assinado por:
CRISTIANE MARIA CARVALHO COSTA DIAS
 (Coordenador)

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
BAHIANA

Cristiane Maria Carvalho Costa Dias
 Pós-Graduada em GEP
 Centro de Diagnóstico em Saúde Humana

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275
 Bairro: BROTAS CEP: 40.290-000
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3276-8225 E-mail: cep@bahiana.edu.br

Página 06 de 06

brotas

ANEXO C – Norma Técnica de Atenção ao Abortamento (trechos selecionados)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ATENÇÃO HUMANIZADA AO ABORTAMENTO

Norma Técnica

2ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 4



BRASÍLIA - DF
2011

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO | 5 |
| INTRODUÇÃO | 7 |
| 1 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO | 13 |
| 2 ASPECTOS ÉTICO-PROFISSIONAIS E JURÍDICOS DO ABORTAMENTO .. | 15 |
| 2.1 PLANO INTERNACIONAL | 15 |
| 2.2 PLANO NACIONAL | 17 |
| 2.2.1 Constituição Federal..... | 17 |
| 2.2.2 Código Penal, Doutrina e Jurisprudência | 17 |
| 2.2.3 Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes | 18 |
| 2.2.4 Código Civil | 18 |
| 2.2.5 Ética profissional..... | 19 |
| 3 ACOLHER E ORIENTAR | 23 |
| 3.1 NÃO JULGAR..... | 24 |
| 3.2 ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE..... | 24 |
| 3.3 ROTEIRO DE CONVERSA | 25 |
| 3.3.1 Mudança de postura | 25 |
| 3.3.2 Atenção humanizada | 25 |
| 3.4 ESCUTA QUALIFICADA | 26 |
| 3.4.1 É responsabilidade da equipe | 26 |
| 3.4.2 Para os profissionais de saúde mental e serviço social..... | 27 |
| 3.4.3 Informar e orientar..... | 27 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.4.4 | Orientações clínicas..... | 28 |
| 3.4.5 | Orientações gerais | 28 |
| 4 | ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO | 29 |
| 4.1 | ASPECTOS CLÍNICOS..... | 29 |
| 4.1.1 | Ameaça de abortamento..... | 29 |
| 4.1.2 | Abortamento completo | 30 |
| 4.1.3 | Abortamento inevitável/incompleto | 30 |
| 4.1.4 | Abortamento retido | 31 |
| 4.1.5 | Abortamento infectado | 31 |
| 4.1.6 | Abortamento habitual..... | 32 |
| 4.1.7 | Abortamento eletivo previsto em lei | 33 |
| 4.2 | ESCOLHENDO AS TÉCNICAS DE ESVAZIAMENTO UTERINO | 33 |
| 4.2.1 | Abortamento farmacológico | 34 |
| 4.2.2 | Misoprostol..... | 35 |
| 4.2.2 | Aspiração Manual Intrauterina (Amiu)..... | 37 |
| 4.2.3 | Curetagem uterina..... | 38 |
| 4.3 | ALÍVIO DA DOR..... | 38 |
| 5 | PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO | 41 |
| 5.1 | ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO | 41 |
| 5.2 | OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS | 42 |
| 5.3 | ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL..... | 43 |
| | REFERÊNCIAS | 45 |
| | ANEXOS | 47 |
| | Anexo A | 47 |
| | Anexo B..... | 51 |
| | Anexo C | 53 |
| | Anexo D | 54 |
| | Anexo E..... | 55 |
| | Anexo F..... | 56 |
| | Anexo G | 58 |

1 MARCO CONCEITUAL DE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO

A inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento é propósito desta Norma. Isso não apenas como um guia de cuidados, mas também na intenção de oferecer às mulheres, aos serviços de saúde e à sociedade um novo paradigma que torne seguro, sustentável e efetivo a atenção às mulheres em situação de abortamento. Para que esse modelo possa ser implantado faz-se necessária a inclusão dos seguintes elementos essenciais:

1. Rede integrada com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas.
2. Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir.
3. Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos.
4. Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejam nova gestação.
5. Integração com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social para as mulheres.

3 ACOLHER E ORIENTAR

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

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolher, segundo o dicionário Aurélio é: “dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”. Pode também ser definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (PAIDÉIA, 2002).

Acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde.

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

A ação de orientar deverá promover a autodeterminação, segundo o princípio ético da autonomia.

3.1 NÃO JULGAR

A capacidade de escuta, sem prejulgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.

3.2 ACOLHIMENTO É TAREFA DA EQUIPE DE SAÚDE

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

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

Devemos considerar que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assisten-

tes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da psicologia e do serviço social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde.

3.3 ROTEIRO DE CONVERSA

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pela psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para esse atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como: a maternidade e o desejo de ser e não ser mãe, sexualidade, relacionamento com o parceiro. Assim como, na perspectiva da prevenção da repetição do abortamento, é importante o espaço para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada.

3.3.1 Mudança de postura

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

3.3.2 Atenção humanizada

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções des-

ta quanto à qualidade da assistência, melhora da relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão, respeitando-a.

3.4 ESCUTA QUALIFICADA

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com uma abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer uma relação de confiança.

3.4.1 É responsabilidade da equipe:

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

3.4.2 Para os profissionais de saúde mental e serviço social:

- Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo.
- Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima.
- Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida.
- Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro.
- Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos.

3.4.3 Informar e orientar:

- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas.
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais). Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária.
- Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento.
- Orientar quanto à escolha contraceptiva no momento pós-abortamento, informando, inclusive, sobre a contracepção de emergência.

3.4.4 Orientações clínicas

- SINAIS E SINTOMAS QUE REQUEREM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA:
- CÓLICAS POR TEMPO PROLONGADO.
- SANGRAMENTO PROLONGADO (MAIS DE DUAS SEMANAS).
- SANGRAMENTO MAIS ABUNDANTE DO QUE UMA MENSTRUACÃO NORMAL.
- DOR INTENSA OU PROLONGADA.
- FEBRE, CALAFRIOS OU MAL-ESTAR GERAL.
- DESMAIOS.

3.4.5 Orientações gerais

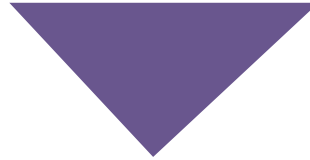
- Informar sobre a rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, volta da menstruação e planejamento reprodutivo. O retorno da atividade sexual pós-abortamento não complicado pode ocorrer tão logo a mulher assim o desejar.
- A fertilidade retornará logo após o procedimento, de forma que é necessária a orientação de planejamento reprodutivo e o acesso a métodos contraceptivos.
- Agendar retorno para no máximo 15 dias para revisão pós-abortamento.
- Orientar sobre o que fazer e onde encontrar assistência de emergência.
- Orientar sobre complicações.

SINAIS DE RECUPERAÇÃO NORMAL

UM POUCO DE CÓLICA UTERINA DURANTE OS PRÓXIMOS DOIS DIAS, QUE PODE SER ALIVIADA COM ANALGÉSICOS LEVES, E UM POUCO DE SANGRAMENTO, QUE NÃO DEVE EXCEDER DE UMA MENSTRUACÃO NORMAL.

UMA NOVA MENSTRUACÃO PODE OCORRER DENTRO DAS PRÓXIMAS 4–8 SEMANAS.

ANEXO D – Artigo “Humanizar a assistência nas situações de abortamento no SUS: o desafio permanece”



REVISÕES DE LITERATURA

HUMANIZAR A ASSISTÊNCIA NAS SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO NO SUS: O DESAFIO PERMANECE

HUMANIZING ASSISTANCE IN ABORTION SITUATIONS IN SUS: THE CHALLENGE REMAINS

Maria Alice Ramos Ferreira Leal**, *Marilda Castelar**

Autora para correspondência: Maria Alice Ramos Ferreira Leal - alicefleal@hotmail.com

*Psicóloga e Psicanalista no Hospital Geral Roberto Santos

**Doutora em Psicologia pela PUC-SP. Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

RESUMO

Introdução: O abortamento introduz uma gama de complexidades no campo da saúde, sendo necessário analisá-lo sob diferentes enfoques. **Objetivo:** Assim, a presente revisão de literatura traça um panorama de suas dimensões antropológica, histórica e política, com o objetivo de obter elementos para compreender as dificuldades que interferem na humanização da assistência. **Método:** Para tanto, realizou-se um levantamento bibliográfico em uma perspectiva sócio-histórica de autores com reconhecidos trabalhos sobre a temática, e de pesquisas publicadas nos últimos sete anos que avaliam e analisam a assistência prestada às mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento, nos serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro. Neste artigo, os documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Humanização, bem como a Norma Técnica de Humanização ao Abortamento, foram tomados como textos norteadores para definição de uma prática assistencial humanizada. **Conclusão:** Os cenários de assistência obstétrica, descritos pelos pesquisadores, permitiram concluir que há ainda uma distância significativa entre o que está preconizado e a assistência que vem sendo prestada, tornando-se necessário desnaturalizar formas de assistência já cristalizadas para alcançar um novo paradigma de atenção à saúde nas situações de abortamento.

Palavras-chave: Abortamento. Políticas Públicas. SUS. Humanização.

ABSTRACT

Introduction: The abortion introduces a range of complexities in the field of health, being necessary to analyze it from different approaches. **Objective:** Thus, this present review outlines a brief overview of its anthropological, historical and political dimensions, in order to obtain elements to understand the difficulties that interfere with the humanization of care. **Method:** Therefore, a literature review, in a socio-historical perspective of authors with recognized reports on the subject was conducted, as much as research published in the last seven years that evaluates and analyzes the care provided to adults and adolescent women in situations of abortion in health services under the Brazilian Public Universal Health Care System. In this article, the official documents of the Ministry of Health regarding the National Humanization Policy and the Technical Standard of humanization to abortion were taken as guiding texts for a definition of a humanized care practice. **Conclusion:** The obstetric care scenarios, described by the researchers concluded that there is still a significant gap between what is recommended and the assistance that has been provided, making it necessary to denature forms of assistance already crystallized to reach a new health care paradigm in situations of abortion.

Keywords: Abortion. Public Policies. SUS. Humanization.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) tem criado políticas públicas, respaldadas em acordos internacionais e na legislação brasileira, com o objetivo de assegurar o cumprimento dos direitos humanos nas situações de abortamento. Entretanto, na prática, ainda são observadas dificuldades para efetivar uma assistência humanizada, na medida em que nessas situações vêm à tona questionamentos sobre legalidade, criminalização, moralidade e religiosidade, fatores que interferem no posicionamento e desempenho dos profissionais de saúde. Constata-se que os conceitos e os valores dos profissionais de saúde e dos gestores sobre o aborto ultrapassam os limites das simples convicções pessoais: são determinados historicamente pelos processos sociais e culturais, que se entrecruzam na formação profissional e incidem nas práticas em espaços institucionais¹.

A seguir, o breve delineamento do abortamento em diferentes dimensões visa a fornecer elementos para a compreensão das questões que tensionam o plano relacional entre os profissionais e as usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), analisando aspectos que iluminam os obstáculos que emergem no campo assistencial.

MÉTODO

Realizou-se uma busca nas bases de dados do SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e em banco de teses, utilizando-se os descritores “aborto induzido” e sinônimos, “humanização” e “adolescência”. Foram consultados autores com reconhecidos trabalhos sobre o tema, tanto em livros como em artigos, sendo o que ano de publicação dos artigos foi o critério de sua inclusão, de modo que pudessem retratar o atual momento da assistência, em casos de abortamento no Brasil. Assim, foram excluídos artigos com mais de sete anos de publicação e os que estavam distantes da realidade da assistência terciária obstétrica em caso de aborto. Os textos do Ministério da Saúde sobre a humanização balizaram o percurso metodológico

aqui traçado.

O abortamento em sua dimensão antropológica, histórica e política

Estudos antropológicos sobre o abortamento, empreendidos em meados do século XX² nas sociedades ditas primitivas ou pré-industriais, permitiram constatar o provável caráter universal da prática do aborto voluntário ou, pelo menos, o reconhecimento dessa ocorrência. A pesquisa etnográfica constata que não há interlocutor, nas mais diferentes culturas, que ignore ou se espante com a possibilidade de retirar e eliminar fetos do corpo antes do nascimento, o que leva o sociólogo Luc Boltanski a deduzir que o abortamento provocado faz parte “[...] dos quadros fundamentais da existência humana em sociedade”³.

Métodos com a finalidade de provocar o aborto foram identificados em diferentes momentos da história. Estão presentes na Antiguidade greco-romana, nas sociedades ocidentais medievais e modernas, bem como no Oriente, a exemplo da China e do Japão. Recorre-se mais frequentemente a drogas abortivas, em geral fitoterápicas, como também aos meios mecânicos internos (introdução no corpo feminino de objetos pontiagudos) ou aos mecânicos externos, como pulos, golpes, cintos apertando o ventre, entre outros. Ademais, a etnologia registra igualmente meios mágicos, tais como, sentar-se em alguma árvore, comer determinado alimento, entre outras medidas³.

Algumas propriedades referentes ao abortamento voluntário são identificadas por Luc Boltanski³: além de sua universalidade, encontra-se a sua reprovação geral - inclusive nas sociedades nas quais sua prática é frequente - e observam-se reações contrárias à simples menção da palavra aborto, que pode desencadear desde uma censura discreta até a mais violenta indignação, muitas vezes simulada, como que para satisfazer às supostas expectativas do pesquisador. Ao mesmo tempo, não se fala do abortamento de modo frontal; percebe-se o constrangimento e a tentativa de fazer crer que essa prática não diz respeito a quem fala, nem mesmo aos membros mais próximos do coletivo ao qual se pertence. Observa-se, contudo, que as reações são muito variadas de sociedade para sociedade, como também no interior de um mesmo agrupamento

social. Situações em que a paternidade não pode ser confirmada ou características do feto – a exemplo de ser considerado filho de mau espírito (filho de um demônio) são, às vezes, apresentadas como circunstâncias atenuantes do abortamento, mas apenas de modo sutil, não se constituindo em uma argumentação segura, sustentada inequivocamente³.

Em que pese a fragilidade sobre argumentos que buscam atenuar tal prática, Luc Boltanski percebe que sua reprovação é acompanhada, não raro, de uma tolerância, mesmo por parte daqueles que se indignam à sua simples evocação. Essa tolerância se constitui, para o autor, como outra propriedade relevante do abortamento, que pode ser observada pelos poucos esforços, em geral, empregados para identificar e punir os responsáveis pelos abortamentos, tanto nas sociedades medievais quanto nas modernas, ou mesmo nas cristãs, que sempre censuraram e insistiram em sua proibição³.

O abortamento pôde assim permanecer velado, de certo modo inacessível, por pertencer quase que exclusivamente ao “mundo das mulheres”. Diversos estudos^{2,3} revelam uma nítida distinção de gênero, na qual o mundo masculino é identificado como oficial, encontrando na polis o seu espaço privilegiado, em contraposição ao mundo das mulheres que se apresenta como oculto, “privado”, oficioso, no qual se reserva à prática do abortamento o lugar mais encoberto e, com efeito, afastado da vida pública³.

Entretanto, a prática do abortamento só vai se tornar radicalmente clandestina nos países ocidentais em meados do século XIX até metade do século XX, intervalo no qual o aborto se torna ilegal e penalizado³. Pode-se inferir que essa forma mais explícita de censura ocorreu, muito provavelmente, como consequência do que Foucault designa como a “biopolítica”^{4,5}, que emerge no século XVIII, momento em que o Ocidente vai testemunhar uma importante transformação nos mecanismos de poder. O antigo “poder soberano”, que outorgava o direito de causar a morte ou deixar viver, vai sofrer um deslizamento para um poder que busca causar a vida, ordenar e gerir suas funções^{4,5}.

Foucault, em sua obra *A História da Sexualidade*, no volume 1, *A Vontade de Saber*, destaca que, de um lado, as disciplinas do corpo, que o adestram, ampliam as aptidões, exaurem suas forças na lógica

da produção e, do outro lado, a regulação das populações são os polos em torno dos quais irá se instaurar e se desenvolver o “biopoder”, o poder sobre a vida⁵.

A valorização do corpo estará em estreita conexão com a ordem burguesa, tornada hegemônica nesse momento histórico, não simplesmente, como enfatiza Foucault, pelo valor mercantil que o corpo assume em razão de sua força de trabalho, mas, sobretudo, pela consolidação política, histórica e cultural da referida hegemonia. Obras publicadas no final do século XVIII sobre higiene do corpo, longevidade, métodos para ter filhos saudáveis e evitar a mortalidade infantil, formas de melhorar a descendência da espécie humana, correlacionam o corpo e o sexo com um pensamento eugenista e de evidente racismo^{4,5}.

Assim, instaura-se toda uma tecnologia do controle que irá possibilitar manter os corpos e a sexualidade sobre estreita vigilância, como forma de equacionar o tensionamento entre as classes sociais (burguesia e proletariado), através da delimitação das possibilidades de coabitação, proximidade e contaminação (em razão das epidemias e doenças venéreas), de fluxo populacional e regulação demográfica. Logo, o corpo feminino - com o respaldo da medicina que destaca a fisiologia sexual própria das mulheres - será colocado a serviço da demografia, ao regular, de forma espontânea ou planejada, os nascimentos das crianças⁵.

Na primeira metade do século XX, o saber médico possibilitará, nos países desenvolvidos, a erradicação da mortalidade materna e infantil perinatal, quase que inteiramente, criando-se a partir daí um estreito vínculo entre medicina e procriação, cuja lógica se amplia com a exigência sempre crescente de salvar a díade mãe-criança dos riscos mortais que cercam o nascimento⁶.

A psicanalista Marie-Magdeleine Chatel destaca em seu ensaio *Mal-estar na Procriação*⁶, que tal redução da mortalidade se fez acompanhar do surgimento da contracepção médica, que visava o controle do excesso de natalidade. Apesar de a prática contraceptiva não ser exatamente uma novidade, como atestam documentos da antiguidade egípcia, esteve proscria e na clandestinidade durante muitos e muitos séculos de cristianismo, ganhando

visibilidade neste preciso momento da história⁶.

Chatel⁶ salienta ainda que a contracepção médica forçou a disjunção entre o ato sexual e a procriação. Afirma: “a ideia de consequências, sob a forma de uma criança, foi se destacando cada vez mais do ato sexual” (p. 21). Contudo, a autora observa que o grande emprego dos contraceptivos e o alto grau de informações que circulavam na França naquele momento não foram suficientes para provocar uma diminuição significativa do número de abortamentos, levando-a a deduzir que as gestações ditas “indesejáveis” não podiam ser reduzidas à questão de ter ou não acesso aos métodos contraceptivos. Chatel⁶ identifica outros aspectos que vão mais além da decisão racional de ter ou não ter filhos.

Outras reviravoltas marcaram o século XX. Palco de intensos movimentos políticos, tais como a Revolução Socialista, em 1917; o emblemático Maio de 1968 na França, no qual estudantes universitários foram às ruas protestar contra o conservadorismo das instituições, encontrando apoio e adesão em massa da classe trabalhadora em quase toda a Europa; o Movimento de Contracultura dos hippies do hemisfério norte; o Movimento Feminista, entre outros, se constituíram como força contrária à dominação exercida pelo Estado, mas não apenas dele, como também a outras formas de controle mais sutis, capilarizadas em todo o tecido social.

A conjuntura de protestos, de reivindicações dos diversos segmentos da sociedade civil, de questionamentos à ordem instituída, criou as condições de possibilidade para a legalização do aborto na França, em 1975, que, embora rejeitada por alguns com o argumento de que poderia se constituir como mais um método contraceptivo, provou justamente o contrário, ou seja, o número de abortamentos não aumentou, como também se testemunhou certo declínio e estabilização em determinado patamar^{6,7}.

Neste mesmo período, o Brasil encontrava-se sob o regime da ditadura militar, mas, na contramão desse cenário político, estava em curso a Reforma Sanitária Brasileira simultaneamente e sintonizada com a luta para a redemocratização do país. É a Reforma Sanitária que cria as bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Brasileira de 1988, que

reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Jairnilson Paim e colaboradores⁸ destacam que uma característica fundamental da reforma sanitária no Brasil foi o fato dela ter sido conduzida pela sociedade civil, e não por governos, partidos políticos ou organizações internacionais. A proposta brasileira de reforma sanitária se iniciou nos anos setenta reunindo movimentos de base, sindicatos, intelectuais progressistas, membros associados aos partidos de esquerda e acabou por conceber um conceito de saúde que não a reduz à dimensão biológica, mas que reconhece sua dimensão social e política e a necessidade de discuti-la no espaço público⁹.

O Sistema Único de Saúde no Brasil está fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que reconhecem a diversidade e as pluralidades individuais e dos coletivos, tornando a participação social estratégica nesse modelo de saúde. Seu lastro advindo de uma reforma viva, articulada no seio da sociedade civil, possibilitou a criação de instâncias deliberativas, nas quais a participação popular torna-se fundamental para a formulação e controle das políticas e serviços de saúde, reduzindo as chances deste modelo de saúde funcionar como mero instrumento de dominação e controle do Estado sobre os indivíduos. Deste modo, a concepção do SUS garante os direitos e reconhece a autonomia de todos os cidadãos. Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) veio trazer reforços ao SUS, propondo tecnologias e dispositivos, a fim de efetivar este novo paradigma de saúde.^{8,9}

Conceber a saúde de forma humanizada impõe reflexões sobre as formas de assistência às mulheres adultas e adolescentes em situações de abortamento, à medida que a temática do aborto gera grandes divergências e tensões que acabam por ameaçar, constantemente, os direitos conquistados pelas mulheres, a exemplo do Estatuto do Nascituro, Projeto de Lei nº 478/07, que em 2007 colocou em questão a legitimidade e legalidade do aborto em circunstâncias já descriminalizadas pelo Código Penal Brasileiro de 1940, Art. 128¹⁰, que prevê a indução do Aborto Legal como meio de salvar a vida da gestante ou em caso de estupro.

Em contrapartida, em 04 de abril de 2012 o Supremo Tribunal Federal (STF) julgou procedente a ação referente à Interrupção Seletiva da gravidez ou Aborto Seletivo, para os casos de gestação de fetos com anencefalia¹¹. A discussão sobre o abortamento relacionada à incompatibilidade com a vida de fetos malformados foi reaberta no atual momento da história do país, em razão da epidemia do Zika Vírus estar correlacionada como o nascimento de bebês com microcefalia e outras malformações¹². Contudo, o tensionamento sobre questões relativas ao aborto é constante.

No presente cenário político há fortes pressões da bancada evangélica, formada por deputados líderes de comunidade religiosas que insistem em recolocar em pauta o Estatuto do Nascituro no âmbito do Congresso Nacional, cuja aprovação acarretaria um retrocesso sem precedentes para as mulheres no Brasil.

A Política de Humanização em caso de abortamento

No Marco Teórico PNH⁹ fica registrada a necessidade de mapear e de dar visibilidade às iniciativas e programas de humanização no SUS, promovendo o intercâmbio e a articulação destes programas como estratégia essencial para a construção da Rede de Humanização em Saúde (RHS)⁹.

Com essa delimitação, a Atenção Humanizada ao abortamento – Norma Técnica¹, produzida pela Área Técnica de Saúde da Mulher, vai figurar como uma “publicação importante” no âmbito da PNH⁹.

A Norma Técnica¹ lançada pelo Ministério da Saúde em 2005, e revisada em 2011, considera que compreender a abrangência e o impacto do abortamento na saúde pública brasileira requer repensar soluções que exigem investimento em educação e informação, a fim de aprimorar a capacidade crítica dos cidadãos, retirando a discussão sobre o aborto da polaridade simplista (“ser contra” ou “a favor”) permeada, quase sempre, de passionalidade e dissensão. A Norma¹ é proposta tendo em conta alguns princípios basilares, a saber: a democracia, a laicidade do Estado, a igualdade de gênero e a dignidade da pessoa humana, e afirma o compromisso de resguardar os direitos reprodutivos e os direitos sexuais das

mulheres.

Pesquisadores no campo da epidemiologia^{13,14} têm destacado que o enquadre restritivo da lei, no qual o aborto é considerado crime, dificulta o acesso aos dados que permitiriam precisar a magnitude do aborto provocado no Brasil; alguns pesquisadores¹³ não veem como garantir, com absoluta segurança, sigilo ou proteção às mulheres que participam das pesquisas¹³. Contudo, a Atenção humanizada ao abortamento - Norma Técnica¹ traz as orientações necessárias para o exercício profissional no contexto hospitalar, cotejando a lei e o código de ética médica, de forma a garantir o cuidado sigiloso, técnico e humanizado¹.

Em que pese a subnotificação dos casos abortamento, pode-se observar uma tendência ao declínio no número de óbitos. Todavia, constata-se uma curva inversamente proporcional quando os óbitos são correlacionados à idade¹.

As pesquisadoras Menezes e Aquino no artigo Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva¹⁴ destacam que as mortes por abortamento atingem as mulheres mais jovens, de contextos sociais desfavorecidos, residentes nas periferias das cidades, sendo as negras as mais vulneráveis, estando sob o risco três vezes superior de morrer por essa causa quando comparadas às brancas. Outro dado levantado pelas pesquisadoras nos estudos de investigação de óbitos maternos é a recorrência de suicídio de jovens grávidas¹⁴. Além disso, a morbidade ocasionada pelo abortamento pode ser constatada pelas complicações físicas que se seguem, tais como: hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, acompanhadas de repercussões psicossociais complexas que exigem análises delicadas. No referido artigo¹⁴, as autoras apontam para a necessidade de investigação dos efeitos psíquicos do aborto, sobretudo nos países onde sua prática é crime, como no Brasil.

A Norma Técnica¹ define medidas protocolares a fim de reduzir as chances de complicações e danos irreversíveis. Entretanto, sua delimitação vai além da indicação dos procedimentos clínicos e técnicas adequadas para o esvaziamento uterino. Seu marco conceitual considera como elementos essenciais a atuação de uma equipe multiprofissional composta

por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, para oferecer acolhimento, escuta qualificada e orientação, a fim de atender às necessidades física e mental das mulheres adultas e adolescentes. A Norma¹ destaca a importância de não julgar, o que implica, em última instância, a suspensão temporária dos próprios valores pessoais do profissional, de modo a poder escutar o outro em sua dimensão de alteridade, o que implica dizer que as concepções de mundo são distintas de um sujeito para outro.

Apesar de a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento¹ assinalar uma tendência ao declínio de mortes no Brasil causadas por abortamentos, encontrou-se nos estados nordestinos a menor redução da taxa de mortalidade do país. No estudo de Martins-Melo e colaboradores¹⁵, no qual foram analisados dados do período de 1996 a 2012, observou-se que o estado da Bahia apresentou a maior razão de abortos inseguros por nascidos vivos (53,6 abortos em 100 nascidos vivos) e, em Salvador, levantamentos identificam que desde os anos noventa o abortamento permanece como a principal causa isolada de mortalidade materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte¹, o que torna fundamental debruçar-se sobre esta realidade.

O atual cenário da assistência em situações de abortamento

Estudos recentes^{13,14,16,17,18,22} sobre a problemática do abortamento no Brasil revelam o quanto a assistência prestada nos casos de aborto encontra-se distante do que preconiza as normas brasileiras e instâncias internacionais.

Aquino e colaboradores, na pesquisa Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?¹⁶ realizada em três capitais (Salvador, Recife e São Luís), cotejando as normas do Ministério da Saúde e o grau de satisfação de 2.804 usuárias internadas em 19 hospitais por complicações do aborto, constataram que os critérios de “apoio social” e “direito à informação” tiveram uma avaliação muito ruim nas três cidades. A “qualidade técnica do cuidado” também foi mal avaliada, sendo a “continuidade do cuidado” – identificada através dos critérios: cuidados pós-alta, consulta de revisão,

planejamento reprodutivo, acesso a métodos de contracepção e orientações sobre a gravidez – o aspecto que apresentou a situação mais crítica em todas as cidades¹⁶.

Na investigação Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil¹⁷ buscou-se a compreensão da experiência de mulheres internadas por abortamento provocado em três hospitais públicos de Salvador (BA). Segundo os autores, a vivência dessas mulheres desencadeou sentimentos negativos, pela dor física e emocional, amplificados pelo “não-cuidado” e atitudes de discriminação pelo aborto, por parte dos profissionais, indo, portanto, de encontro às atuais normas técnicas. O paradoxo se instaura, para os pesquisadores, a partir do relato das usuárias, no qual sobressai a falta de informações e de apoio emocional, que demonstram a desassistência com privação de direitos, sendo que nem sempre tais aspectos foram percebidos pelas usuárias, que tenderam a avaliar positivamente a atenção recebida. Este trabalho sugere que, em razão dos poucos estudos sobre a atenção ao aborto, outras pesquisas devam ser empreendidas para abordar a satisfação das usuárias e qualidade dos serviços de saúde, consonantes com as diretrizes da Norma Técnica¹.

Na pesquisa Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA, a autora Lívia Santos¹⁸ desenvolve um trabalho qualitativo, de enfoque antropológico, em três maternidades públicas de Salvador, no qual se constata que o conhecimento dos profissionais a respeito da Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica¹ é quase nulo; além disso, os entrevistados revelaram percepções estereotipadas sobre mulheres em situação de abortamento. Diz: “Os profissionais, sem distinção de categoria ocupacional, descrevem as usuárias que induziram o aborto como ‘jovens’, de ‘classes baixas’, ‘pouco instruídas’, ‘carentes’, ‘anormais’, ‘irresponsáveis’ e de ‘sexualidade desenfreada’.”¹⁸

A referida pesquisadora¹⁸ destaca que essas percepções não refletem os resultados de estudos populacionais mais amplos, a exemplo da investigação de âmbito federal 20 Anos de Pesquisas sobre Aborto no Brasil¹⁹, realizada em

2009 com mulheres escolarizadas de 15 a 49 anos, na qual se constatou que o aborto foi crescente com a idade, em mulheres com relação estável, já tendo filhos, declarando professar algum credo religioso, sobretudo católico, e sendo usuárias de métodos anticoncepcionais. Esta contradição aponta para preconceitos voltados para adolescentes, cujos estereótipos as tornam invisíveis nos serviços de saúde quanto às suas reais necessidades e demandas específicas^{20, 21}.

Nessa perspectiva, Cecilia McCallum e colaboradores²² vão buscar compreender aspectos importantes que se entrelaçam na relação entre mulheres/adolescentes usuárias dos serviços de atenção obstétrica e os profissionais de saúde. Na pesquisa O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia²² as autoras destacam: “[...] a discriminação contra as mulheres que abortam não parte, apenas, de alguns profissionais, mas está integrada à estrutura, organização e ‘cultura’ institucionais, dificultando, ou mesmo impossibilitando, um atendimento ‘humanizado’.” (p.38)²².

As autoras²² reforçam a tese de que as atitudes dos profissionais não são isoladas, são engendradas e engendram o espaço simbólico da instituição; a cultura institucional cria processos, rotinas e fluxos de atendimentos, que não estão isentos de significação. Percebe-se toda uma gama de valores passados subliminarmente, a própria naturalização dos “hospitais-maternidade” como locais de assistência às mulheres em situação de abortamento revela o contexto irrefletido das práticas. Não causa estranheza nem se percebe, em geral, o caráter irônico que McCallum e colaboradoras²² destacam: “[...] é nesses lugares consagrados à maternidade que se inscreve o cuidado com aquelas que estão abortando.” (p. 38)²².

Outro aspecto observado pelas pesquisadoras²² foi o fato de que as parturientes eram indistintamente chamadas de “mãe” (denominação muito recorrente em outros hospitais-maternidades); até mesmo uma mulher em situação de abortamento pode ser assim interpelada. O nome próprio no contexto da hospitalização desaparece, sendo que o termo mais frequente utilizado pelos profissionais para referir-se às mulheres em processo de abortamento é “cureta”. McCallum e colaboradoras²² sublinham:

“[...] nome do instrumento utilizado na curetagem, denominando-as por referência à tecnologia que são/serão submetidas” (p.45). Reduzidas assim ao instrumento ou a um termo genérico, essas usuárias são coisificadas, não sendo reconhecidas em sua humanidade²².

As pesquisadoras²² salientam que nesse cenário institucional negativo, as relações são pautadas pela desconfiança. As mulheres adultas e adolescentes temem ser discriminadas e maltratadas pelos profissionais de saúde e adiam sua ida ao hospital; quando admitidas na instituição, experimentam tensões e insegurança, além de captarem as mensagens simbólicas e subliminares. Ora, sendo o cuidado prioritário destinado às gestantes e parturientes, “às mães”, as mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento ficarão relegadas ao papel desqualificado de “antimães”²². Aí reside o ponto de violência, destacado pelas autoras, silencioso e ao mesmo tempo gritante que questiona o que está firmemente enraizado na estruturação deste cuidado²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias e ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para implementar uma atenção humanizada ao abortamento têm ainda um longo caminho a percorrer. Assim, a humanização da assistência não depende exclusivamente da promulgação de leis, decretos ou normativas e protocolos bem definidos. No campo relacional, o modo de pensar e agir dos profissionais é o elemento preponderante para a materialização das políticas públicas, para que não fiquem como meras abstrações de um modelo de saúde. O posicionamento dos profissionais passa a ser de fundamental interesse: até que ponto estes se investem do biopoder ou, ao contrário, relativizam o dispositivo saber/poder, na direção de um modelo de saúde menos dessubjetivador e mais humano?

Humanizar a assistência nas situações de abortamento requer um profundo questionamento que desnaturalize formas de assistência já cristalizadas ao longo de um processo sócio-histórico; deve-se buscar, através do conhecimento técnico e, especialmente da reflexão e amadurecimento de questões éticas, políticas, jurídicas - no marco dos direitos sexuais e reprodutivos - alcançar

um novo paradigma de atenção à saúde, norteado pelos princípios que reafirmem a importância da

dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2ª ed. Brasília. 2011
2. Devereux G. A Study of Abortion in Primitive Societies: a typological, distributional, and dynamic analysis of the prevention of birth in 400 pre-industrial societies. New York: Julian Press; 1955
3. Boltanski L. As dimensões antropológicas do aborto. Rev. Bras. Ciênc. Pol. 2012;(7):205-245. doi: <http://doi.org/10.1590/S0103-33522012000100010>
4. Foucault M. O nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979). [Internet]. 2008. [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: <https://gambiarre.files.wordpress.com/2011/01/foucault-nascimento-da-biopolc3adtical.pdf>
5. Foucault M. Historia da sexualidade: A vontade de saber. 17ª ed. São Paulo: Graal LTDA; 2006
6. Chatel MM. Mal-estar na procriação – as mulheres e a medicina da reprodução. Rio de Janeiro: Campo Matêmico; 1995
7. Dehlinger M. Trois chiffres pour comprendre l'IVG en France, 40 ans. [Internet]. 2015. [citado 2016 fev. 21]. Disponível em: http://www.francetvinfo.fr/societe/ivg/trois-chiffres-pour-comprendre-l-ivg-en-france-40-ans-apres-sa-depenalisation_797623.html
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, MacInko J. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. The Lancet. 2011;377(9779):1778–1797. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília. DF. 2008
10. Brasil. Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Código Penal [1940] e Código de Processo Penal [1941]. 6ª ed. Porto Alegre. 2013
11. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Anencefalia: o pensamento brasileiro em sua pluralidade. Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero [Internet]. 2004 [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: http://www.anis.org.br/biblioteca/2015-11/anencefalia_pensamento_brasileiro_pluralidadepdf.pdf
12. Dias BC. Ação para aborto em casos de microcefalia será apresentada ao STF. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. [Internet]. 2016 [citado 2016 abr. 28]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/2016/01/bioetica-aborto-em-casos-de-microcefalia/>
13. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15:959–966. doi: <http://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700002>
14. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. Cad. Saúde Pública. 2009;(25 suppl.2):s193-s204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>
15. Martins-Melo FR, Lima MS, Alencar CH, Jr. Ramos NA, Carvalho FH, Machado MMT, et al. Tendência

- temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev. Saúde Pública*. 2014;48(3):508-520. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878>
17. Aquino EML, Menezes G, Araújo TVB, Alves MR, Alves SV, Almeida MCC et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1765-1775. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700015>
 18. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia. *Interface*. 2013;17(45):405-18
 19. Santos LLN. Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA [Dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2014
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília. DF; 2009
 21. 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. Brasília. DF; 2009
 22. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília. DF; 2007
 23. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde*. 2016;23(1):37-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>

ANEXO E – Artigo “Abortamento na adolescência: atuação de psicólogas em hospitais-maternidade públicos de Salvador-Bahia”

Abortamento na adolescência: atuação de psicólogas em hospitais-maternidade públicos de Salvador-Bahia

RESUMO

O abortamento configura-se em um grave problema de saúde pública. O **objetivo** da presente investigação foi caracterizar a atuação de psicólogas junto a adolescentes em situação de abortamento, nos serviços de atenção obstétrica terciária em Salvador-Bahia. **Método:** Através de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, mediante a Análise de Discurso de 14 entrevistas, com roteiro semiestruturado, realizadas com psicólogas de seis hospitais-maternidade pôde-se obter como **resultados** que a atuação das psicólogas estava sintonizada com as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde para humanização da assistência, todavia, grande parte das entrevistadas não conhecia integralmente os documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, norteadores das práticas nesses espaços, sugerindo que os textos relativos às políticas públicas não se encontram no rol dos principais interesses das psicólogas nesse segmento assistencial, ao mesmo tempo, esse desconhecimento interroga o próprio empenho institucional na difusão de políticas públicas mais democratizantes. **Discussão:** Estudos recentes sobre o desempenho dos profissionais de saúde em Salvador-Bahia voltados para a assistência a adolescentes em situação de abortamento revelam que pesam sobre elas uma série de estereótipos e desconhecimento acerca de suas características, contudo, tais investigações não abordaram de forma particularizada a prática da psicologia. **Conclusão:** a pesquisa evidenciou que as psicólogas mantêm as adolescentes em um campo de grande visibilidade, na medida em que se mostraram atentas às suas peculiaridades, e foram igualmente capazes de realizar uma leitura precisa de diferentes aspectos da violência institucional que incide sobre essas usuárias nas situações de abortamento. **Palavras-chave:** Adolescentes; Abortamento; Políticas públicas; Psicologia.

ABSTRACT

Abortion in adolescence: practice of psychologists in public maternity hospitals in Salvador- Bahia

Abortion is a serious public health problem. The **objective** of this study was to characterize the performance of psychologists on adolescents passing through abortion situations in tertiary obstetric care in Salvador-Bahia. **Method:** Through a qualitative research of exploratory nature on the Discourse Analysis of 14 interviews, with a semi-structured script, carried out with psychologists from six maternity hospitals, it was possible to obtain as **results** that the performance of the psychologists was in line with the guidelines drawn up by the Ministry of Health for the humanization of care, however most of the interviewees did not fully know the official documents produced by the Ministry of Health, guides of the practices in those spaces, suggesting that the texts related to public policies are not in the list of the main interests of psychologists in this assistance segment, at the same time, this lack of knowledge questions the institutional commitment itself in the diffusion of more democratizing public policies. **Discussion:** Recent studies on the performance of health professionals in Salvador-Bahia aimed at assisting adolescents in abortion show that they carry a heavy burden of stereotypes and lack of knowledge about their characteristics, however, such investigations did not approach in a particular way the practice of psychology. **Conclusion:** the research showed that the psychologists keep the adolescents in a high visibility field, as they were attentive to their peculiarities, and were also able to carry out a precise reading of different aspects of the institutional violence that affects these users in Abortion situations.

Keywords: Adolescents. Abortion. Public policies. Psychology.

RESUMEN

Aborto en la adolescencia: actuación de psicólogas en hospitales-maternidades de Salvador- Bahia

El aborto se constituye como un grave problema de salud pública. El **objetivo** de este estudio fue caracterizar la actuación de psicólogas junto a adolescentes en situación de aborto en los servicios de atención obstétrica terciaria en Salvador-Bahia. **Método:** A través de una investigación cualitativa de carácter exploratorio mediante el Análisis del Discurso de 14 entrevistas, con un guión semiestruturado, realizadas con psicólogas de seis hospitales-maternidades, se pudo obtener como **Resultados** que la actuación de las psicólogas estuvo en línea con las directrices elaboradas por el Ministerio de Salud para la humanización de la asistencia, sin embargo, la mayoría de los entrevistados no conocían completamente los documentos oficiales producidos por el Ministerio de Salud, orientadores de las prácticas en esos espacios, lo que sugiere que los textos relativos a políticas públicas no se encuentran en el rol de los principales intereses de las psicólogas en este segmento asistencial, al mismo tiempo, este desconocimiento interroga el propio empeño institucional en la difusión de políticas públicas más democratizadoras. **Discusión:** recientes estudios sobre el desempeño de los profesionales de la salud en Salvador-Bahía dirigidos a la asistencia a adolescentes en situación de aborto revelan que recae sobre ellas muchos estereotipos y desconocimiento a cerca de sus características, sin embargo, tales investigaciones no abordaron de manera particular la práctica de la psicología. **Conclusión:** la investigación evidenció que las psicólogas mantienen a los adolescentes en un campo de alta visibilidad, atentas a sus peculiaridades y fueron igualmente capaces de realizar una lectura precisa de los distintos aspectos de la violencia institucional que afecta a estas usuarias en situación de aborto.

Palabras-clave: Adolescentes; Aborto; Políticas públicas; Psicología.

INTRODUÇÃO

A gravidez não planejada e o abortamento realizado em condições inseguras são graves problemas que impactam na saúde pública em escala global. Em 2008, levantou-se o quantitativo de 22 milhões de abortos inseguros em todo o mundo, sendo que 97,0% ocorreram nos países emergentes (Martins-Melo et al., 2014). O risco de morte por complicações de um abortamento inseguro é muitas vezes mais alto do que de um abortamento realizado por profissionais e em condições seguras. Estima-se que, no Brasil, ocorra cerca de um milhão de abortos por ano, ocasionando altas taxas de morbimortalidade (Brasil, 2011).

A Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento (2011), do Ministério da Saúde, assinalou uma tendência ao declínio dessa *causa mortis* no Brasil, entretanto, encontrou-se nos estados nordestinos a menor redução da taxa de mortalidade do país. Em estudo de Martins-Melo (2014), no qual foram analisados dados do período de 1996 a 2012, observou-se que o estado da Bahia apresentou a maior razão de abortos inseguros por nascidos vivos (53,6 abortos em 100 nascidos vivos) e, em Salvador, levantamentos identificam que, desde os anos de 1990, o abortamento permanece como a principal causa isolada de mortalidade materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte (Brasil, 2011).

A Área Técnica de Saúde da Mulher (2009) e a Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente (2005), do Ministério da Saúde (MS), têm criado políticas públicas em concordância com a legislação internacional e brasileira, a fim de assegurar o cumprimento dos direitos humanos nos casos de abortamento, entretanto, na prática, constatam-se dificuldades na efetivação de uma atenção humanizada, na medida em que o campo relacional entre profissionais de saúde e usuárias é constantemente tensionado por questionamentos acerca da criminalização do aborto, envolvendo, não raro, aspectos ligados à moralidade e religiosidade (Brasil, 2011); bem como a cultura institucional do *locus* de assistência obstétrica ao se voltar prioritariamente para os eventos relativos à maternidade, relegam as usuárias em situação de abortamento ao plano secundário. (McCallum, Menezes & Reis, 2016).

Recentes estudos realizados em hospitais-maternidade públicos de Salvador constataram que os profissionais de saúde tinham percepções estereotipadas sobre as mulheres em situação de abortamento, sobretudo em relação às adolescentes, que foram descritas de forma pejorativa e como as mais propensas à prática do aborto (Santos, 2014). Em um dos hospitais-maternidade levantou-se o dado de que a maioria dos profissionais, independentemente de categoria profissional, considerava inadequado uma jovem se tornar mãe antes dos 25 anos e 62,2% dos profissionais de saúde declararam-se contrários à descriminalização do aborto (McCallum, Menezes & Reis, 2016). Entretanto, nessas pesquisas a perspectiva da(o) psicóloga(o) quase não foi examinada, abrindo uma lacuna que enseja o estudo sobre sua atuação no âmbito dessa assistência.

Assim, o presente estudo se propôs a caracterizar a prática de psicólogas(os) que atuam em hospitais-maternidade da Rede Pública de Salvador-Bahia, através de suas percepções sobre os entraves e os desafios para a efetivação da Política de Humanização voltada para adolescentes em situação de abortamento, ao tempo em que buscou analisar a relação que as psicólogas estabeleciam entre o conhecimento e a prática, identificando a racionalidade que norteava o seu fazer, suas ações, bem como possíveis inovações e/ou experiências exitosas nesse segmento assistencial.

A atuação da(o) psicóloga(o) junto a adolescentes na situação de abortamento requer considerar toda a complexidade do evento, a partir da própria vivência sexual na adolescência, que, na maior parte das vezes, desperta nos adultos percepções autocentradas e alheias à visão de mundo das/os jovens, colocando-as/os num campo de invisibilidade. O *Marco legal: saúde um direito de adolescentes* (2005) e o *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens* do MS (2007) não os veem como meros objetos de intervenção do Estado, da família ou da sociedade, mas os reconhecem como sujeitos de direito, sendo que o Marco Teórico (2007) avança no sentido de tomar como eixo norteador as definições acordadas na IV Conferência Internacional sobre a Mulher em Pequim (1995), as quais dão maior visibilidade à saúde sexual descolando-a da saúde reprodutiva, a publicação destaca igualmente que a visão “adultocêntrica,” que define o adolescente por “não ser adulto” implica, em última instância, na desvalorização das reais necessidades e interesses da(o) adolescente, desqualificando sua capacidade de escolhas, sobretudo às relacionadas à sua sexualidade e à vida reprodutiva, bem como à sua capacidade de realizar outros projetos enquanto sujeito social.

A perspectiva “adultocêntrica” exhibe, com efeito, mais ambiguidade do que propriamente interdições inequívocas. O psicanalista Contardo Calligaris (2009) analisa o duplo vínculo que o adulto estabelece com o adolescente ao lhe reconhecer a maturação do corpo, com a concomitante alegação de sua imaturidade para a vivência sexual; ensina-lhe que a autonomia e a independência são valores altamente estimados na cultura, mas tenta mantê-lo subordinado, sob constante tutela. Calligaris destaca que a “moratória” imposta ao adolescente faz como que ele não se sinta reconhecido dentro do pacto social, desencadeando, por vezes, comportamentos transgressivos e impulsivos; impulsividade tem sido igualmente identificada no campo da sexualidade (Calligaris, 2009).

As condições para a vivência da sexualidade na adolescência são muito diversas, refletem diferentes realidades e desigualdades, não apenas socioeconômicas, como também de gênero, de cor/raça. (Brasil, 2005, Brasil, 2007,

Menezes & Aquino, 2009 & Brasil, 2013). Com efeito, a gravidez na adolescência pode evidenciar contextos de vulnerabilidade social, seja pela falta de informação, seja pela inacessibilidade a serviços de saúde, seja pela carência de uma prática dialógica, cuja incidência se tem observado mais acentuadamente em camadas sociais menos favorecidas (Alves & Brandão, 2009). Deve-se salientar, entretanto, que a ausência de diálogos sobre a sexualidade na adolescência, independentemente de classe social, dificulta que as transformações corporais e as formas de emergência do desejo sexual ocorridas na puberdade encontrem significações no campo simbólico, colocando para a/o adolescente a necessidade de produzir tais significações em ato, precipitando-a/o numa vivência da sexualidade de modo impulsivo e irrefletido (Calligaris, 2009 & Tavares, 1996).

Um estudo realizado em uma maternidade pública de Salvador (McCallum & Reis, 2009), no qual foi traçado o perfil sociodemográfico das adolescentes, identificou que “residência própria” e “independência financeira” não eram pré-requisitos para que elas vivenciassem a experiência de serem mães, sendo, com efeito, essa vivência, a operação (em ato) que adquiria, *a posteriori*, o valor simbólico de ingresso no mundo dos adultos.

A realidade do aborto entre jovens no Brasil revela igualmente grandes disparidades sociais. Dados de um estudo multicêntrico, realizado em diferentes capitais do país (Menezes & Aquino, 2009), evidenciaram que moças com renda familiar *per capita* e escolaridade mais elevadas informaram ter abortado, respectivamente, 4,6 e 3,8 vezes mais que as moças pobres e de menor escolaridade. Desse modo, a gravidez se mostrou pouco frequente entre moças de classes sociais mais favorecidas e a prática do aborto relativamente recorrente; ao mesmo tempo foi encontrada uma menor ocorrência de gravidez em moças provenientes de classes populares que alcançaram um maior nível de escolaridade que suas mães, não sendo, nesse contexto, afastada a hipótese do aborto como forma de contracepção (Menezes & Aquino, 2009). Com efeito, têm-se identificado uma fragilidade na interiorização das normas contraceptivas entre as adolescentes brasileiras. Há uma ausência de formação sobre a sexualidade, muitos não-ditos e pouco espaço de interlocução no contexto familiar e na escola, bem como nos serviços de saúde (Alves & Brandão, 2009).

Na perspectiva de melhor delimitar a atuação de psicólogas nesse cenário, foram considerados, do mesmo modo, os achados de uma pesquisa qualitativa, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, publicada com o título: *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres* (2013), na qual as pesquisadoras analisaram as reflexões e o silêncio das psicólogas sobre temas da contemporaneidade, que articulava o exercício profissional em Psicologia, a mulher e o feminino. Temas que não despertaram interesse ou que não surgiram espontaneamente nos grupos focais foram analisados pelas pesquisadoras como “invisibilidades”; dentre eles, destacaram-se o tema das relações raciais, que só emergiu pontualmente nos grupos nos quais havia representantes negras, bem como o tema das políticas públicas (Lhllier, Muller, Bonassi & Longhini, 2013 & Bernardes & Lima, 2013).

A discussão sobre tais “invisibilidades” é de total interesse para o presente estudo, à medida que a problemática do aborto não pode prescindir de políticas públicas para o seu enfrentamento, ao tempo em que fechar os olhos ante ao racismo é não levar em conta que a maior mortalidade nos casos de aborto no Brasil encontra-se no universo de jovens negras, moradoras de bairros periféricos das cidades brasileiras.

MÉTODOS

O desenho metodológico do presente estudo caracterizou-se por ser uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, com suporte teórico da perspectiva sócio-histórica e da psicanálise. A interpretação dos resultados foi empreendida a partir da teoria de Análise de Discurso, delimitada por pressupostos da arqueologia foucaultiana (Foucault, 2015). A leitura flutuante das entrevistas procurou destacar a dimensão de “acontecimento” de cada enunciado, tendo em conta sua particularidade, isto é, longe de querer homogeneizar a massa de enunciados, anulando possíveis diferenças e contradições, buscou-se, sobretudo, o desenho de configurações singulares em cada ato de fala (Foucault, 2015).

A seleção das participantes ocorreu nos estabelecimentos públicos de atenção obstétrica terciária de Salvador, que contavam com psicólogas(os) em seus quadros de pessoal. Foram entrevistadas 14 psicólogas de uma população total de 18 profissionais de Psicologia, que atuavam em 6 hospitais-maternidade, no intervalo de dezembro de 2015 a março de 2016, meses referentes à coleta dos dados, que foi realizada mediante entrevistas, com roteiros semiestruturados e registradas em áudio.

Foram incluídas na amostra as psicólogas que atuavam na assistência e excluídas duas psicólogas com menos de um ano de atuação na área, bem como uma que afirmou não ter experiência com a temática. Outra psicóloga não foi entrevistada porque estava de férias no período da coleta de dados. Com exceção de duas entrevistadas, as demais conheciam a proponente da pesquisa de outros espaços da sua atuação profissional.

No momento de concluir a entrevista, era formulada uma questão que visava a avaliar o grau de interferência da aproximação pessoal da pesquisadora com as participantes do estudo. Assim, as duas participantes que não

conheciam previamente a proponente da pesquisa referiram-se a sensações de muita tranquilidade e uma delas verbalizou ter sido prazeroso dialogar sobre o tema; as participantes que já conheciam a pesquisadora foram unânimes em enfatizar igualmente sensações de tranquilidade e de se sentirem bem confortáveis no decorrer da entrevista. Foi possível avaliar que a aproximação pessoal e profissional da pesquisadora com as participantes da pesquisa não exerceu nenhum efeito inibidor, mostrou-se, pelo contrário, um facilitador, tanto para o acesso às participantes no momento inicial, quanto no decorrer da coleta dos dados.

Todas as entrevistas foram realizadas em locais reservados, que garantiram o sigilo e a confidencialidade das entrevistadas. Assegurou-se às participantes da pesquisa, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), total sigilo, inclusive, no uso posterior das gravações, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Ainda, para efeito de preservação do sigilo, as participantes da pesquisa receberam nomes fictícios, inspirados em personagens femininos da mitologia grega, a fim de que suas falas pudessem ser evocadas no processo de análise e discussão dos resultados, sem identificação.

Diante do *arquivo*, foi possível estabelecer a seguinte categorização: perfil sociodemográfico e trajetória profissional das participantes da pesquisa; os cenários de atuação; percepções das psicólogas sobre a adolescência (seus contextos, sexualidade e as situações de abortamento); percepções das psicólogas sobre a atuação dos profissionais de saúde diante das situações de abortamento; posicionamento das psicólogas sobre a legalização do aborto; atuação das psicólogas nas políticas públicas voltadas para a humanização da assistência; atuação profissional (descrição das estratégias utilizadas).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se afirmar que, no presente estudo, a massa de enunciados recolhidos foi quantitativa e qualitativamente espessa para atender ao critério de representatividade, permitindo desenhar o perfil sociodemográfico do conjunto das profissionais que atuam nesse segmento.

As 14 entrevistadas apresentaram idades entre 30 e 50 anos, sendo que onze delas estavam na faixa etária entre 30 e 37 anos, reproduzindo, de modo similar, a distribuição encontrada na pesquisa de âmbito nacional, cuja maior frequência de psicólogas (34%) esteve na faixa-etária entre 30 e 39 anos (Lhullier & Roslindo, 2013).

Quando a questão girou em torno da autodefinição da cor e da raça, as respostas das entrevistadas seguiram a padronização adotada pelo IBGE de modo espontâneo. Assim, oito psicólogas se autodenominaram brancas, cinco pardas e uma negra, refletindo um dado já conhecido, referente à maior prevalência de brancos no ensino superior no Brasil. Além disso, tal dado reproduziu a mesma curva estatística do levantamento relativo às psicólogas brasileiras, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2013 (Lhullier & Roslindo, 2013). Quanto à naturalidade, observou-se um expressivo número de psicólogas das regiões Sul e Sudeste, todavia não foi indicador de que, neste segmento específico, postos especializados no Nordeste estivessem sendo ocupados por profissionais procedentes do Sul e Sudeste do Brasil, haja vista que a maioria destas psicólogas fizeram suas formações universitária e complementar em Salvador; apenas duas já vieram formadas de seus estados de origem, sendo que uma delas obteve o título de especialista na Universidade Federal da Bahia.

Em relação ao estado civil: 8 são casadas; 1 declarou ter uma união estável; 3 são solteiras; e 2 divorciadas. Quatro das entrevistadas não têm filhos; 7 têm filhos únicos; e 3 declararam ter dois filhos. No que diz respeito à religiosidade: 6 psicólogas afirmaram não ter religião; 1 afirmou ser judia não praticante; 3 são católicas; 1 espiritualista; 1 budista; 1 protestante; e 1 entrevistada afirmou que sua religião transitava entre o catolicismo e o espiritismo (o aspecto religioso será retomado no decorrer da análise).

Todas as entrevistadas fizeram uma formação complementar à graduação. A bagagem profissional das psicólogas revelou diversificados percursos: algumas desenvolveram e continuam a desenvolver suas práticas em distintos segmentos no espaço público; outras puderam se reportar às vivências em organizações privadas e/ou experiência de clínica particular. Desse modo, vários enunciados que visaram a caracterizar a prática que se desenrola no contexto da atenção obstétrica foram articulados às vivências e a modelos de intervenção em outros espaços de atuação.

Cenários de atuação

A estruturação dos hospitais-maternidade como espaços hierarquizados, nos quais o discurso médico detém a hegemonia, coloca questões para as psicólogas sobre as possibilidades de coabitação com esse campo discursivo, na construção de um paradigma de saúde que não se reduza ao modelo biomédico. A estreiteza da concepção de saúde acaba por precarizar as condições de trabalho nesses espaços, sobretudo para profissionais que se voltam para as subjetividades, cujas práticas não são consideradas prioritárias nas diferentes esferas de gestão. Assim, Themis (M.5) narra que a perda de espaço físico na instituição (o que foi constatado pela própria dificuldade de encontrar um local para a realização da entrevista) havia impossibilitado, por exemplo, dar seguimento a um projeto que ocorria

semanalmente, durante uma hora, com o objetivo de fazer a palavra circular entre os profissionais sobre temas diversos que estivessem impactando no dia-a-dia daquela maternidade.

A limitação de espaço físico pode instaurar igualmente uma condição de violação de direitos para as usuárias, como foi destacada pelas entrevistadas que sinalizaram a ausência de garantias quando à privacidade; em outras situações, a própria distribuição das pacientes nesses espaços se configurou em violência institucional, como sobressai nos relatos:

Às vezes, aqui na enfermaria, a prática de colocar [mulheres no pós-abortamento] no mesmo quarto [com mulheres] com outros bebês... E isso mesmo que não seja algo tão intencional, mas acaba sendo uma agressão. (Nice, M.1)

O questionamento sobre a pouca adequação dos espaços físicos às necessidades das usuárias e das próprias profissionais sinaliza que o conceito de ambiência definido pela Política Nacional de Humanização – PNH (Brasil, 2010), como tratamento dado ao espaço físico a fim de proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, necessita ainda ser materializado. A PNH considera que a ambiência exerce efeitos sobre as relações interpessoais, podendo favorecê-las ou dificultá-las em certa medida. Apenas na M.2 já existe uma enfermaria ambientada para as adolescentes, cujos leitos estão separados em boxes com cortinas, a fim de proporcionar maior privacidade às usuárias. Nice, em sua fala, considera que a prática de colocar mulheres no pós-abortamento juntamente com mulheres alojadas com seus recém-nascidos se configura como uma agressão, “mesmo que não seja algo tão intencional”; o vocábulo “tão”, modulando a intensidade, passa a ser indicador de alguma intencionalidade ainda que subliminar. Outra questão relevante quanto à “unidade de espaço” não passa despercebida por uma das entrevistadas, a saber: a naturalização de hospitais-maternidade como locais para o atendimento a mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento. Higia (M.4) comenta:

Se dissesse assim: “Qual é o sonho da unidade hoje?”, é da gente ter um pronto-atendimento onde essas mulheres pudessem ser atendidas especificamente; pudessem ter uma alta mais rápida, tipo hospital-dia, que pudesse ter uma rotatividade maior, um período de permanência menor e [que as mulheres] entrassem o menos possível em contato com a maternidade. Até isso a gente pergunta na nossa pesquisa aqui interna. O símbolo da Maternidade é uma adolescente grávida, barriguda. São símbolos que tão implícitos [...] a gente vai ter que olhar e dizer assim: “Poxa! como é pra você que está numa outra condição, estar neste espaço?” (Higia M.4)

Higia mostra-se alerta ao fato de que a usuária em situação de abortamento se encontra – nesse cenário – em “outra condição”, pois não vivencia os eventos símbolos de uma maternidade (gestação, parto e puerpério). Assim, percebe-se que nas situações de abortamento, trata-se mais de subverter a lógica que define, literalmente, a arquitetura desses espaços, que de adequá-los simplesmente, na medida em que eles são efeitos de uma racionalidade que estrutura formas e fluxos de cuidados que excluem, ainda que sem intencionalidade, as mulheres adultas e adolescentes em processo de abortamento do atendimento prioritário (McCallum, Menezes & Reis, 2016). A estética não é “inocente” (à medida que ela não é inócua): veicula mensagens e valores de modo subliminar, como destacava Higia ao evocar o próprio símbolo da Maternidade na qual ela trabalha. Por essa razão, a PNH considera que a dimensão estética possibilita o surgimento de formas de subjetivação e de leituras que constroem realidades; nesse sentido os serviços de saúde deveriam favorecer uma estética que seguisse o fluxo criativo que advém de uma ética da escuta, isto é, que dá voz e valoriza a produção de todos os atores envolvidos no campo da saúde. Logo, à pergunta de Higia (“como é para você estar nesse espaço?”), sendo respondida pela usuária, possibilitaria a emergência, talvez, de uma nova estética.

Adolescências: “con-textos”

A pluralidade de vivências, em decorrências de múltiplos fatores – sociais, econômicos, entre outros – fez algumas entrevistadas destacarem a noção de “adolescências” em lugar de optarem em falar de uma “adolescência” como um conceito imutável e de fácil aplicação em diferentes contextos. Artémis (M.2) avalia que o grau de maior ou menor dependência dos adultos é o que determina a condição “adolescente”; a autonomia passa a ser, em detrimento do critério cronológico, a senha para ingresso na vida adulta. Higia (M.4), por sua vez, percebe a diversidade de adolescências através dos diferentes projetos de vida que divergem dos padrões e modelos idealizados do profissional de saúde, que normalmente sendo oriundo de outro contexto sociocultural e econômico não percebe que suas referências não são universais e que por isso mesmo não podem ser impostas como “verdades” absolutas. Higia reporta-se ao próprio choque cultural (“Como assim uma gravidez planejada com 16, 17 anos?”) e à necessidade que teve de olhar através de outras lentes para desvelar realidades de “adolescências” que se mantinham para ela imersas em opacidade.

Moira (M.3), nessa mesma perspectiva, traça o perfil de duas realidades socioeconômicas nas quais se inserem as/os adolescentes, destacando vulnerabilidades sociais que determinariam projetos de vida, que culminam com a gravidez na adolescência.

Então [...] já atendi muitas meninas que chegaram aqui no ambulatório pra me dizer estavam grávidas porque queriam, porque planejaram, porque queriam formar uma família, porque queriam sair da casa da mãe, que não aguentava mais morar numa casa com 10, 12 irmãos, porque não aguentava mais o padrasto que batia, porque não aguentava mais o padrasto que abusava, porque não aguentava mais a mãe que a mandava tomar conta da casa e cuidar dos irmãos, enfim, que não aguentava a vida que tinha e pra mudar daquela vida, pra sair daquela realidade, a única solução era uma gravidez, porque ali ela ia ser vista como mulher, responsável, né? E ainda ela ia poder sair daquela casa, pra passar pra outro lugar pra morar, e elas estavam aqui aparentemente muito bem resolvidas. (Maira, M.3)

A entrevistada depreende que, diante de tantos obstáculos, a gravidez passa a se configurar como “única solução” para a adolescente escapar de um cenário marcado pelo “não ter” (moradia, privacidade, respeito, afeto) e a maternidade se configurando como possibilidade de “ter”, produzir, engendrar algo intrinsecamente pessoal: seu filho, sua criação. Assim, a potência biológica materializada na função procriadora, para Maira, vem responder às demandas de reconhecimento e aos anseios de mobilidade e ascensão social das adolescentes.

Algumas entrevistadas tiveram dificuldade para evocar os casos de adolescentes em situação de abortamento, revelando que a frequência deles não tem sido tão expressiva a ponto de suplantar a experiência que as profissionais têm com adolescentes grávidas ou no puerpério, no contexto dos hospitais-maternidade. Hebe (M.3) observa: “[...] Eu tive muito mais experiência de um filho desejado, no mínimo, do que de filho indesejado na adolescência, por incrível que pareça”. O parecer “incrível” que a gravidez possa ser desejada ou até mesmo planejada, nesse momento da vida, faz sobressair o quanto o estereótipo que atinge as adolescentes (como mais propensas ao aborto) está presente no imaginário social, sem excluir o profissional de saúde, que reproduz de modo irrefletido tais construções do senso comum, conforme alguns estudos já identificaram (McCallum, Menezes & Reis, 2016 & Santos, 2014).

Na tentativa de desmistificar a falsa crença que as adolescentes são as que mais abortam, as psicólogas da M.4 realizaram um levantamento sociodemográfico das usuárias da maternidade, a fim de gerar um dado concreto que permitisse à equipe desconstruir a imagem distorcida que detinha do seu público de adolescentes. Com efeito, os números encontrados confirmaram os achados da última pesquisa sobre abortamento, realizada em âmbito nacional pelo MS, com mulheres escolarizadas de 15 a 49 anos, na qual se constatou que o aborto foi crescente com a idade (Brasil, 2009). Outro aspecto levantado pelas entrevistadas, diz respeito ao início da atividade sexual diferindo quanto à inclusão em certo estrato social. Ariadne (M.5) aponta:

Atendo mais adolescentes fora daqui do que aqui [...] E na Clínica, todo mundo que eu atendi teve um início de vida sexual posterior, não foi aos 14, nem aos 15, foi mais perto dos dezoito, dezenove ou com vinte ainda não teve. Enquanto que aqui, a gente vê meninas mais jovens assim 14, 13, 15, né? (Ariadne, M.5)

Na tentativa de desemaranhar essa questão, Iris (M.1) pondera que há uma ausência de diálogo como efeito de uma “dificuldade”, de um “constrangimento” para abordar o tema da sexualidade, ainda considerado tabu na sociedade, ela realça o prisma supostamente adulto que reprime e julga a precocidade da vivência sexual na adolescência e não percebe as próprias limitações para afrontar o diálogo sobre sexo; ademais, envia permanentemente dupla mensagem aos adolescentes (Calligaris, 2009).

Algumas entrevistadas vão destacar a proeminência da figura materna relegando a adolescente ao plano secundário. Artémis (M.2) pontua que “por questões delas”, as mães são muitas vezes invasivas, na medida em que não respeitam o espaço subjetivo das filhas adolescentes. Gaia (M.2) faz ainda uma distinção entre a posição subjetiva da adolescente grávida ou puérpera daquela da adolescente em situação de abortamento: em que pese sobre as primeiras o controle da figura materna, essas adolescentes acabam por ter uma margem maior para se colocar de forma menos passiva, sendo mais capazes de reivindicar a autoria de suas próprias experiências.

A psicanalista Marie-Magdeleine Chatel (1995), que escutou mulheres que decidiram pela Interrupção Voluntária da gestação (IVG), desde o início dos anos 70 até 1992, isto é, um pouco antes e após a legalização do aborto na França constatou certo aspecto, em relação às mulheres que ela atendia nas situações, que faz ecoar a observação de Gaia quanto à passividade das adolescentes nos casos de abortamento, isto é: a ausência subjetiva das mulheres que, naquela situação, pareciam carregar o próprio corpo como se fosse um “móvel”, quase nunca escutavam quando o próprio nome era chamado, como se o sujeito não estivesse presente. A adolescente, ao abdicar do protagonismo de seu ato, permanece como expectadora, vendo a cena transcorrer entre adultos como se eles fossem os principais atores do drama. Além dessa condição, outros sentimentos podem ser experimentados pelas adolescentes, como evocam as entrevistadas, na busca de melhor caracterizá-las. Destacam:

[...] muito mais comum o alívio do que certo pesar. No aborto provocado, enfim, era do desejo e isso faz sentido, mas muitas vezes no aborto espontâneo, principalmente em adolescentes, é muito raro um adolescente ter um pesar sobre o bebê que não vingou. (Artémis, M.2)

Acaba sendo um alívio pra família “ah, você é muito nova”, “que bom não levou adiante... poderia ser um bebê com problemas... Mas, eu sei que no fundo essa mulher quando você a escuta, ela queria aquela gravidez, teve o desejo... É algo que não é aceito socialmente, mas que tem aí um desejo que não pode muitas vezes ser falado, porque é como se ela não pudesse vivenciar o luto, a morte desse bebê... é um luto não antecipado, né? (Irene, M.6)

Respalgadas em suas escutas, as psicólogas destacam uma borda pela qual se pode ter acesso à particularidade do evento subjetivo para cada adolescente: Artémis (M.2) confrontou-se com adolescentes que experimentaram mais “alívio” que “pesar”. Essa percepção é nuançada por outras leituras, como o faz Irene (M.6) ao destacar que o sentimento de “alívio” comparece mais frequentemente na família, que não autoriza a adolescente vivenciar o seu luto. Na percepção dos adultos, o aborto teria sido o melhor desfecho e a adolescente acaba por silenciar seu “desejo” e seus próprios sentimentos. Mas a oferta de uma escuta que, como particulariza Chatel (1995), rompe com o tom “velado e asséptico” do atendimento, possibilita e autoriza a adolescente expressar o que não é “socialmente aceito” e a vivenciar o seu luto ou o seu alívio. A acolhida subjetiva do embrião intraútero não se faz sem ambivalência, daí decorre o “alívio” após o abortamento de uma gravidez desejada e o “luto” após um abortamento provocado. Leda (M.1) destaca não apenas a dimensão do luto – tanto no abortamento espontâneo como no provocado – mas também a vergonha, o medo do julgamento do profissional de saúde e o medo do julgamento da família. Assim, revela-se uma multiplicidade de sentimentos nas situações de abortamento, cuja variabilidade é determinada pela vivência singular do evento. Todavia, tais sentimentos podem ser intensificados pela forma como as adolescentes são recebidas nos serviços de saúde. Tésis (M.2) relata que já constatou expressões, verbalizações de alívio por parte das usuárias no momento da alta, não simplesmente em razão da realização do procedimento, mas por estarem deixando para trás a própria experiência de hospitalização.

Para poder melhor aferir a visão das psicólogas acerca do tratamento dado às adolescentes, foi-lhes questionado se elas percebiam algo das relações raciais perpassando os atendimentos. A maioria das entrevistadas teve dificuldades de identificar a questão da raça/cor isolada do contexto social e das vulnerabilidades que afetam historicamente a população negra no Brasil. Contudo, elas destacaram outras condições que são estigmatizadas pelo profissional de saúde, tais como, ser morador de rua, ser usuário de álcool e/ou outras drogas, ser portador de transtorno mental, diferir quanto orientação sexual heterossexual e algumas entrevistadas a discriminação à adolescente sexualmente ativa. Seguem falas do *arquivo*:

Eu vejo diferença no tratamento em relação à idade da mulher. As adolescentes, eu percebo que elas são mais julgadas [...] Eu vejo essa marca muito forte. (Íris, M.1)

Não consigo perceber [discriminação racial], pode ser que tenha. Acho que tem mais a ver com a história mesmo daquela mulher [...] acho que o preconceito está muito mais se ela provocou um aborto, se ela não provocou [...] Se ela rejeita o filho, se ela usa drogas [...] se ela tem mais de um filho... Eu acho que aí sim, tem. (Irene, M.6)

Desse modo, a pergunta sobre o atravessamento da questão racial no âmbito da assistência resvalou para uma série de outros estigmas e preconceitos, alimentados por juízos de valor que avaliam situações e contextos a partir de um sistema de poder, produtor de “verdades” (do que é normal, do que é anômalo), estruturado pela hegemonia de um regime político, econômico e social (Foucault, 2006) que dita as regras nesse cenário institucional, fazendo incidir sobre as situações de abortamento, na maioria das vezes, um julgamento ainda mais severo. Expõem as entrevistadas:

Acho que o grande problema é o julgamento [...] Tal paciente não provocou [o aborto], então é melhor do que a paciente que provocou. Ou eu sou melhor do que a paciente que provocou, né? Porque no fim é isso, eu ser mais [...] Se coloca julgando o outro. (Dione, M.4)

Talvez [o entrave] seja esse medo do julgamento [...] elas já saem de casa, eu acho, esperando chegarem para serem julgadas, em situação de aborto provocado [...] E você, enquanto membro daquele hospital de alguém que já julgou, você passa também a ser uma julgadora por tabela, né? Então eu acho que pra você mostrar que você tá ali pra dar o suporte e não pra julgar, é um desafio. Conquistar essa confiança é um desafio. (Maira, M.3)

Dione destaca na ação de julgar o embate de puro prestígio de consciências que visam, em última instância, ao reconhecimento do outro (“sou a mais ética” “a mais correta”); os efeitos dessas disputas repercutem no trabalho da equipe multiprofissional e na atuação específica da(o) psicóloga(o) aí inserida(o). Em geral, a equipe de saúde costuma dissociar os procedimentos técnicos e a vivência interpessoal que emerge dos atos de assistência, o que acaba por redobrar demandas para a intervenção psicológica. Desse modo, no contexto das situações de abortamento, a(o) psicóloga(o), além de ter que lidar com as questões suscitadas para os sujeitos singularmente, terá que contornar as formas iatrogênicas de intervenções da equipe que ignora tanto a dimensão política, quanto a dimensão da subjetividade no seu fazer profissional, produzindo efeitos deletérios à saúde mental, colocando para as(os) psicólogas(os), como destaca Maira, um grande desafio para a atuação profissional.

O elenco (os profissionais e a dimensão do abortamento)

As entrevistadas se reportam a outros aspectos que interferem na implementação de uma atenção humanizada, precisamente a dimensão subjetiva do abortamento para cada membro da equipe multiprofissional que, inevitavelmente, se reflete na assistência. Sublinharam alguns fatores que devem ser descritos e analisados. Íris

(M.1) destaca a “mistura” que o profissional de saúde faz entre os seus valores e crenças e o trabalho mais técnico. Diz:

Claro que a gente não vai entrar como uma tábula rasa, a gente não vai entrar despido completamente dos valores, das crenças, das ideias. Mas, eu acho que, muitas vezes, o profissional não se dá conta disso, do quanto as coisas estão misturadas e aí ele acaba atuando baseado nesse julgamento, nesse juízo de valor que ele faz. (Íris, M.1)

O fato de o profissional de saúde “não se dar conta” do quanto seus valores, suas crenças, suas ideias formam um sistema ideológico que o faz operar – seja através de gestos ou atitudes, seja pela tomada de decisões – desencadeando efeitos de dominação (Foucault, 2007 & Brandão, 1990) sobre as(os) usuárias(os) dos serviços de saúde, denuncia a pouca reflexão sobre a natureza política de sua prática e o alheamento quanto ao papel que tem a sua subjetividade no campo assistencial. Analisando por esse ângulo, Dóris (M.2) constata a necessidade de trazer para o espaço público as questões ligadas ao abortamento, destacando a importância de falar, discutir o mais abertamente possível tudo o que a ele está relacionado e considera um entrave mantê-lo atrelado à religião, à criminalização e à moralidade.

Dóris compreende que ao discurso moralizador subjazem questões de ordem pessoal que poderiam se tornar mais dolorosas pela aproximação com as adolescentes em situação de abortamento. A entrevistada faz a hipótese de que, sendo mulheres o maior contingente de trabalhadores em uma maternidade, não seria improvável que muitas dessas profissionais já tivessem, elas próprias, vivenciado alguma situação de abortamento. Trata-se de uma conjectura plausível, considerando que a Organização Mundial de Saúde estima que uma, a cada nove mulheres, recorre ao abortamento para interromper uma gravidez não planejada; além disso, o percentual de abortos espontâneos exibe taxas igualmente significativas (Brasil, 2011).

Themis e Ariadne, da M.5, por sua vez, compartilham a percepção de que não eram chamadas, na maioria das vezes, para prestar atendimento psicológico às mulheres adultas e adolescentes em situação de abortamento, como se elas estivessem “invisíveis”. Todavia, trata-se mais de invisibilizá-las do que não vê-las propriamente. As entrevistadas relataram igualmente que percebiam diferenças na assistência prestada quando o aborto é espontâneo ou provocado. Tésis (M.2) afirma: “Ah, sim, sim. Com certeza. E às vezes o espontâneo gera dúvidas, suspeitas. Acho que quando chega um abortamento especificamente já gera inquietação na equipe”. A “inquietação” que atinge a equipe testemunha o quanto os profissionais podem ser afetados com a ocorrência do aborto e a suposta invisibilidade surge como uma manifestação encobridora de outros afetos. A premissa, às avessas, de que, “a princípio, todo aborto é provocado, até que se prove o contrário”, produz intenso sofrimento para as mulheres adultas e adolescentes que abortam espontaneamente, amplificando os sentimentos que eclodem nessas situações.

Gaia (M.2) analisa aspectos da violência obstétrica nas situações de abortamento, realçando o texto que aí transcorre de modo subliminar, o qual, além de mergulhado em um profundo desconhecimento das raízes sociais do problema, parece se embasar na crença do senso comum de que ações punitivas seriam capazes de exercer um efeito “corretivo”. Assim, a analgesia não é feita, ou dirigem-se falas irônicas à usuária, a exemplo de, “até o ano que vem”, porque se a experiência ocorresse de modo indolor, poderia ser encarada como incentivo, avalia Gaia. Com efeito, são violências físicas e psíquicas que exorbitam em poder, rompendo com a própria lógica disciplinar que norteia o hospital moderno, a partir do final do século XVIII (Foucault, 2007, 1998, 2014).

Gaia (M.2) avalia ainda que sobressaem mais nitidamente, no relato das mulheres adultas do que na fala das adolescentes, as diferenças na assistência prestada em função de abortos provocados ou espontâneos. As adolescentes parecem, para a entrevistada, ter maior dificuldade para verbalizar a violência à qual são submetidas: percebe, por um lado, uma postura antagônica de algumas delas em relação à equipe, outras, ao contrário, colocam-se em uma posição submissa de ouvir sem questionar, sendo raras, em sua observação, as que dialogam e reivindicam o direito de ser bem acolhidas, tendo ou não provocado o aborto.

As entrevistadas destacaram que interlocução entre as usuárias e os profissionais de saúde pode ser atravessada por aspectos limitantes, advindos de outras esferas; alguns deles incidem diretamente sobre as adolescentes, como, por exemplo, a realidade de um ensino deficitário; bem como, a fragilidade da rede de saúde impactando no processo educativo, voltado para a promoção da saúde. Íris (M.1) refere-se à dificuldade de mapear a rede para realizar encaminhamentos para as Unidades Básicas de Saúde após a hospitalização; e os encaminhamentos são feitos sem a garantia de que o atendimento será realizado.

Elencadas todas essas limitações, as entrevistadas também se reportaram aos avanços resultantes da Política Nacional da Rede Cegonha – RC (Portaria, 2011), cujas diretrizes voltadas para a humanização da assistência perinatal alcançaram, parcialmente, mulheres em situação de abortamento. A diretriz, por exemplo, que garante a presença do acompanhante durante o trabalho de parto acabou por beneficiar as usuárias em caso de abortamento.

Sabe-se que resultados positivos na prestação dos serviços são obtidos a partir da melhoria dos processos de trabalho, daí surge o interesse em delimitar a participação das psicólogas na construção desses modelos de assistência, a fim de caracterizar de suas atuações.

A “unidade de ação”: as psicólogas e a dimensão do abortamento

Foram endereçadas às entrevistadas duas questões interrelacionadas: a primeira, se elas tinham algum posicionamento pessoal sobre o aborto; a segunda, se esse posicionamento interferia em suas atuações profissionais, a fim de explorar o alcance do abortamento sobre as subjetividades e o seu efeito no exercício profissional, sobretudo quando se está demasiado próximo de sua ocorrência.

Das 14 entrevistadas, 10 se declararam a favor da legalização, algumas foram enfáticas quanto ao direito e às prerrogativas da mulher ao próprio corpo; as religiões professadas não foram impeditivas à adesão aos argumentos que descriminalizam o aborto, sendo que muitas frisaram que não se viam aderindo à prática do abortamento do ponto de vista pessoal. Legalização do aborto é vista por Artémis (M.2) como uma possibilidade de falar antes de se lançar em ato, colocando a perspectiva de uma tomada de decisão mais refletida e elaborada, o que em muito reduziria as precipitações que caracterizam as passagens ao ato, bem como a realização do aborto em condições inseguras, responsável pelos altos índices de mortalidade materna. Seguindo a linha de raciocínio adotada pelas “Católicas pelo direito de decidir” (2016), Artémis reporta-se à doutrina do livre arbítrio para demonstrar a fragilidade e incoerência interna do posicionamento religioso, a partir do Cristianismo, que nega às mulheres a possibilidade de escolha quanto aos seus atos.

Foi igualmente evocado pelas entrevistadas o argumento de que a descriminalização possibilitaria uma melhor assistência, no sentido de que o profissional de saúde poderia ser menos afetado ao ver-se desonerado de lidar com um evento considerado ilegal, que o faz questionar ou se sentir questionado sobre a legalidade de sua prática, ao mesmo tempo em que atos discriminatórios poderiam se tornar menos “aceitáveis” socialmente, como se reporta Ariadne (M.5), exemplificando que talvez a mulher não fosse tão deixada de lado ou passasse a ser chamada pelo nome e não mais como “aquela cureta”; ou seja, a violência institucional poderia ser mais bem coibida.

As entrevistadas que se posicionaram a favor da legalização do aborto também destacaram a necessidade de políticas públicas que respaldassem e amparassem mulheres adultas e adolescentes em suas decisões, como também foi ressaltada a importância de se priorizar a prevenção. Hígia (M.4) insistiu na necessidade de “investir em alternativas para as escolhas”, tanto através da garantia do planejamento reprodutivo, como pela garantia de um “aparato social para as mulheres que não tivessem condições de levar sua gravidez adiante”. Sobressai um enunciado que se mostrou favorável ao aborto, não apenas em função das proporções que o evento toma em termos de saúde pública, mas por ser uma ocorrência subjetiva, cuja legalização traria garantias quanto aos direitos individuais. Argumenta:

[...] como os métodos não são 100% e nem a gente é 100%, [...] você falha, o inconsciente falha [...] Eu acho que é muito complicado se ter um filho sem querer e sem ter condições. [...] Mesmo que fosse uma pessoa que morresse e a realidade fosse diferente, eu seria a favor da escolha da mulher. (Dione, M.4).

A perspectiva introduzida por Dione (M.4) aponta para a condição do sujeito dividido constitutivamente; a dimensão do inconsciente, evocada pela entrevistada, relembra que o sujeito não tem o controle absoluto sobre o seu agir, que ele falha em suas determinações e que muitas vezes é assolado pela ambivalência entre desejos não confessos e as exigências de um ideal que erguem defesas na tentativa de mantê-los silenciados.

As entrevistadas que não se posicionam francamente a favor da legalização não foram, todavia, radicalmente contra; expressaram mais dúvidas que convicções acerca do assunto. Assim, os enunciados tecidos pelas entrevistadas foram homogêneos em destacar a importância de não julgar, de se colocar o mais abertamente possível, disponível para acolher as decisões, os posicionamentos e as escolhas do outro.

Ao responder o questionamento sobre o que seria mais importante na direção do atendimento psicológico às adolescentes em situação de abortamento, Leda (M.1) vai enfatizar a necessidade de centrar-se na “sabedoria prática” (Ayres, 2000), por assim dizer, à medida que ela traça uma distinção entre a sua prática e a lógica instrumental que rege as ações no contexto da saúde, enfatizando que seu fazer profissional não se orienta pela racionalidade instrumental biomédica, que procura obter tão somente “êxitos técnicos” (Ayres, 2007).

O atendimento psicológico, para as entrevistadas, oferece as condições para que a adolescente na situação de abortamento expresse a ambivalência, a mescla de sentimentos e a possibilidade de ressignificar o evento. Assim, a partir de diferentes bordas de aproximação ao fazer profissional, os enunciados das entrevistadas mostraram-se sustentados por um referencial teórico-conceitual que lhes permitiria lidar com cada situação de modo singularizado (que descarta a aplicação mecânica de métodos ou técnicas), evidenciando que estavam orientadas pela racionalidade da *práxis* (Campos, 2011).

As entrevistadas também valorizaram os espaços colegiados. Na M.4, fundamentadas na Norma Técnica (Brasil, 2011), as psicólogas há dois anos participam do Colegiado Gestor buscando dar visibilidade às questões envolvidas nas situações de abortamento, procurando introduzir mudanças nos fluxos, de modo que impactem positivamente em todo processo de trabalho e na assistência, conseqüentemente. Puderam destacar algumas mudanças em práticas e rotinas já obtidas, a exemplo da pergunta que era feita acerca do motivo da internação, na chegada ao serviço, ainda na recepção, e que foi retirada da ficha de admissão. A usuária naquela situação se via impelida a responder, diante de todos os olhares, que se encontrava em situação de abortamento, o que causava uma exposição e um constrangimento inteiramente desnecessários. Desse modo, interferir, discutir os fluxos, participar das decisões colegiadas tem sido prioritariamente a estratégia adotada por algumas psicólogas para oferecer uma assistência humanizada às usuárias na situação de abortamento.

Ao término das entrevistas, pôde-se constatar que apenas quatro entrevistadas conheciam a Norma Técnica de atenção humanizada ao abortamento produzida pelo MS, incidindo sobre esta amostra algo da configuração traçada por Bernardes & Lima (2013)

na análise das falas de psicólogas das cinco regiões brasileiras, na qual o tema das políticas públicas foi categorizado como “invisibilidades”, por não ter despertado interesse ou por não ter surgido espontaneamente. A invisibilidade das políticas públicas parece incidir não apenas nas (os) psicólogas (os), mas no profissional de saúde de modo geral, refletindo o que alguns autores consideram como alienação no serviço público. Aécio Mattos (1994), analisando essa problemática, vai destacar que a referida alienação serve, sobretudo, às elites e às corporações que parasitam o Estado – buscando tornar suas instituições ineficientes – de modo a enfraquecê-lo, a fim de fazer prosperar o modelo neoliberal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação permitiu evidenciar, no discurso das participantes da pesquisa, o lugar de destaque dado às diretrizes do acolhimento e do não julgamento, preconizadas pela *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* (Brasil, 2011); as psicólogas foram unânimes em destacar a necessidade de se criar um espaço que propiciasse a elaboração de questões relativas à sexualidade, ao desejo de ser ou não ser mãe e à apropriação subjetiva da experiência do abortamento.

Curiosamente, observou-se que apenas quatro participantes da pesquisa conheciam integralmente a Norma (Brasil, 2011), entretanto, foi notável a estreita sintonia entre as atribuições nela previstas e as práticas desenvolvidas pelas participantes da pesquisa, o que evidencia, por um lado, a pertinência das atribuições aí colocadas, de forma coerente com os fundamentos do exercício profissional em Psicologia; por outro, denuncia, paradoxalmente, o pouco interesse das psicólogas que exercem suas práticas no campo da saúde pública, acerca dos documentos oficiais que delineiam a sua atuação. Este dado reflete os achados da pesquisa de âmbito nacional, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2013, na qual as políticas públicas foram consideradas como uma das “invisibilidades” na caracterização da psicóloga brasileira, por ser uma temática periférica, sem força de enunciabilidade. Ademais, esse dado pode levantar questionamentos acerca da própria estrutura institucional, quanto ao seu possível interesse ou desinteresse na disseminação de políticas públicas mais democratizantes.

As participantes da pesquisa destacaram a importância de respeitar a autonomia das (os) adolescentes quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, bem como foram capazes de identificar as vulnerabilidades no plano sociocultural e econômico a que estão expostas as adolescentes em situação de abortamento; além disso, realizaram uma leitura precisa das formas de violência institucional que incidem sobre essas usuárias.

Foram descritas estratégias que vêm sendo desenvolvidas para humanização da assistência, focadas no atendimento clínico à beira do leito ou no espaço ambulatorial, porém em algumas maternidades as psicólogas têm participado ativamente dos espaços colegiados, tentando contribuir para a otimização dos processos de trabalhos que impactam diretamente na humanização da assistência. Ressalte-se, ainda, que as psicólogas que se apropriaram efetivamente da Norma Técnica (Brasil, 2011), deram um salto qualitativo na perspectiva de uma clínica – de fato – ampliada e compartilhada, o que significa considerar a potência da produção coletiva para fazer emergir um paradigma de saúde mais humano no espaço público.

As psicólogas apontaram caminhos a serem percorridos em diferentes esferas para superação das dificuldades, dentre eles sobressai a descriminalização do aborto, como meio para afrontar – no espaço da *polis* – os problemas decorrentes de séculos de clandestinidade.

REFERÊNCIAS

Alves, C., Brandão, E.R. (2009). Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(2), 661-670. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200035>

- Ayres, J.R.C.M. (2000). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface - Comunic, Saúde, Educ.*, 4(6), 117-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-3283200000100010>.
- Ayres, J.R.C.M. (2007). Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Bernardes, A.G., Lima, M.L.C. (2013). Invisibilidades: as políticas públicas como potência de variação nas práticas em Psicologia. In L.A. Lhullier (Org.), *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres* (pp. 201-222). Brasília: CFP.
- Brandão, N.H.H. (1990). *Introdução à análise do discurso* (7a ed.). Campinas: Unicamp.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. (2005). *Marco Legal: saúde, um direito de adolescente*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2007). *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2009). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2011). *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica* (2a ed.). Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2010). *Ambiência* (2a ed.). Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2009). *20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil*. Brasília: Autor.
- Calligaris, C. (2009). *A adolescência*. São Paulo: Publifolha.
- Campos, G.W.S. (2011). A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3033-3040.
- Chatel, M.M. (1995). *Mal-estar na procriação – as mulheres e a medicina da reprodução*. Rio de Janeiro: Campo Matêmico.
- Católicas pelo direito de decidir. Uma visão católica a favor do aborto*. (2016). São Paulo. Recuperado em 10 de junho, 2016, de <http://catolicas.org.br/biblioteca/artigos/visao-catolica-a-favor-do-aborto/>
- Foucault, M. (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006). *História da sexualidade: A vontade de saber* (17a ed., v.1). São Paulo: Graal.
- Foucault, M. (2007) *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. (2014). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. (42a ed.) Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (2015). *Arqueologia do saber* (8a ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Lhullier, L.A., Müller, R.F., Bonassi, B.C., Longhini, G.D.N. (2013). Introdução: a pesquisa, seus antecedentes e a proposta que a orientou. In L.A. Lhullier (Org.), *Psicologia: uma profissão de muitas e diferentes mulheres* (pp. 11-20). Brasília: CFP.
- Lhullier, L.A., Roslindo, J.J. (2013). As psicólogas brasileiras: levantando a ponta do véu. In L.A. Lhullier (Org.), *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, psicologia e trabalho* (pp. 26-61). Brasília: CFP.
- Martins-Melo, F.R., Lima, M.S., Alencar, C.H., Ramos Jr., N.A., Carvalho, F.H., Machado, M.M.T. et al. (2014). Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Rev. Saúde Pública*, 48(3), 508-520. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004878>
- Mattos, A. (1994). Alienação no serviço público. *Psicol. Cienc. Prof.*, 14(1-3), 28-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931994000100006>.
- McCallum, C., Menezes, G., Reis, A.P. (2016). O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde*, 23(1), 37-56.
- McCallum, C., Reis, A.P. (2009). Passagem solitária: parto hospitalar como ritual em Salvador da Bahia, Brasil. In P. Miranda-Ribeiro, A.B. Simão (Orgs.), *Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. (pp. 205-231) (2a ed.). Belo Horizonte:

ABEP, UNFPA. Recuperado em 28 de abril, 2016, de http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/ebooks/Demografia_em_Debate/Demografia_em_Debate_Volume2_2ed.pdf

Menezes, G., Aquino, E.M.L. (2009). Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*, 25(2), 193-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>

Portaria n. 1.459. (2011, 24 de junho). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Recuperado em 24 de setembro, 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Santos, L.L.N. (2014). *Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia.

Tavares, E. (1996). Mãe Menininha. In A.I. Tavares (Org.), *Mais tarde é agora! Ensaaios sobre a adolescência* (pp. 101-115). Salvador: Ágalma.

ANEXO F – Artigo “Adolescentes estão iniciando suas práticas sexuais cada vez mais cedo”

Adolescentes estão iniciando suas práticas sexuais cada vez mais cedo

Casos de AIDS, gravidez indesejada e abortos realizados em condições inseguras são apenas alguns problemas que incidem sobre a população de 13 a 19 anos.

"Em Salvador, o abortamento continua, desde os anos 1990, como a principal causa isolada de mortalidade materna, com adolescentes e jovens sujeitas aos maiores riscos."

Os adolescentes estão iniciando suas práticas sexuais cada vez mais cedo, o que gera consequências, tais como, o número crescente de casos de AIDS na população dos 13 aos 19 anos, gravidez indesejada e abortos realizados em condições inseguras, apenas para citar alguns dos graves problemas de saúde pública que incidem sobre esse seguimento da população. Em Salvador, o abortamento continua, desde os anos 1990, como a principal causa isolada de mortalidade materna, com adolescentes e jovens sujeitas aos maiores riscos.

Problemas dessa magnitude desafiam os profissionais da área de saúde, que, muitas vezes, deparam-se com os próprios limites para lidar com as demandas específicas dessa faixa etária. Algumas pesquisas já revelaram que essa fragilidade da assistência não passa despercebida aos adolescentes, que pouco procuram os serviços de saúde e que não os identificam como locais que possam ajudá-los a lidar com as questões ligadas ao exercício da sexualidade.

As amplas e contínuas informações sobre sexualidade e contracepção veiculadas pela mídia, ao que tudo indica, não têm sido suficientes para que os adolescentes estabeleçam conexões entre a prática sexual e a necessidade de proteger-se de uma gravidez indesejada ou de uma doença sexualmente transmissível. Muitos deles, mal utilizam as informações que dispõem ou simplesmente não as utilizam, de modo algum. Não é incomum a situação na qual a adolescente ou o adolescente diz que não queria ter um filho e, quando interrogados se estavam fazendo uso de algum método para evitar a concepção, respondem negativamente. Sobre essa contradição não sabem o que dizer... Algumas meninas, em nossas abordagens clínicas, afirmam que “tecnicamente” sabiam que podiam engravidar, mas que não acreditavam que isso pudesse acontecer com elas, como se estivessem protegidas por uma espécie de “pensamento mágico”, por assim dizer.



A gravidez, na adolescência, é um tema polêmico. Até o Ministério da Saúde, em suas últimas análises sobre a questão, considerou que essa gestação não poderia ser reduzida unicamente a um “elemento determinante da reprodução do ciclo da pobreza das populações”. Na realidade, a gravidez além de ser uma escolha do adolescente, muitas vezes, produz um efeito reorganizador em suas vidas, conforme tem sido constatado.

O psicanalista Calligaris faz uma interessante consideração sobre o fato de que, num mundo dominado por máscaras e aparências, o nascimento e a morte são eventos que se destacam por serem indiscutivelmente reais e

que talvez, por essa ótica, as meninas estejam engravidando e dando à luz, numa tentativa de serem levadas a sério, o que poderia sugerir certa autonomia individual.

Por outro lado, tal postura supostamente autônoma, não deixa de sofrer os efeitos das vulnerabilidades dos contextos sociais. Por exemplo, as adolescentes ficam mais sujeitas às escolhas dos parceiros, quanto ao uso ou não do preservativo, no momento da relação sexual, apresentando dificuldade em negociar seus interesses. Alguns estudos têm correlacionado o grau de escolaridade das mães de adolescentes e a capacidade desses últimos em dialogar e negociar em suas relações afetivo-sexuais.

Em nosso estado, especialmente nos municípios em que o índice de desenvolvimento humano (IDH) é muito baixo, a Caderneta do Adolescente lançada pelo Ministério, em 2009, não obteve boa receptividade. Para surpresa dos técnicos da Secretaria da Saúde, alguns pais ameaçaram até rasgá-la para que não chegasse às mãos do filho adolescente. Esses pais alegavam que não iriam “ensinar indecências” aos filhos, visto que a caderneta discute questões relativas à sexualidade e traz alguns desenhos das transformações anatômicas no aparelho genital da puberdade à fase adulta.

Certamente, esses pais consideraram que falar sobre sexo despertaria “algo” que está adormecido. Outros creem que conversam com os filhos ao fazerem interrogatórios do tipo “foi pra onde?”...“estava com quem?”... E o adolescente, ainda que nem sempre tenha muita clareza, sente intuitivamente a tentativa de controle sobre sua sexualidade.

Os profissionais de saúde e os professores também fracassam, muitas vezes, ao buscar diálogo com esse público. A “educação sexual”, quando reduzida à fisiologia e à anatomia, apresentada quase que de modo “asséptico”, não abre espaço para os adolescentes colocarem em palavras todas as emoções e interrogações que as rápidas transformações da puberdade ocasionam. Alguns deles tentarão responder a essas indagações em ato, no exercício precoce da sexualidade, mostrando aos adultos, através da potência biológica de seus corpos, que foi um erro infantilizá-los.

Sem dúvida, não é por mero acaso que a Holanda, país que apresenta as menores taxas mundiais de gravidez e abortos na adolescência, desenvolve uma política de aceitação da sexualidade dos adolescentes e de seus direitos sexuais, facilitando o acesso aos métodos contraceptivos. Talvez, devêssemos extrair algo dessa experiência.

Palavras Chave:

sexualidade; adolescência; aids; hiv; dsts

Autor(es)

- **Marilda Castelar / CRP 03/2924**
Graduada em Psicologia, mestre em Mídias pela UNICAMP e doutora em Psicologia Social PUC-SP. Atualmente é professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública no curso de psicologia e no mestrado de tecnologias em saúde.
- **Maria Alice Ramos Ferreira Leal / CRP Ba 030975**
Psicóloga e psicanalista. Especialista em Psicologia Hospitalar. Membro da Société de Psychanalyse Freudienne e mestranda em Tecnologias em Saúde pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Matéria Publicada em 16/02/2017 às 00h00. Atualizada em 16/02/2017 às 15h10. Portal iSaúdeBahia. Disponível em: <http://www.isaudebahia.com.br/noticias/detalhe/noticia/sexualidade-na-adolescencia/>.