



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Clara de Sousa Nunes

**Aborto legal na Estratégia de Saúde da Família: formação e prática da Medicina de
Família e Comunidade**

Rio de Janeiro

2023

Ana Clara de Sousa Nunes

Aborto legal na Estratégia de Saúde da Família: formação e prática da Medicina de Família e Comunidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Delaine Martins Costa.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Maria Lúcia de Macedo Cardoso.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Legal abortion in the Family Health Strategy: training and practice of Family and Community Medicine.

N972a Nunes, Ana Clara de Sousa.
Aborto legal na Estratégia Saúde da Família: formação e prática da Medicina de Família e Comunidade / Ana Clara de Sousa Nunes. -- 2023.
100 f. : il.color, mapas.

Orientadora: Delaine Martins Costa.
Coorientadora: Maria Lucia de Macedo Cardoso.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 90-95.

1. Gravidez não Desejada. 2. Aborto Legal. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Medicina de Família e Comunidade. 5. Entrevista. I. Título.

CDD 363.46

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Ana Clara de Sousa Nunes

**Aborto legal na Estratégia de Saúde da Família: formação e prática da Medicina de
Família e Comunidade**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 14 de agosto de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Claudia Bonan Jannotti

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Saúde da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Regina Ferro Lago

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Maria Lúcia de Macedo Cardoso (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Prof.^a Dra. Delaine Martins Costa (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Conflito de interesses: a pesquisadora afirma ser favorável à descriminalização do aborto, em qualquer idade gestacional, de acordo com a vontade da mulher.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação começou bem antes da aprovação no programa de pós graduação da ENSP/Fiocruz. Diz muito sobre mim e sobre tantos com quem convivi, e que tanto me ensinaram, e não seria possível citar todos como gostaria.

Agradeço primeiramente às minhas orientadoras Delaine Martins Costa e Maria Lúcia Cardoso, que aceitaram o desafio de me orientar e dialogar campos do saber que, apesar de complementares e fundamentais um ao outro, são tão distintos: a antropologia e a medicina. Agradeço também Melanie Noel Maia, médica de família que me introduziu nos estudos sobre aborto. Ao GT de Mulheres da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade por manter o debate sobre direitos sexuais e reprodutivos vivo dentro da nossa profissão. Ao instituto ANIS e a todas as pesquisadoras que pautam o aborto como tema de saúde pública e tensionam a lógica proibicionista da nossa sociedade, que é tão cruel às mulheres.

Aos meus amigos de longa data que compartilharam a minha trajetória entre Brasília e Rio de Janeiro e com quem divido meu cotidiano: Julia Horita, pelo companheirismo feminista e escuta diária e carinhosa, Laio Victor, por todas as conversas anti-capitalistas e parceria nas discussões acadêmicas, Bruno Fonseca, por me ensinar amorosamente que a vida pode nos servir para diversão e felicidade e Emily Almeida, pelo exemplo de liberdade e independência.

Aos amigos geógrafos, em especial ao Marcelo Aurelio, que por sorte do destino pude conhecer e me aproximar em uma mistura certa, que me ensinam constantemente a ocupar as ruas nos melhores pontos de vento ascendente da cidade.

Aos meus colegas de trabalho da Clínica da Família Ricardo Lucarelli, os preceptores Felipe, Fernanda, Jéssica e Maria Laura, que dividem comigo o desafio de formar novos médicos e médicas de família. Aos residentes Vivian Gama, Yngra Lima e Gabriel Robert, à enfermeira Luara e aos Agentes Comunitários de Saúde Regina, Patrícia, Mariana, Rayssa, Sheyla e Zuleica, com quem divido a equipe, os prazeres e as angústias da APS carioca.

A todas as mulheres, que abortaram, que foram mães ou que não engravidaram, por compartilharem desse lugar de mulher na sociedade, em busca de caminhos de transcendência.

E, mais importante entre todos, à minha mãe, senhora Mara Silda, a origem de tudo, quem mais me apoia e acompanha, mesmo de longe, com orgulho e afeto.

“Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Você terá que manter-se vigilante durante toda sua vida”
(Beauvoir, 1987)

RESUMO

No Brasil, o aborto é permitido somente em casos de estupro ou risco de vida materna, desde 1940, ou anencefalia, desde 2012. Todavia, o número de abortos legais ainda é inferior à demanda. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel fundamental na garantia de acesso ao aborto legal, por sua capilaridade na comunidade e sua característica longitudinal. A prática médica, no entanto, assim como a organização dos serviços de saúde, é permeada por relações sociais hierárquicas de gênero, raça e classe, que levam a impedimentos práticos ao acesso a este direito reprodutivo. O objetivo principal deste estudo foi analisar a formação e a prática de Médicos de Família e Comunidade (MFC) sobre aborto legal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com nove médicos preceptores e residentes do programa de residência da Clínica da Família Maria do Socorro, localizada na Rocinha, no Rio de Janeiro. Os/as entrevistados/as apresentaram considerável conhecimento a respeito dos aspectos éticos e legais referentes ao aborto no Brasil, e acolhem e acompanham mulheres com gestações não desejadas orientando-as sobre seus direitos reprodutivos. No entanto, têm pouca ou nenhuma experiência com encaminhamento para aborto legal e pouco conhecimento sobre os serviços disponíveis para o procedimento, reflexo, entre outras questões, de falhas estruturais na rede de saúde e da formação médica. O aborto legal, portanto, ainda não é uma prática difundida na rede de atenção à saúde, e poderia tornar-se um direito vivido caso fosse conhecido, acessado e oferecido na APS.

Palavras-chave: gravidez não desejada; aborto legal; atenção primária à saúde; medicina de família e comunidade.

ABSTRACT

In Brazil, abortion is only permitted in cases of rape or risk to maternal life, since 1940, or anencephaly, since 2012. However, the number of legal abortions is still lower than demand. Primary Health Care (PHC) plays a fundamental role in guaranteeing access to legal abortion, due to its capillarity in the community and its longitudinal characteristic. Medical practice, however, as well as the structure of health services, is permeated by hierarchical social relations of gender, race and class, which lead to practical impediments to access to this reproductive right. The main objective of this study was to analyze the training and practice of Family and Community Doctors (MFC) on legal abortion, within the scope of the Family Health Strategy. Semi-structured interviews were carried out with nine preceptors and residents of the residency program at Clínica da Família Maria do Socorro, located in Rocinha, Rio de Janeiro. The interviewees presented considerable knowledge regarding the ethical and legal aspects about abortion in Brazil, and are used to assist and follow women with unwanted pregnancies, guiding them about their reproductive rights. However, they have little or no experience with referral for legal abortion and little knowledge about the services available for the procedure, a reflection, among other issues, of structural flaws in the health network and medical training. Legal abortion, therefore, is not yet a widespread practice in the health care network, and could become an indeed right if it were known, accessed and offered in PHC.

Keywords: unwanted pregnancy; legal abortion; primary health care; family and community medicine.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	APRESENTAÇÃO PESSOAL	18
3	OBJETIVOS	21
4	MARCO TEÓRICO	22
4.1	A IMPOSIÇÃO DA MATERNIDADE SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO.....	22
4.2	A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	31
4.3	FAVELA.....	39
4.4	ROCINHA.....	41
5	METODOLOGIA	44
5.1	ENTREVISTA.....	46
5.2	ANÁLISE DE DADOS.....	46
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	48
6.1	FORMAÇÃO ACADÊMICA: DO TCHAN À CARREIRA MÉDICA.....	48
6.1.1	Graduação	48
6.1.2	Residência	53
6.2	ROTINA NA APS: TEMPOS MODERNOS.....	55
6.3	PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA: CARTOGRAFIAS DA SAÚDE....	62
6.4	A CONSULTA.....	64
6.4.1	Pré-concepção: A saúde do prazer	64
6.4.2	Concepção: Gravidez como diagnóstico ou presente divino?	73
6.4.3	Pós Concepção: O aborto como possibilidade	76
6.5	OPINIÕES PESSOAIS DOS/AS ENTREVISTADOS/AS: LIMITES ENTRE A LEGALIDADE E A ILEGALIDADE.....	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	96
	APÊNDICE B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS	99

1 INTRODUÇÃO

O aborto em caso de risco de vida para a mãe ou em caso de estupro está legalmente reconhecido como procedimento médico e direito das mulheres desde 1940, e em caso de anencefalia desde 2012, no entanto o acesso das mulheres a esse serviço essencial ainda é aquém da demanda existente (GIUGLIANI, 2021). Médicos de Família e Comunidade (MFC), por sua vez, têm papel fundamental na garantia de acesso a esse direito, por sua prática ter como importante característica a capilaridade no território. A Medicina de Família e Comunidade é definida como uma especialidade médica que “presta assistência à saúde, de forma continuada, integral e abrangente, às pessoas, às suas famílias e à comunidade” (LOPES *et al.*, 2018). Sua prática resulta de valores pessoais e atitudes, e é influenciada pela comunidade em que atua. A Medicina de Família e Comunidade é, portanto, o recurso de uma população definida, na qual o profissional atua na coordenação do cuidado em diversos níveis de atenção e, por muitas vezes, como “advogado”¹ do indivíduo que atende, em prol de garantir o acesso aos serviços e ações necessárias para as suas demandas de saúde.

Essa especialidade médica destoa das demais por diversas características, sendo a principal o vínculo ao longo do tempo com as pessoas que atende, suas famílias e a comunidade na qual está inserido, de forma a criar uma relação de confiança e respeito. Lopes *et al.* (2018) elucida que a prática clínica da MFC não se restringe a determinada idade, gênero, raça, doença ou sistema de órgãos, se aplica a todos/as daquela comunidade, desde o momento em que nascem até seu falecimento.

Bonet (2018), em sua tese de doutorado “Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e Argentina”, descreve os/as MFC como “profissionais que têm a capacidade de ‘sentir’ a vida de uma comunidade” (2018, p. 67), cuja prática vai no caminho inverso do olhar segmentar da biomedicina, buscando o tratamento integral da pessoa. Interpreta que se trata de uma medicina das *margens*, tanto pelo território onde a maioria desses profissionais atuam (nas favelas do Rio de Janeiro, por exemplo), como pelo fato de estabelecer uma ponte entre a MFC e outras classes do saber. Esta ponte o autor chamou de “sincretismo epistemológico”, devido à “abertura que este tipo de medicina das margens tem para formas

¹ O termo “advogado” pode ser considerado como uma categoria nativa de auto percepção dos/as MFC, que corriqueiramente assim se denominam e se reconhecem devido a situações em que precisam defender os interesses dos pacientes relativos aos seus cuidados em saúde, seja na articulação com a família, com outros serviços estatais de seguridade social ou com os demais níveis de atenção dos serviços de saúde.

terapêuticas que a biomedicina rejeitou”, como medicinas alternativas ou curas espirituais (BONET, 2018, p. 209).

A MFC se insere principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), fundamental na garantia de direitos básicos à saúde por sua capilaridade no território nacional. A APS é organizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), que orienta o serviço em equipes formadas por um médico, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e um a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), responsáveis pelos cuidados em saúde da população de um determinado território com até 4000 habitantes.

Considerando o aborto como uma prática recorrente na vida reprodutiva das mulheres, e considerando que os/as MFC diariamente atendem diversas mulheres, torna-se relevante o estudo da compreensão acerca do aborto legal junto à Medicina de Família e Comunidade, dentro do contexto da ESF, a partir da compreensão da formação e da prática desses profissionais em uma Clínica da Família que se dedica a esta formação por intermédio da residência. Assim, também será objeto de estudo de que maneira esta formação mais ampla do indivíduo aborda a temática da interrupção da gravidez e fornece insumos para a compreensão dos direitos sexuais e reprodutivos.

Por que estudar aborto legal na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade?

Sabe-se que aborto é um fato recorrente na vida reprodutiva das mulheres, seja ele induzido ou espontâneo, e uma questão de saúde pública. Em termos médicos, aborto é definido como a interrupção da gestação até as 22 semanas ou com peso de até 2500 gramas. Existe uma diferença, dentro do referencial médico em português, entre o termo abortamento (ato de abortar) e aborto (produto do abortamento). O ato de abortar refere-se à interrupção da gestação, e não apresenta idade gestacional específica. Como, popularmente, ambos são entendidos como sinônimos, neste trabalho opto pelo termo “aborto” para me referir à interrupção da gestação.

O aborto pode ser espontâneo ou induzido e, no caso do segundo, existe a distinção entre seguro e de risco ou inseguro. A OMS define aborto de risco como “um procedimento para interromper uma gravidez indesejada, realizado por pessoas que não têm as habilidades necessárias ou em um ambiente que não tem os padrões médicos mínimos, ou ambos” (WHO, 1993). Um aborto seguro seria o oposto, realizado por um profissional bem treinado e em ambiente sanitário adequado, apresentando complicações mínimas, que quando realizado até as 12 semanas tem morbidade e mortalidade mais baixas que a do parto normal (FAUNDES *et al.*, 2011). A classificação da segurança do aborto representa um espectro, e está esquematizado de

maneira simplificada no quadro a seguir, extraído da Cartilha de Gravidez Indesejada na APS da SBMFC (ANIS, 2021):

Figura 1 - Classificação do aborto em seguro/inseguro

critérios / classificação	SEGURO	INSEGURO		
		menos seguro		pouco seguro
utiliza métodos recomendados pela OMS de forma adequada	✓	✓	✗	✗
feito ou acompanhado por pessoa treinada	✓	✗	✓	✗

Fonte: ANIS (2021, p. 13)

De acordo com a OMS, a cada ano são provocados 22 milhões de abortos inseguros mundialmente, resultando em cerca de 47 mil mortes. As principais implicações individuais de um aborto inseguro são de natureza física e psicológica. As consequências físicas decorrem principalmente da inserção de objetos no útero (como raiz, galho, cateter), de dilatação e curetagem feitos de maneira incorreta ou por um profissional não capacitado, ingestão de substâncias caseiras nocivas à saúde ou aplicação de força externa, além do uso incorreto das doses do misoprostol, que podem levar à hemorragia uterina, septicemia, peritonite e traumatismo do colo do útero ou dos órgãos abdominais.

A OMS (2013) relata que uma em cada quatro mulheres submetidas a um aborto inseguro necessitarão de cuidados de saúde por sequelas reversíveis ou permanentes. No Brasil, estima-se 230 mil internações por ano como consequência ao aborto inseguro e este se configura como uma das principais causas de mortalidade materna (GIUGLIANI *et al.*, 2019). Estes dados podem ser, no entanto, subestimados devido à subnotificação.

Estima-se, também, 208 milhões de novas gestações anuais, e dessas 41% não são planejadas (OMS, 2013), mesmo com a modernização dos métodos contraceptivos. A pesquisa Nascido no Brasil (LEAL, 2014), em que 23.894 mulheres foram entrevistadas em maternidades públicas e privadas do país entre 2011 e 2012, corrobora com essas estatísticas a nível nacional, onde 30% das entrevistadas não desejavam a gestação atual e 2,3% tentaram interromper a gravidez, e esses casos foram mais frequentes em mulheres não brancas, adolescentes, sem parceiro, sem trabalho remunerado, com uso abusivo de álcool e com três ou mais partos anteriores. A Pesquisa Nacional do Aborto (PNA), ocorrida no Brasil em 2016, evidenciou que

uma a cada cinco mulheres com 40 anos de idade havia realizado pelo menos um aborto provocado, resultado semelhante ao da mesma pesquisa em 2010 (DINIZ *et al.*, 2017).

Legalmente, o aborto no Brasil é permitido somente em casos de estupro, risco de vida materna ou anencefalia, e a legislação não determina limite de idade gestacional para a execução do procedimento (GIUGLIANI *et al.*, 2019). Contudo, a quantidade de abortos legais realizados ainda é ínfimo frente ao número de estupros e em comparação aos abortos clandestinos.

Anibal Faundes, médico ginecologista e obstetra que foi Ministro da Saúde do presidente Salvador Allende no Chile, exilou-se no Brasil após o golpe militar em seu país e tornou-se um dos precursores dos serviços de aborto legal, em Campinas - SP. Ele aponta, em seu livro “O Drama do Aborto”, em coautoria com José Barzelatto, também médico ginecologista e obstetra, que um caminho possível para mitigar os danos da estigmatização e proibição do aborto seria pensar a redução de abortos inseguros e, para isso, é importante ter no horizonte as razões que levam as mulheres à não desejar uma gestação. Estas são diversas, e incluem aspectos das narrativas individuais de cada mulher em associação ao contexto cultural no qual ela está inserida. As razões mais comuns são sexo não consentido, incluindo os que ocorrem dentro de uma relação estável, ausência de suporte familiar, motivos econômicos, incompatibilidade com seu projeto de vida ou com as normas sociais vigentes e falta de apoio social, ausência do desejo pela experiência da maternidade além do desconhecimento e limitação de acesso a métodos contraceptivos eficazes (FAUNDES *et al.*, 2011).

A questão da constituição familiar é um dado importante no Brasil, país que apresentava um número absoluto de 11,6 milhões de mulheres responsáveis por famílias monoparentais em 2015 (IBGE, 2015). Acerca da privação das mulheres à sua autonomia sexual, um estudo, realizado em uma região desenvolvida do Brasil, revelou que “32% das mulheres admitiram ter tido sexo contra sua vontade porque sentiam que era sua obrigação aceitar os desejos do seu parceiro” (FAUNDES *et al.*, 2011, p. 101). Em estudo realizado no Brasil, em 2016, foram entrevistadas 23.894 puérperas e, destas, 55,4% relataram tratar-se de uma gestação não intencional (THEME-FILHA *et al.*, 2016). Reduzir o número de abortos inseguros, por conseguinte, significa aumentar o acesso à informação e aos métodos contraceptivos efetivos, estimular a autonomia da vida sexual das mulheres e garantir a efetivação das leis já existentes.

Faz-se necessário traçar um panorama conceitual e epidemiológico a respeito da violência sexual para que se compreenda a realidade da disparidade na demanda por aborto legal *versus* a oferta de serviços. A violência sexual é considerada uma forma de expressão de

violência de gênero, uma vez que 80% das vítimas são mulheres (GIUGLIANI *et al.*, 2021; p 33). A OMS define violência sexual como

“qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto.” (OMS, 2012, p. 11).

O conceito de estupro varia a depender do país e da legislação vigente, e é considerado como uma “manifestação sexual da violência e não uma manifestação violenta da sexualidade” (GIUGLIANI *et al.*, 2021; p 33). No Brasil, estupro é definido legalmente desde 2009 pela lei n.12.015 como o ato de “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Além disso, existe o conceito de estupro de vulnerável, quando a vítima é menor de 14 anos. Nesses casos o ato sexual é considerado estupro mesmo em casos de relação consentida. O estupro marital, por sua vez, é o conceito utilizado para se referir ao estupro praticado pelo cônjuge, e dentre todas as formas de estupro este é o mais silenciado e menos reconhecido (GIUGLIANI *et al.*, 2021; p 33-36).

Segundo o 13º Anuário de Segurança Pública, 66 mil mulheres foram vítimas de estupro em 2018, com uma média de 180 estupros por dia (FBSP, 2019). O estupro é fato presente na vida das mulheres, na dimensão do afeto e do medo, e cria narrativas femininas de sobrevivência. No Rio de Janeiro, no mesmo ano, foram 1.400 casos registrados na capital, sendo importante ressaltar que se trata de um delito subnotificado (estima-se que apenas 10% dos casos de estupro são de fato reportados). De acordo com o IPEA (2014), 7,1% dos casos de estupro resultam em gestações. A partir das estimativas apresentadas, seria esperado um número em torno de mil gestações decorrentes de estupro no município nesse ano. No entanto, nesse período, apenas 106 procedimentos de aborto legal foram realizados. Importante destacar que número de abortos legais realizados por violência sexual no município em 2016 foi de 53, ou seja, ainda que permaneça aquém da demanda, em dois anos esse número dobrou devido a uma iniciativa da SMS -RJ em vistas de sensibilizar e capacitar as equipes das maternidades com relação ao aborto legal. (MUDJALIEB, 2020).

A despeito dos dados e da realidade que se apresenta, os esforços do governo federal desde 2018 foram na direção de restringir a legislação do aborto cada vez mais, como na lei 13.931/2019, que coloca como obrigatória a comunicação, por parte dos profissionais de saúde, à autoridade policial de casos suspeitos ou confirmados de violência sexual. Apesar da

justificativa de se ter tal exigência para fins estatísticos e buscar punições cabíveis ao agressor, tal normativa desrespeita o sigilo médico-paciente e coloca a mulher vítima de agressão frente a novos traumas e vulnerabilidades. Ademais, aumenta a burocracia e posterga a execução do aborto, colocando profissionais de saúde para atuar como agentes de segurança pública (GIUGLIANI *et al.*, 2021; pp 43)

Em agosto de 2020, o Ministério da Saúde (MS) publicou a portaria 2.282 para orientar a prática médica em conformidade com a lei supracitada. A portaria, além de reafirmar a exigência de comunicação à polícia dos casos de violência sexual sem, no entanto, estabelecer de forma clara de que maneira isso se daria, estabelece que o material genético do produto do aborto deveria ser guardado para exames de DNA como prova contra o agressor. Por fim, torna mandatória a ultrassonografia gestacional e o registro oficializado do desejo da gestante pelo aborto. Os quadros seguintes, extraídos do livro “Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: Fatos e Reflexões” (GIUGLIANI *et al.*, 2021; pp 40-41), esquematizam as principais publicações e políticas de saúde com relação ao aborto legal e ao atendimento às pessoas em situação de violência sexual:

Quadro 1 - Principais publicações e políticas de saúde relativos ao aborto legal e ao atendimento a pessoas vítimas de violência sexual

Ano	Publicação
1940	Artigo 128 do Código Penal: normatiza o aborto legal em casos de gestação decorrente de estupro ou risco de morte materna.
1999	Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (1ª edição).
2004	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.
2005	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (1ª edição).
	Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (2ª edição).
	Portaria n. 1508 do MS: Dispões sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.
2011	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2ª edição).
	Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (3ª edição).

2012	ADPF n. 54: aprova a realização de aborto legal em casos de gestação de feto anencéfalo.
2013	Lei n. 12845: dispões sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual no SUS.
	Portaria n. 528 do MS: define os serviços de referência para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual e interrupção legal da gestação.
2014	Portaria n. 1271 do MS: trata da notificação de violência interpessoal/autoprovocada, obrigando as instituições a notificarem casos de violência sexual em até 24 horas à Vigilância Sanitária e Epidemiológica local.
2015	Norma Técnica de Atenção Humanizada às pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (1ª edição).
2020	Portaria n. 2.561/2020 do MS: dispões sobre novo Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.
2021	Portaria n. 78/2021 do MS: dispõe sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais.

Fonte: GIUGLIANI *et al.* (2021); p. 40 - 41

As medidas que tornam obrigatórias a comunicação a autoridades policiais sobre notificações de violência sexual confunde o papel dos profissionais de saúde com os de segurança pública. Em adendo, submeter forçosamente a mulher vítima de estupro a visualizar o embrião em uma ultrassonografia como condição para aborto legal se assemelha a uma prática de tortura. As portarias que imputavam a obrigatoriedade de ultrassonografia, armazenamento do DNA do produto do aborto e realização de Boletim de Ocorrência foram revogadas, e atualmente os documentos exigidos para a realização do aborto legal são: Termo de Relato Circunstanciado; Parecer Técnico; Termo de Aprovação do Procedimento de Interrupção da Gravidez; Termo de Responsabilidade assinado pela mulher ou, se for incapaz, também por seu representante legal e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos a serem preenchidos e assinados na maternidade que realizará o procedimento. Os casos de violência sexual devem ser comunicados por meio do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (Sinan), sendo notificação compulsória para os serviços de saúde. Por outro lado, existem, atualmente, diversos projetos de lei tramitando no congresso que visam criminalizar o aborto em qualquer circunstância, ou restringir ainda mais a legislação atual. (GIUGLIANI *et al.*, 2021; pp 44-46)

Para além do imbróglio nacional, o aborto é um campo de disputa tensionado globalmente. Na América Latina, por exemplo, o Uruguai descriminalizou o aborto em 2012, a Argentina em dezembro de 2020 e posteriormente a Colômbia, em 2022. A disputa é tão acirrada que países com legislações mais permissivas podem retroceder a depender do cenário político e econômico, como o caso de Honduras. E mesmo em países como o Uruguai, que goza de 10 anos de descriminalização, profissionais buscam brechas legais, baseados em convicções pessoais, para se recusar a realizar o procedimento de aborto legal (FONSECA *et al.*, 2021). Logo, uma legislação progressista, apesar de configurar-se como importante avanço, não se traduz em garantia de direitos.

O direito a não ter filhos é tão importante quanto o direito de optar pela maternidade e poder criar os filhos dignamente. Segundo Fonseca *et al* (2021), as políticas reprodutivas e de planejamento familiar no Brasil apresentam uma tênue linha entre o direito à autonomia feminina e a imposição à adesão aos programas e tratamentos contraceptivos por argumentos morais, que refletem uma política de proibição de fertilidade a mulheres de uma determinada raça ou classe. Em adendo, a autora descreve o conceito de reprodução estratificada, que diz respeito ao fato de que “algumas pessoas desfrutam de um grande leque de possibilidades reprodutivas às custas de outras” (existem mães e existem babás), o que também limita ou amplia as opções de escolha pela maternidade a depender do recorte social. Esses exemplos mostram como a biomedicina ganha uma disputa narrativa que, conforme a autora, atua como mecanismos de governo que vão além de normas técnicas, e se aplicam por instrumentos invisíveis de poder, impondo ou podando a maternidade através do discurso dominante. Os comportamentos e subjetividades são moldados para determinado fim, validados por supostos conhecimentos técnicos e científicos, que introjetam moralidades de gênero sempre ao redor da reprodução. A autora conclui, então, “que toda reprodução é política, e todas as políticas são políticas reprodutivas” (FONSECA *et al.*, 2021).

A experiência uruguaia em redução de danos às complicações do aborto inseguro, prévia à descriminalização em 2012, exemplifica de que maneira a APS pode exercer papel central para redução dessas complicações. Naquele país foram criados serviços específicos de atendimento ambulatorial a nível de atenção primária para mulheres que pretendiam abortar. O serviço consistia em consultas anteriores ao procedimento e acompanhamento subsequente, garantindo informação, avaliação de risco e prevenção de possíveis complicações. No primeiro ano em que foi implementado (2004), não houve nenhuma morte materna devido a complicações de aborto em uma maternidade de Montevideo que, nos três anos anteriores, apresentava quatro mortes anuais por esta causa (BRIOZZO *et al.*, 2006).

Em adendo à experiência ambulatorial uruguaia, em publicação recente da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade sugere-se, como solução viável e tangível, a oferta de aborto legal pela APS, tendo em vista seus atributos, sua acessibilidade e sua distribuição de maneira mais homogênea no território nacional quando comparado aos serviços hospitalares. O procedimento já ocorre na APS em dezenove países, e tem por embasamento a recomendação técnica da OMS que entende o aborto a nível ambulatorial, por via medicamentosa ou aspiração uterina, como competência fundamental da APS, podendo ser realizado inclusive por alguns profissionais não médicos capacitados (MAIA, 2021).

A partir dos fatos expostos, as principais questões norteadoras da pesquisa foram: o que sabem os/as médicos/as de Família e Comunidade sobre aborto legal? Qual sua percepção sobre o tema? Qual sua postura com relação ao aborto? Como atuam frente a uma mulher com gestação indesejada? A prática ainda centrada no modelo biomédico possibilita um lugar de voz ativa às mulheres vítimas de violência? Qual tem sido o papel da Atenção Primária em Saúde no acesso ao serviço de aborto legal para aquelas que têm esse direito? Seria a Atenção Primária, por sua capilaridade na comunidade, agente essencial na efetivação dos direitos já conquistados?

Para responder a essas perguntas e refletir sobre o aborto legal como direito reprodutivo a partir da prática dos/as MFC, foi realizada uma pesquisa qualitativa que se constituiu em nove entrevistas com médicos preceptores e residentes da CF Maria do Socorro, localizada na Rocinha, no Rio de Janeiro, como será visto adiante.

2 APRESENTAÇÃO PESSOAL

Atuei, durante o período da pesquisa, como preceptora do programa de residência da prefeitura do Rio de Janeiro na CF Ricardo Lucarelli, localizada na Área Programática 1.0 do Rio de Janeiro, cuja adstrição se localiza no complexo do São Carlos. Ainda que seja um território distinto da Rocinha, com suas próprias especificidades, carrega semelhanças por ser também uma favela carioca, compartilhei uma rotina que se assemelha à dos preceptores da CF Maria do Socorro, além de dividir com eles/as espaços de discussão e canais teóricos.

A justificativa desta pesquisa parte então do diálogo - e da dialética - entre a conjuntura e a experiência pessoal da autora. Durante minha trajetória profissional como Médica de Família e Comunidade, encaminhei apenas uma pessoa para o serviço de aborto legal, quando trabalhei na Operação Acolhida em Pacaraima/RR, no período de julho a dezembro de 2018. Era uma adolescente indígena Warao venezuelana, de 13 anos, que não desejava a gestação e que residia em um abrigo para refugiados, onde eu prestava atendimento médico. A situação era de extrema vulnerabilidade e mesmo com diversos atores envolvidos, como o Exército Brasileiro, Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), Organização Internacional para as Migrações (OIM), Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o serviço de assistência social do estado, o caminho percorrido até a interrupção legal da gestação durou cerca de três semanas, sendo o processo atravancado e possivelmente traumático para a adolescente. Houve aconselhamento para aceitação da gestação, solicitação desnecessária de boletim de ocorrência e exame de corpo delito e negativa, por duas vezes, da entrada da criança e da família no ônibus operacional que transporta os refugiados para a capital, onde realizaria o procedimento. Ademais, houve exigência do exame de ultrassonografia para datar a gestação, e durante sua realização a adolescente foi submetida a escutar os batimentos cardíacos fetais.

Considero esse evento como um fato social² impactado negativamente por diversos fatores, entre eles a lacuna na formação médica em direitos reprodutivos e sexuais, o estigma³ social acerca do aborto e da maternidade assim como a oferta insuficiente desses serviços. Estudo recente reafirma este entendimento, em que foram entrevistados médicos residentes de

² Ver em DURKHEIM, E. "O que é fato social?" In: *As Regras do Método Sociológico*. Trad. por Maria Isaura Pereira de Queiroz. 6.a ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1972. p. 1-15.

³ Estigma, segundo E. Goffman, caracteriza grupos ou indivíduos que estão inabilitados para aceitação social, e é classificado em três níveis: por deformidade física, por culpa de caráter individual e por estigmas tribais, de raça, religião e nação. GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. Tradução: Mathias Lambert, v. 4, 1988.

Ginecologia e Obstetrícia em 21 hospitais de ensino no Brasil sobre a prática de aborto induzido, e apenas 40,8% acertaram 70% ou mais perguntas relativas ao uso, dosagens e indicações do misoprostol, droga de escolha para aborto medicamentoso (PACAGNELLA *et al.*, 2020).

Em revisão sistemática de publicações sobre aborto legal no Brasil, entre 2008 e 2018, foi constatado oferta ineficiente de serviços de aborto legal, persistente ao longo do tempo, com número de abortos legais realizados inferior à demanda apresentada, e reafirmado o desconhecimento dos/as estudantes de medicina e dos/as médicos/as quanto às situações em que o aborto é permitido e sobre quais as recomendações éticas para a condução dos casos (FONSECA *et al.*, 2020).

A questão principal colocada por esta pesquisa, no entanto, não visa entender dogmas pessoais que levam o indivíduo a ser favorável ou contrário à descriminalização do aborto. E, sim, quais as possibilidades de acolhimento dentro da ESF, através dos/as MFC, para as mulheres que não desejam a maternidade e se enquadram nas categorias para o procedimento de aborto legal. Existe uma lacuna em pesquisa científica acerca do conhecimento teórico e prático dos/as MFC no tema⁴. Os/as profissionais atuam na linha de frente nos diagnósticos de novas gestações, identificação dos casos de violência sexual e aborto legal, encaminhamento e coordenação do cuidado dessas mulheres antes e após o aborto, sendo, deste modo, peças chave para ampliação e garantia deste direito básico já conquistado e garantido por lei.

Pensando sob a ótica da antropologia reflexiva, a vivência da pesquisadora, portanto, se configura como um importante recurso teórico metodológico. Segundo Ghasarian (2008; pp. 22 - 25), o trabalho de campo compreende muito mais que o tempo passado no campo. A reflexão e interpretação do objeto de estudo partem de uma relação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa, e traduzir o desconhecido em conhecido já altera a realidade. Portanto, é justo e honesto que o texto seja construído a partir de uma escrita dialógica e discursiva, em que apareça a intersubjetividade entre a pesquisadora e os participantes. Diferentemente de um trabalho antropológico em que se estuda o “outro”, o diferente, e buscase caminhar de uma realidade externa (de fora) para dentro do objeto, em vista de transformar o desconhecido em conhecido, este estudo se deu entre os pares de profissão, e o caminho da pesquisadora foi o oposto, o de se afastar do objeto, seguindo a direção de dentro pra fora. Se cada um faz o trabalho de campo por razões particulares (GHASARIAN, 2008, p. 29 - 37), as

⁴ Existe uma pesquisa de doutorado em andamento na instituição ENSP/Fiocruz, realizada pela pesquisadora Melanie Noel Maia, a respeito do conhecimento dos/as MFC sobre aborto legal e técnicas de abortamento a nível nacional, ainda não concluída nem publicada.

motivações da pesquisadora permeiam seu trabalho diário e suas experiências no atendimento a mulheres moradoras de uma favela que lidam com gestações indesejadas. A vivência da pesquisadora, portanto, se relaciona com as respostas das entrevistas no intuito de encontrar possíveis reflexões às perguntas norteadoras.

Essa dissertação se divide em seis capítulos. O primeiro se trata da introdução, onde foi situado o tema do aborto legal, a prática dos/as MFC e a relevância do estudo para a saúde pública. O segundo capítulo descreve os objetivos principal e secundários deste estudo. O terceiro capítulo apresenta o marco teórico deste estudo, sendo dividido em quatro subcapítulos: a imposição da maternidade sob uma perspectiva de gênero; a universalização excludente do SUS; favela e Rocinha. O quarto capítulo descreve a metodologia do estudo. O quinto capítulo engloba a análise e discussão dos resultados das entrevistas e o sexto e último capítulo traz as considerações finais da pesquisa.

3 OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é analisar a formação e a prática da medicina de família e comunidade sobre aborto legal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, sob a perspectiva da Medicina de Família e Comunidade.

Os objetivos secundários são:

- 1) Compreender o processo de acolhimento das mulheres com gestações não desejadas em uma Clínica de Saúde da Família situada em uma favela na cidade do Rio de Janeiro, sob a perspectiva de preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade;
- 2) Examinar a formação, os entendimentos e as práticas de preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade para o atendimento de mulheres com gestações não desejadas e;
- 3) Analisar como são conduzidas as situações de encaminhamento de abortos legais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, na Clínica da Família estudada, sob a perspectiva de preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 A IMPOSIÇÃO DA MATERNIDADE SOB UMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

O que é uma mulher? Anterior a este questionamento estaria: “Em verdade, haverá mulher?” (BEAUVOIR, 2009, p. 16). Negar a definição de mulher a partir do eterno feminino ou da simples função de fêmea não significa negar sua existência. A mulher existe e, segundo Simone de Beauvoir (2009, p. 16-20), é definida em relação ao homem, o que a circunscreve em uma determinada posição e situação. Se a humanidade é masculina – imposição do patriarcado que coloca o homem enquanto *Um*, e sua existência como sinônimo de humanidade – a mulher, conseqüentemente, é o *Outro*, objeto, inessencial, negativo e limitado.

Definida a mulher em oposição ao homem, *ser mulher* pode ser compreendido, segundo Beauvoir, a partir do sentido dinâmico hegeliano de *ser*: “é ter-se tornado, é ter sido feito tal qual se manifesta” (BEAUVOIR, 2009, p. 24). As mulheres *são* hoje o *outro*, mas deverá esta condição persistir? São com esses questionamentos fundamentais que Beauvoir inaugura, em seu livro *O Segundo Sexo*, o entendimento da mulher como uma construção social e além disso, da objetificação do corpo da mulher como perpetuação do patriarcado. Sua teoria nega qualquer explicação naturalista, perpetrada em sua clássica afirmação de que “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (BEAUVOIR, 2009, p. 267). Segundo Saffioti (1999), ao situar a mulher como categoria de análise em uma perspectiva relacional, Beauvoir faz aproximações ao atual conceito de gênero, além de abrir o debate sobre sexualidade ao tornar político o termo *mulher* (SAFFIOTI, 1999).

O que se entende por gênero, então? Butler (2021) relata que a formulação de Beauvoir sobre *tornar-se mulher* foi a base para a distinção teórica feminista entre sexo (realidade biológica) e “*gender*” (significado social ou cultural que o sexo assume). Questiona, no entanto, que não existe nada de determinante no sexo biológico, sendo este também um constructo social e histórico. Haraway (2004) afirma que a divisão sexo/gênero, além de não historicizar o “sexo biológico”, vincula a teoria feminista a um paradigma liberal e funcionalista. Segundo Haraway, a diferença de sexos não é, portanto, um determinismo biológico, e sim uma construção histórica em relação dinâmica e de constituição mútua com as formas sociais e culturais de seu aparecimento.

No século XIX os/as médicos/as se posicionavam como verdadeiros tradutores da natureza, e demonstravam certa ansiedade com a precisa delimitação da diferença entre os sexos. O que definia a mulher era, antes de tudo, sua capacidade de reproduzir a espécie. Em

estudo sobre as teses de conclusão de curso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no período entre 1833 e 1940, foram encontradas 1593 trabalhos de conclusão de curso sobre sexualidade e reprodução (22,3% do total), das quais 1345 eram sobre a mulher e 248 referentes ao homem. Há teses sobre os ovários – natureza e funcionamento – mas não sobre os testículos, e as teses de urologia não implicam o tratamento da função reprodutiva. A vida da mulher, portanto, é problematizada em função da reprodução, e não há nada equivalente para o homem (RODHEN, 2004).

O discurso médico, deste modo, trata a mulher como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, e quando se fala em reprodução evoca-se maciçamente as mulheres e raramente os homens. O gênero, portanto, é colado ao sexo a partir de uma única variável, a biológica, dentro das ciências médicas. Existe, no entanto, uma contradição neste discurso: a natureza constitutiva da diferença dos sexos existe, mas não é dada a priori, e só ocorre factualmente após a puberdade. Ela está ameaçada por intervenções externas que podem prejudicar a diferenciação sexual, tanto de cunho moral (ideias emancipatórias das meninas) como de cunho físico (economia de seus corpos). Existia um entendimento de que o esforço intelectual da mulher poderia impedi-la de procriar, por exemplo. A natureza, dentro dessa lógica, é maleável, passível de direcionamento e amoldamento (RODHEN, 2004).

Definir a mulher a partir do óvulo e da passividade é uma forma de justificar a redução de sua função ao lar. Como afirma Beauvoir, os humanos, homens ou mulheres, não podem ser reduzidos às suas gônadas, aos espermatozoides ou aos óvulos. A noção de macho ou fêmea não se encontram aí contidas em sua totalidade (BEAUVOIR, 2009, p. 32-58). O corpo é entendido como uma *situação* (termo também cunhado pela autora) da qual se compreende o mundo e criam-se perspectivas, e as noções biológicas dependem do contexto e da estrutura social. Os valores da sociedade não se deduzem da biologia e é em nome desses valores que o ser humano toma consciência de si. Pela leitura de Butler (2021), Beauvoir defendia que nenhuma situação causal ou teleologia natural governa o destino da mulher, pois o sexo não é um fato.

Heilborn (1992) define gênero como uma forma de classificação social ao mesmo tempo que dado constitutivo da identidade do sujeito. Segundo a autora, esse princípio de classificação trata-se de uma construção abstrata que surge a partir da observação do real (diferenciação sexual), cujo conteúdo é fundamentalmente relacional. A autora afirma que gênero como categoria de análise é a “desnaturalização radical das categorias homem e mulher”: é o idioma que traduz esse tipo de relação marcada pela alteridade.

Em 1994, Maria Odila Leite da Silva Dias escreveu que “a crítica feminista torna-se, portanto, contextual, histórica e conjuntural, atrelada ao tempo, o que implica, de início, uma atitude crítica iconoclasta que não aceita as totalidades universais ou balizas fixas”. A partir deste trecho, a autora nos traz à luz que a crítica feminista rejeita universalizações. Em adendo, afirma que é por meio do que chamou de desbravamento do cotidiano que se encontra na experiência concreta das mulheres estratégias de resistência e sobrevivência, que se contrapõem aos valores culturais de dominação por força da necessidade.

Donna Haraway (2004), em seu artigo histórico “Gênero para um dicionário marxista”, complementa que a teoria feminista de gênero busca “explicar e transformar sistemas históricos de diferença sexual nos quais homens e mulheres são socialmente construídos e posicionados em relações de hierarquia e antagonismo”, e define que “gênero é um sistema de relações sociais, simbólicas e psíquicas no qual homens e mulheres estão diferentemente alocados”.

Importante ressaltar que gênero, apesar de não ser natural, não é uma escolha. Segundo Butler (2021, p.383), “se e quando o gênero é um exercício de liberdade, ele se dá dentro de uma cena de constrangimento e daquilo que Beauvoir chamou de situação histórica.”

A crítica feminista permitiu, desta forma, compreender que a mulher não é fatalmente condenada pela natureza à maternidade, pelo seu corpo à repressão sexual e tampouco pela economia à submissão escrava ao homem. Ela se encontra nessa condição, mas também se configura como ser humano e tem em si o desejo de transcendência e pode encontrar em sua existência oportunidades de escolha que incluem a recusa à maternidade.

Se a maternidade não é o destino inevitável da mulher, nem pela natureza, nem pelo seu desejo, nem pela condição estrutural da sociedade, o aborto se situa, outrossim, como negação a essa realidade imposta. Atualmente, a legalização do aborto já é pautada nos movimentos mais progressistas, e encontra-se descriminalizado na maioria dos países desenvolvidos (OMS, 2013).

No Brasil, o aborto praticado por terceiros se tornou crime pela primeira vez em 1830. Entretanto, quando auto provocado, era considerado fato atípico, sendo criminalizado somente em 1890. A pena, por sua vez, variava de acordo com a motivação e comportamento da mulher, sendo amenizada em casos que visassem esconder sua *desonra*. Cabe aí inferir que o intuito legal não era, portanto, proteger a vida do feto e sim a honra da mulher. O Código Penal de 1940 altera a penalização pela honra e passa a proteger a vida do feto, condenando todas as mulheres que praticarem o aborto, exceto em caso de estupro ou risco de vida materna. Esta é a legislação vigente, com mais um permissivo legal adicionado em 2012, que são os casos de anencefalia. (CARVALHO *et al.*, 2020).

Apesar das permissões legais, o aborto emerge como problema social na saúde pública somente em 1970, segundo Barsted (1992), com publicações na área, em especial um estudo sobre a incidência de internações por aborto provocado e suas conseqüentes sequelas. O aborto passa a ser discutido publicamente na década seguinte, seguindo duas narrativas principais: do direito ao corpo, mais radical, e da proteção à saúde da mulher.

Os movimentos políticos de esquerda, ou aqueles tidos como mais progressistas, aderem, então, à pauta do aborto devido ao seu aspecto social: existe um recorte de classe e raça nas mulheres que morrem ou sofrem conseqüências drásticas por aborto provocado (BARSTED, 1992). A ótica da liberdade sexual, por sua vez, encontra-se secundária inclusive no debate público pró-aborto. Seria, por conseguinte, “o prazer sexual tema apenas para as mulheres burguesas e intelectuais?” (BARSTED, 1992, p. 185). A empiria nos mostra que não.

A criminalização do aborto, conseqüentemente, é um exemplo prático da violência simbólica⁵ operada pelo Estado como campo de poder. A maternidade não é universal em nenhuma sociedade: seja por escolha individual, contexto social ou por condições biológicas, muitas mulheres não serão mães. No entanto, a maternidade é imposta verticalmente e a criminalização do aborto é uma das formas de efetiva-la por meio do Estado. Antes de ser proibido às custas de um debate ético e filosófico a respeito de quando começa a vida, faz-se criminoso e moralmente condenado por representar a recusa das mulheres ao seu destino imposto: a maternidade.

A criminalização do aborto, desta forma, não diminui sua incidência, mas implica em suas repercussões sociais: julgamentos morais, medo, vergonha e clandestinidade, que tem origens sociais e religiosas e são reforçados pelo Estado por meio da criminalização. Ou seja, existe aí uma produção e reprodução de violências simbólicas contra as mulheres que recorrem ao aborto. É importante ressaltar que o aborto, atualmente, só é considerado de fato seguro quando, além de descriminalizado, é também realizado com pouco ou nenhum estigma (SEDEGH, 2016). Portanto, a luta pela descriminalização se faz de primeira importância no direito das mulheres ao próprio corpo e à decisão pela maternidade.

Mas o que seria o estigma a respeito do aborto e de que maneira ele opera? Adesse *et al.* (2016), em revisão bibliográfica sobre a produção científica a respeito do aborto no Brasil, concluiu que o estigma relacionado ao aborto é pouco teorizado e pesquisado, e atua de

⁵ Bourdieu descreve como “violência suave, insensível e invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação, do conhecimento, ou, mais precisamente do desconhecimento, do reconhecimento, ou, em última instância, do sentimento” (p.7-8) BOURDIEU, Pierre. A violência simbólica. 11ª ed. - Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2012.

maneiras diferentes a depender do local e das estruturas desiguais de poder. As implicações de gênero e construção social da maternidade operam de maneiras distintas a depender de contextos de raça e classe, portanto romper com as imposições estereotipadas – no caso deste trabalho, a ruptura se dá pela opção pelo aborto – pode ter distintos significados e impactos. Apesar de impactos distintos a depender do contexto, essa escolha representa, de maneira geral, um rompimento com as projeções do ideal feminino, que são reforçados, por exemplo, pela ultrassonografia, que personaliza o feto através das imagens e atribui precocemente à gestante o lugar de mãe.

Em adendo, as autoras relatam que o estigma afeta tanto as mulheres que abortam como os profissionais que realizam o ato e aqueles que apoiam essas mulheres na decisão e no procedimento, como familiares ou companheiros. No caso das mulheres, o imaginário estigmatizado marca as mulheres como portadoras de uma "identidade deteriorada", diferente das outras mulheres, "pecadoras, sujas e assassinas". Entre os artigos revisados, o estigma foi conceituado em três categorias: "percebido" (como as mulheres percebem as opiniões e atitudes de outrem a respeito do aborto), "experimentado" (como são rejeitadas ou subestimadas após realizarem o ato ou demonstrarem intenção em realiza-lo) e "internalizado" (como incorporam as percepções externas, gerando culpa ou vergonha). O estigma leva a um silêncio sobre a decisão e sobre a realização do procedimento, que vai além da proteção legal da mulher, e serve também para amenizar o sentimento de culpa e rejeição social. O aborto mantido em segredo configura-se como mais uma barreira de acesso a esse direito, uma vez que impede que mulheres busquem por atendimento e auxílio nos serviços de saúde, aumentando ainda mais o número de abortos inseguros. Além disso, a autora encontrou artigos que discutem que a legalização do aborto não necessariamente resolveu os sentimentos auto-estigmatizantes vivenciados pelas mulheres que abortam (ADESSE *et al.*, 2016).

No caso dos profissionais que operacionalizam o aborto legal, a autora descreve o conceito do "paradoxo da legitimidade": mesmo sendo um procedimento permitido por lei, são marginalizados em seu meio profissional, considerados menos qualificados ou desviantes, ou, até mesmo, "açougueiros". O aborto, no meio dos/as médicos/as, por muitas vezes é considerado um "trabalho sujo" tanto pelo ato em si como por significar prestar atendimento a uma mulher "desviante" da norma. Segundo Adesse, o estigma é ainda maior quando se trata de abortos do segundo trimestre de gestação. Ademais, o aborto é pouco debatido na graduação médica, que falha em produzir reflexões aprofundadas sobre direitos reprodutivos ao longo do curso, e colocado como secundário dentro da área ginecologia-obstetrícia, o que aumenta sua estigmatização entre a categoria. Nesse contexto, existem dois tipos de atuação: os profissionais

que se recusam de maneira velada ou ativamente a realizar o aborto sob a prerrogativa da “objeção de consciência”, e os/as médicos/as de “consciência”, forma como a autora se referiu àqueles que incorporaram rapidamente as medidas legais sobre o aborto à sua prática devido ao compromisso de consciência, reverso à objeção de consciência. O atendimento ao aborto, portanto, é consciência-dependente (ADESSE *et al.*, 2016).

Objeção de consciência diz respeito a uma premissa do código de ética médica que permite ao médico recusar realizar procedimentos que, ainda que legalizados, sejam contra sua consciência. Segundo Bonan *et al.* (2015), o direito à objeção de consciência não é absoluto, e “o profissional que por motivo de consciência se negar a participar diretamente da interrupção de uma gravidez prevista em lei deve, ainda assim, informar à mulher sobre seus direitos e garantir que outro profissional ou serviço realize o atendimento”. Em adendo, a autora cita que, segundo a publicação de 2012 do Ministério da Saúde intitulada “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica”, não existe direito de objeção de consciência no Brasil nos casos em que há risco de morte para a mulher, qualquer situação de aborto legal na ausência de outro profissional que o realize, risco de danos ou agravos à saúde da mulher em decorrência da omissão profissional ou atendimento às complicações derivadas do aborto inseguro, por se tratar de atendimento de urgência. Apesar desta norma técnica, é comum observar gestores flexibilizando a questão da objeção de consciência em decorrência do estigma que envolve o aborto.

A descriminalização, portanto, não encerra a violência simbólica a essas mulheres. A imposição da maternidade está incrustada nos corpos e na experiência subjetiva dos indivíduos. Como afirma Beauvoir (2009, p. 22), “mesmo quando os direitos lhe são abstratamente reconhecidos (às mulheres), um longo hábito impede que encontrem nos costumes sua expressão concreta”. O caminho de sua extinção demanda trabalho e esforços intensos e contínuos, porém possíveis, conforme vê-se em países que já convivem com a descriminalização há tempo suficiente. Segundo Adesse *et al.* (2016),

[...] pensando o estigma como uma construção histórica, as mudanças nas leis podem ser um impulsionador de transformações do ponto de vista cultural (e vice-versa), contribuindo para que o estigma também se modifique. A lógica proibicionista das sociedades, com leis retrógradas e abordagem religiosa conservadora, tem contribuído para o número de mortes maternas por abortamento e para a violação dos direitos de decidir das mulheres sobre sua reprodução. Nos trabalhos aqui analisados, o estigma tem permeado as atitudes, os discursos e as práticas das sociedades em relação a quem procura e a quem presta assistência à saúde sexual e reprodutiva: as práticas de contracepção e, em particular, a de emergência, os processos de esterilização voluntária, as fertilizações *in vitro* e os abortamentos. No cotidiano dos serviços de saúde, gestuais e atos, ditos e não ditos, têm silenciosamente fermentado os processos de estigmatização.

Beauvoir (2009, pp 483-484) revela a hipocrisia social que defende com avidez os direitos do embrião, mas pouco se interessa pelas crianças, na qual as instituições públicas gastam mais energia perseguindo mulheres que realizaram aborto que reformando lugares que deveriam ser de cuidado e garantia de direitos, como as “casas de educação”. As principais razões morais contra o aborto vêm do argumento católico de que o feto possui alma, e a recusa o aborto se aplica de maneira intransigente enquanto existe flexibilidade moral para aceitar a morte de homens feitos em guerras ou nos condenados à morte.

A crítica à hipocrisia relativa às condenações morais do aborto colocadas na obra de Beauvoir pode ser transposta ao atual cenário político brasileiro, observada no discurso do presidente Jair Bolsonaro. Em entrevista concedida ao jornal El País, em 2014, relatou: *“E eu também defendo a pena de morte. Se levar o cara para a cadeira elétrica ele nunca mais vai matar, nem vai assaltar.”*⁶ E em dezembro de 2020, frente à descriminalização do aborto na Argentina, afirmou: *“No que depender de mim, aborto jamais será aprovado”*⁷.

As complicações da proibição e estigmatização do aborto, por sua vez, se apresentam de maneiras diferentes para diferentes mulheres. Essa afirmação encontra eco nos estudos epidemiológicos mais recentes no Brasil: entre 2008 e 2018 foi constatado que as mulheres que mais morrem por aborto eram negras, indígenas e provenientes do Norte e Nordeste brasileiro (FONSECA *et al.*, 2020).

A imposição da maternidade, por conseguinte, não é igual para todas as mulheres, assim como as consequências do aborto não o são. Lélia Gonzales, em seu livro “Por um Feminismo Afro Latino Americano”, nos relata sobre a figura da “mãe preta”, a escrava que amamenta, dá banho, que limpa o cocô, que acorda a noite para cuidar, que ensina a falar, que cria e cuida dos filhos dos senhores de engenho. Muitas vezes seus filhos recém-nascidos eram forçosamente arrancados de seus braços para que elas pudessem se dedicar inteiramente aos cuidados das crianças brancas, e “com sua força moral, tudo fizeram para sustentar seus companheiros e tratar da sobrevivência dos filhos, educando-os nas mais precárias condições de existência” (GONZALES, 2020, p. 203). Desde essa época a mulher preta é vista como aquela que deve abdicar de sua própria família para cuidar das crianças brancas, reafirmado pelo ditado popular “branca para casar, mulata para fornicar, negra para trabalhar”. Segundo a autora, as mulheres

⁶ Gays não são semideuses. A maioria é fruto do consumo de drogas. El País, São Paulo, 14 de fev. de 2014. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2014/02/14/politica/1392402426_093148.html. Acesso em: 27 set. 2021.

⁷ MENDES, Adriana. Bolsonaro: 'No que depender de mim, aborto jamais será aprovado'. O Globo, 30 de dez/ de 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/bolsonaro-no-que-depender-de-mim-aborto-jamais-sera-aprovado-1-24817815>. Acesso em: 27 set. 2021

negras são vistas como “burros de carga” do sexo. A autora Hill Collins reforça a situação dessas mães pretas em seu livro “Interseccionalidade”:

As afro-brasileiras eram mais vulneráveis à violência, sobretudo as que moravam em favelas e faziam o trabalho doméstico. Inspiradas nos laços culturais com a diáspora africana, as ativistas negras também consideravam importante para a ação política seu papel como mães e mães de criação. (...) Eram mães que não tinham recursos para criar seus filhos como gostariam, mas tinham laços com o valor atribuído à maternidade na diáspora africana. (COLLINS, 2021, p 44).

A construção e imposição da maternidade, portanto, se dá de diferentes formas para as diferentes mulheres em contextos de raça e classe distintos. A perspectiva interseccional, por meio de sua complexidade, pode dar luz a esse entendimento de maneira a evitar fatalismos ou qualquer universalização reducionista ao conceito de mulher. Segundo Patricia Hill Collins

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária - entre outras - são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. (COLLINS, 2021, pp 15-16)

As dimensões de raça, classe e gênero, portanto, se sobrepõem em determinada sociedade e período, e afetam todos os aspectos do convívio social. Segundo a autora, existem quatro domínios de poder distintos e interconectados que definem as práticas organizacionais: o *estrutural*, o *cultural*, o *disciplinar* e o *interpessoal*. O *estrutural* refere-se às estruturas fundamentais das instituições sociais, como o capitalismo e as políticas governamentais. O *domínio cultural* diz respeito à importância das ideias e da cultura nas relações de poder. O *disciplinar* se relaciona às formas de aplicação de regras com base em raça, sexualidade, classe, gênero, nação ou categorias semelhantes. Por fim, o *domínio interpessoal do poder* é a forma como os indivíduos vivenciam, a convergência dos outros três campos de domínio. (COLLINS, 2021, p. 16-28)

Em adendo, existem seis ideias centrais da interseccionalidade: a desigualdade social, as relações de poder interseccionais, o contexto social, a relacionalidade, a justiça social e a complexidade (COLLINS, 2021, p. 45). A interseccionalidade, portanto, almeja superar as lentes monofocais de análise voltadas para raça, gênero ou classe: busca, em uma perspectiva relacional, compreender a complexidade da realidade em todos os seus possíveis atravessamentos. A justiça social é ilusória, segundo a autora, e podemos observar no caso do aborto legal: apesar do direito ao aborto legal ser universal às mulheres, 51% das que acessaram esse serviço nas duas últimas décadas eram brancas e 50% tinha maior escolaridade - ensino médio ou superior (GIUGLIANI, 2021, p. 56).

Além de problema social afetado por raça e classe, a punição moral do aborto se torna fardo por vezes insuportável à mulher. Segundo Beauvoir (2009, pp. 484 - 488), uma mulher que aborta é colocada na figura de assassina, essa mesma mulher muitas vezes é uma mãe carinhosa de outros filhos, mas que precisou restringir sua prole. As razões individuais que levam uma mulher a tomar tal decisão e assumir o estigma social são por vezes mais pesadas que o próprio estigma. A autora pontua que o lugar da “mãe solteira” ou da maternidade ilegítima, por exemplo, poderia ser considerado uma das maiores desgraças na vida de uma mulher. E aí implica a postura do macho opressor: seja no abandono após a relação sexual, seja na imposição do aborto por não aceitar assumir o filho. Nesses casos, conforme Beauvoir, a escolha se faz novamente no homem, impondo à mulher a passividade e a alienação de seu próprio corpo. Também hipócrita é essa situação: estes homens condenam o aborto universalmente, mas o aceitam em casos particulares.

O aborto clandestino, estigmatizado e arriscado, constrange a mulher a uma sensação ambivalente de ameaça de morte e vergonha. Isso pode ser sentido de diferentes maneiras, a depender do contexto. Ambíguo é também o sentimento da decisão: ainda que o aborto não seja um assassinato, tampouco é um método contraceptivo. A escolha não se faz sem um drama moral, e a mulher que toma essa decisão sente ter cometido um pecado (BEAUVOIR, 2009, p. 487 – 490). Por consequência, atualmente o aborto só é considerado de fato seguro quando, além de descriminalizado, é também realizado com pouco ou nenhum estigma (SEDGH, 2016).

Os métodos contraceptivos e o aborto permitem, em teoria, que a mulher decida livremente sobre a maternidade. O desejo pela maternidade, ou escolha pela contracepção, é influenciado por sua história, seu contexto social, suas relações maternas e paternas.

Que se trata de problema social, com viés de classe e raça, é dado comprovado, argumento dificilmente refutado. Como livre escolha em busca da retomada do ser em si, por sua vez, ainda não é consenso. Tanto é que, mesmo dentre as permissões legais no Brasil, a maioria das mulheres não acessa este serviço, ou muitas vezes o acessa sob fortes julgamentos morais. Exemplo recente foi o caso da criança do Espírito Santo, de 10 anos de idade, com gestação decorrente de estupro do próprio tio, de 33 anos. Foi preciso mudar-se de estado, viajando para Pernambuco, para realizar o aborto legal, sob alarde da mídia e protestos de diversos grupos em

frente ao hospital para a não realização do procedimento, além de pressões à família da vítima em vistas de impedir o aborto⁸.

O aborto como um drama, portanto, é transpassado pela estrutura social sob diversos olhares, construções e narrativas. O longo hábito de imposição da mulher à imanência e sua resignação ao papel de fêmea persiste, a despeito dos avanços legais. Não basta, portanto, descriminalizar. É preciso compreender de que maneira este longo hábito atravessa os indivíduos e as instituições e constrange as mulheres em sua tomada de decisão, sua tomada do ser em si, seja esta escolha pela maternidade, pela contracepção ou pelo aborto.

4.2 A UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O nascimento do Sistema Único de Saúde (SUS) data do período da redemocratização do Brasil. Foi inaugurado em 1986, como fruto de esforços e lutas de Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, marcado pelo memorável discurso de Sérgio Arouca, cujo trecho cito a seguir:

Não era possível melhorar o nível de vida da nossa população enquanto persistisse nesse país um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário. Então, era fundamental, era ponto de partida antes conseguir a democracia. E o lema que foi colocado no sistema de saúde dos últimos anos foi exatamente isso: democracia é saúde (AROUCA, 1986)

Surgia, então, pela primeira vez um modelo público de saúde válido para todo o território nacional e regido por princípios e diretrizes de bases democráticas, sob uma ampla concepção do direito à saúde e responsabilização do Estado na garantia deste, rompendo a noção de direito como privilégio. As diretrizes e princípios norteadores do SUS são o acesso universal em todos os níveis de assistência (universalidade), equidade e integralidade na assistência em saúde, participação da comunidade na gestão, descentralização político administrativa e distribuição de ações e serviços de saúde por níveis de atenção e território, formando assim uma rede de atenção à saúde regionalizada e hierarquizada (DE NORONHA, 2008).

A Reforma Sanitária tinha, portanto, uma intenção publicizante do sistema de saúde, porém seu resultado, infelizmente e de maneira contraditória, foi o de um formato residual, de caráter francamente redistributivo, sendo na prática uma concessão de benefício aos que não contribuem ou contribuem pouco em contraposição a um direito universal tal qual ocorre em países como Inglaterra ou França. A universalização do SUS tem, desta maneira, um caráter

⁸ JIMENEZ, Carla. Menina de 10 anos violentada faz aborto legal, sob alarde de conservadores à porta do hospital. El País, São Paulo, 16 de ago. de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-08-16/menina-de-10-anos-violentada-fara-aborto-legal-sob-alarde-de-conservadores-a-porta-do-hospital.html>. Acesso em: 27 set. 2021.

excludente, e retira do setor público as camadas médias da sociedade, que usualmente têm maior capacidade de vocalização de demandas, se assimilando ao modelo estadunidense de welfare: destinado a grupos particulares com características específicas. Uma possível interpretação para esses caminhos se dá pela congruência com a tendência estrutural brasileira de desigualdade social, associada à crise fiscal do Estado, que leva o ideal universalizante a ser sempre relativizado por alguma consideração de caráter seletivo. (FAVERET, 1990).

A universalização excludente, elaborada por Faveret (1990), fala sobre a “inclusão por baixo” do sistema público de saúde e da “exclusão por cima”, uma vez que inclui todas as camadas mais pobres da sociedade e exclui as classes média e alta, que vão em busca do sistema privado de saúde. Em adendo, cabe ressaltar que houve também a privatização do seguro social, com a migração dos que utilizavam o seguro social para os planos de saúde. Esse modelo paralelo e duplicado de saúde, em que coexistem os sistemas público e privado, aumenta as iniquidades de financiamento e acesso aos serviços de saúde, e é uma das principais causas para o não alcance à pretensa universalização do SUS. O modelo dos planos de saúde, dito por tantos como solução para a questão da saúde da população e baseado na experiência liberal estadunidense, é patrocinado pelo financiamento público de isenções fiscais desde 1968 e impacta diretamente no subfinanciamento do SUS (OCKÉ-REIS, 2012). O SUS, supostamente universal e aberto a toda população, representa somente 48% dos recursos globais da saúde, novamente se aproximando do padrão estadunidense (47%), na mesma medida em que se distancia dos países que investem em saúde pública como prioridade, como o Reino Unido (94,2%) e Suécia (84%) (MELO, 2019).

A APS e o SUS

A rede de saúde do SUS tem como base de sua organização a Atenção Primária à Saúde. Starfield (2006) define a APS como “atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, doença ou sistema orgânico”, e elenca seus atributos essenciais em acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, e atributos derivados em orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. No Brasil, a APS é também chamada de Atenção Básica (AB), uma vez que durante o período de sua implementação o termo “primária” foi criticado por possíveis interpretações de significados pejorativos de uma política voltada para os pobres (SAMPAIO *et al.*, 2012). Neste trabalho opto pelo termo APS, por se tratar da nomenclatura reconhecida internacionalmente, sob a definição de Starfield, por ser uma definição mais específica e por elencar os atributos essenciais utilizados como guia dos serviços.

É comum classificar a APS como um serviço específico para situações de vulnerabilidade social, destinado a pacientes crônicos e com foco na prevenção. Apesar dos três conceitos se relacionarem com a prática e locus da APS, eles não a definem: os países desenvolvidos (com exceção dos EUA) tem sua rede de saúde orientada pela APS, que é resolutiva também em casos agudos, não apenas crônicos, e que investe pesadamente em tratamentos de casos complexos e não apenas na prevenção. A APS pode, conseqüentemente, ser interpretada como uma cesta de serviços, um nível de atenção, uma estratégia de organização dos serviços de saúde ou uma filosofia caracterizada por justiça social e igualdade, sendo este último a imagem-objetivo da APS. No Brasil, hoje, é possível dizer que a APS se encontra ainda como um nível de atenção (SAMPAIO *et al.*, 2012).

A APS foi implementada e expandida no Brasil, inicialmente, pelo Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, de maneira seletiva e conservadora em um contexto fiscal desfavorável a um modelo universalista, e posteriormente, em 2006, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF organiza o modelo assistencial da APS em Unidade Básicas de Saúde (UBS), cujo serviço é prestado pelas Equipes de Saúde da Família, multiprofissionais, compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de uma média recomendada de três a no máximo 4 mil pessoas. A adscrição dessa população se dá por demarcação territorial, a partir do mapeamento das casas e famílias na área de abrangência da UBS.

A regionalização, também entendida como capilarização do serviço em toda a abrangência nacional, possibilitou a criação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em diversas formas arquitetônicas: desde barcos - para as comunidades ribeirinhas na Amazônia - a contêineres no alto das favelas do Rio de Janeiro. O SUS almeja, portanto, prestar serviços de atenção à saúde a toda a população Brasileira e, ao mesmo tempo, tem o desafio de atingir focalmente determinados grupos sociais, como mulheres e população negra. No Brasil, a especialidade médica recomendada para atuar na APS é a Medicina de Família e Comunidade (GIOVANELLA, 2014).

A ESF propõe mudar, então, a lógica histórica assistencial do modelo biomédico para uma concepção de saúde humanizada e interdisciplinar, socialmente contextualizada, em vistas de atingir os princípios norteadores da APS. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza a APS como o serviço mais descentralizado e capilarizado do SUS, sendo, portanto, sua principal porta de entrada. A primeira PNAB data de 2006, a segunda de 2011 e a terceira e última até a data deste trabalho, de 2017. A primeira, de 2006, reconheceu a Saúde da Família

como modelo de reorganização da APS e revisou as funções das UBS. O movimento pela PNAB seguinte, de 2011, foi no sentido de enfrentar os desafios que permaneciam mesmo com as mudanças da anterior, tais como falta de infraestrutura, subfinanciamento e dificuldade em atrair e manter médicos na APS. Portanto, essa nova política teve foco em três programas principais: Requalifica UBS (visando melhorias de infraestrutura), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM), além da criação do prontuário eletrônico gratuito oferecido para os municípios, o e-SUS AB. Essas medidas, no entanto, não foram suficientes contra a precarização e o subfinanciamento (MELO, 2018).

Os anos seguintes, especialmente 2014 e 2015, foram marcados por uma importante crise política e econômica no país, culminando no impeachment da presidenta Dilma reeleita em 2014. No novo governo federal, em 2017, houve uma mudança substancial no financiamento federal do SUS, a qual alternava os seis blocos de financiamento, onde um deles era destinado à APS, para apenas dois, de custeio e investimento. Em adendo, foi aprovada a PEC dos cortes de gastos (Emenda Constitucional 9520) em 2016, que congelava os gastos em saúde e educação por 20 anos. O Ministério da Saúde, então, adotou uma postura voltada para planos populares de saúde e desregulação do setor suplementar. A PNAB 2017, portanto, é reflexo desse cenário. Ela é marcada por ser pouco propositiva em suas mudanças positivas, e por outro lado, impacta negativamente na estrutura das equipes de ESF por colocar como mínimo de um ACS por equipes (antes eram quatro). O incentivo financeiro não é mais baseado nos atributos e diretrizes da APS, o que estimula o retorno a uma APS seletiva a despeito da integralidade e universalidade. Essa nova política também permite a contratação de profissionais de 10 horas semanais, em um modelo assistencial emergencista, que fere a lógica da equipe multiprofissional e do vínculo. O efeito da PNAB de 2017 e da conjuntura política e econômica do país, portanto, é o de desmonte da APS, com perdas dos avanços conquistados desde a Reforma Sanitária (MELO, 2018).

A implementação da ESF teve, então, evolução progressiva, acompanhada pelas mudanças nas PNAB. Em 2013 havia 34.724 equipes de saúde da família, em 2015, 40.162 e, em 2017, 42.467, cuja cobertura abarcava 63,73% da população brasileira (MELO, 2018). Estudos apontam, no entanto, a dificuldade de implantação da ESF nos grandes centros urbanos. No município do Rio de Janeiro, por exemplo, a cobertura da APS em 2009 era de apenas 4% da população total. Nesse mesmo ano, a prefeitura do Rio de Janeiro investiu no programa Saúde Presente que visava rápida expansão da APS, tendo a ESF como modelo adotado para tal. Ao final de 2012, a cobertura na cidade chegou a cerca de 40%, e a 63% ao final do ano de 2017, tornando-se a segunda cidade do Brasil com maior cobertura. (JESUS, 2015). Essa

expansão ocasionou melhorias em indicadores de saúde, tais como a redução do número de internações por condições sensíveis à APS (MELO, 2019).

Esta expansão, no entanto, se deu às custas da terceirização da gestão da APS por meio da contratação de Organizações Sociais de Saúde (OSS), uma forma de empresa pública não-estatal, que estabelece vínculo com a gestão para fornecer prestação de serviços sob a promessa de melhora da qualidade agregado à redução de gastos. Na prática, a contratação de profissionais para a APS por meio de OSS levou à precarização do vínculo trabalhista. Os profissionais são contratados via regime CLT, e no seu dia-a-dia são cobrados por produtividade de forma que se sentem sobrecarregados, e o vínculo precário gera medo em confrontar a gerência na cobrança de melhoria e garantia de direitos. Além disso, passam por constantes processos de demissão em massa e reconstrução devido às trocas frequentes das OSS. Isso ocasiona alta rotatividade dos profissionais, prejudicando a longitudinalidade da APS. Segundo Ramos *et al.* (2019), em estudo que comparou duas capitais com modelo de gestão por OS (São Paulo e Rio de Janeiro) com duas capitais que mantiveram a administração direta (Vitória e Belo Horizonte), no período de 2009 a 2014, revelou que os municípios que adotaram a administração direta mantiveram melhor cobertura da APS além de melhores resultados em indicadores de saúde sensíveis à APS, como proporção de consultas de pré natal e taxa de mortalidade infantil. Esse estudo refuta o argumento de que a única maneira de expansão rápida e com qualidade seja por meio de terceirização da gestão.

Uma característica específica do município do Rio de Janeiro após o programa de expansão foi alterar o nome de UBS para Clínica da Família (CF), nomenclatura que será adotada neste trabalho. A expansão teve como foco áreas socialmente mais vulneráveis do município, principalmente as favelas, onde a maioria das CF foram implementadas.

Acompanhando o cenário nacional de crise política e econômica, além da mudança de gestão local na troca de prefeitura por um pastor evangélico, a APS carioca passou por um cenário de retrocesso e desmonte em 2018. O ano de 2018 foi marcado por greves dos profissionais da APS devido a frequentes atrasos nos pagamentos, além de demissões de ACS, reduzindo o número de ACS por equipe. Esse cenário foi acompanhado da evasão de muitos/as MFC qualificados para outros municípios e estados. Houve um movimento de resistência por parte dos profissionais que persistiram na APS, inclusive com a organização de um movimento social composto por trabalhadores nomeado “Nenhum serviço de saúde a menos”. A gerência da APS por diferentes OSS no município dificultou a organização e luta dos trabalhadores, pois fragmentou a organização sindical e possibilitou perseguição aos trabalhadores e demissões sem justa causa. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em 2018, previa a extinção

de 184 equipes de ESF e visava uma reformulação das equipes, baseada na PNAB de 2017. Essa extinção foi justificada por uma lógica produtivista e de corte de gastos. Segundo a gestão da época, equipes com menos de três mil cadastrados eram consideradas ociosas. Outro critério foi a redução de equipe em áreas mais nobres da cidade. Em janeiro de 2018, o município apresentava 1177 equipes, e, em março de 2019, este número caiu para 1090. A parceria com as OSS facilitou esse processo de desmonte, uma vez que altera e fragiliza o vínculo empregatício, pois não há carreira em contratações por OSS e permite demissões súbitas (MELO, 2019).

Em 2021 toma posse uma nova gestão municipal, a mesma que precedeu ao prefeito evangélico. O foco, no entanto, foi de combate à pandemia da COVID-19, com reestruturação dos serviços voltada para essa situação emergencial. Devido à pandemia, foi preciso mudar o foco dos atendimentos da APS e restringir os serviços básicos, o que interrompeu tratamentos e mudou rotinas e procedimentos ofertados. O cenário da APS, portanto, que já se apresentava caótico e desfavorável, foi mais uma vez desestruturado, e a saúde da população colocada como secundária.

A Saúde da Mulher e o SUS

A universalização também se faz excludente no caso de políticas para grupos específicos. No caso das políticas voltadas para as mulheres, destacam-se aquelas que visam os direitos sexuais e reprodutivos. Até a década de 1970, as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher tiveram enfoque que privilegiava a função da mulher como procriadora e negligenciava outros aspectos como a violência de gênero e o aborto. Em 1984 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marco importante na ampliação da abordagem aos direitos sexuais, incluindo programas de assistência a doenças ginecológicas, prevenção de câncer de colo de útero e mama, e assistência às mulheres vítimas de violência doméstica e sexual. A constituição de 88 implementou o planejamento familiar como livre decisão do casal e dever do Estado. Em 2004, e revisitada em 2011, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que colocou em foco as desigualdades sociais relacionadas ao gênero no âmbito da saúde, ampliando o debate sobre aborto e direito ao aborto legal (GIUGLIANI *et al.*, 2021).

Posteriormente, em 2005, foi instituída a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos, que ampliou o acesso a métodos anticoncepcionais além de garantir acesso aos métodos cirúrgicos (laqueadura e vasectomia) pelo SUS. No mesmo período, foi lançada a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento. O Programa Rede Cegonha, por sua vez, foi implementado em 2011, com o objetivo de assegurar às mulheres o

planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gestação e ao puerpério. Posteriormente, em 2017, o MS inaugurou o Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ApiceON), que merece particular destaque. Esse projeto objetivou aprimorar a atenção obstétrica baseado nos princípios de humanização, e tem como uma de suas propostas qualificar a atenção a mulheres em situação de pós aborto, violência sexual, aborto e aborto legal (GIUGLIANI *et al.*, 2021).

De acordo com as diretrizes de universalização do SUS, a atenção integral à saúde das mulheres deve ser compreendida como um direito e organizada de maneira a atender todo o espectro de suas necessidades. É possível afirmar que as políticas públicas podem contribuir para a redução das desigualdades sociais, uma vez que produzem efeitos sobre o cotidiano. No caso das mulheres, os efeitos são percebidos no campo dos direitos sexuais e reprodutivos. Com base no histórico apresentado de políticas voltadas para a saúde da mulher, nota-se um avanço social e político importante, que desloca parcialmente a mulher do lugar de mãe e busca-se seu entendimento como um ser humano completo e complexo. No entanto, ainda são serviços escassos e insuficientes na garantia de atenção integral à saúde em um contexto de desigualdade de gênero.

De acordo com Giugliani *et al.*, em seu livro intitulado “Violência Sexual e Direito ao Aborto Legal no Brasil: Fatos e Reflexões” publicado em 2021, somente em 1999 o aborto legal foi sistematizado no SUS, a partir da 1ª Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, e até 2005 era necessária apresentação de boletim de ocorrência para aborto em gestações decorrentes de estupro, exigência abolida após revisão da norma técnica citada, que passou a considerar como suficiente a palavra da mulher. Atualmente, são necessários os seguintes documentos para realizar o aborto legal: Termo de Relato Circunstanciado (no qual a mulher relata o ato de violência sexual, com informações sobre data, hora e informações a respeito do provável agressor), Parecer Técnico (assinado pelo profissional médico após avaliação de exames como ultrassonografia para atestar a compatibilidade da idade gestacional com a data da violência), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Termo de Responsabilidade e o Termo de Aprovação do Procedimento de Interrupção de Gestação (que informa o consenso da equipe multiprofissional sobre a aprovação da realização do aborto).

Apesar da legislação brasileira não estabelecer idade gestacional para a realização do aborto legal, segundo o MS o prazo é até 22 semanas, e entre 20 e 22 semanas é necessária avaliação criteriosa garantindo que o peso do concepto seja de até 500 gramas. Nos casos daquelas menores de 18 anos, é necessário o consentimento dos pais ou responsáveis. No caso

da adolescente optar por manter a gestação e os pais preferirem o aborto, o desejo da gestante é o que prevalece, no oposto, caso ela prefira abortar e os pais sejam contra, a decisão deverá ser resolvida judicialmente (GIUGLIANI *et al.*, 2021).

Historicamente, alguns hospitais ficaram conhecidos por prestar atendimento ao aborto legal, como o Hospital Pérola Byington, em São Paulo, um dos primeiros do país a realizar o procedimento. No entanto, pela legislação atual e em conformidade com as normas técnicas do MS, qualquer maternidade deve prestar esse atendimento e realizar o procedimento. No caso de o profissional de plantão recusar-se a realizá-lo por objeção de consciência, deverá orientar a mulher a aguardar pelo próximo plantonista ou encaminhá-la a outra maternidade.

Giugliani *et al.* (2021), em adendo, relata que a opção pela curetagem para esvaziamento uterino é considerada obsoleta pela OMS, sendo indicado aspiração manual intrauterina a vácuo (AMIU) ou aborto medicamentoso com a combinação de misoprostol e mifepristona. Entretanto, a mifepristona não está disponível no Brasil, e a administração de misoprostol está restrita aos médicos/as, quando poderia ser administrada também por enfermeiros ou entregue às mulheres para autoadministração com orientações por teleatendimento. Além disso, a curetagem ainda é um procedimento muito utilizado nos serviços de maternidade brasileiros. Por fim, a autora afirma que

Nesse sentido, a escassez de serviços e a existência e barreiras de acesso para o atendimento das mulheres que recorrem ao aborto previsto em lei, assim como qualquer empecilho para o tratamento das complicações decorrentes e um aborto espontâneo ou induzido, devem ser tratados como violações dos direitos sexuais e reprodutivos. Um Estado democrático de direito deve garantir os direitos fundamentais previstos em sua constituição por meio de ações cotidianas (Giugliani *et al.*, 2021, p. 18)

Em adendo, a pandemia da COVID-19 contribuiu para essa restrição de acesso aos serviços básicos de direitos reprodutivos. Cabe ressaltar que, após as medidas de distanciamento social e isolamento domiciliar, em março de 2020, a violência doméstica aumentou consideravelmente no país. Quando se comparam os dados referentes a denúncias de violência doméstica nos anos de 2019 e 2020, houve um aumento de 13,3% em fevereiro e de 37,58% em abril, um mês após as medidas de isolamento social (SOUZA, 2022). A pandemia, foi, portanto, particularmente cruel às mulheres.

Nesse contexto pandêmico, a médica ginecologista e obstetra Helena Paro criou um serviço de aborto legal por teleatendimento em Minas Gerais, onde as mulheres que se enquadravam na lei poderiam receber o misoprostol e realizar o procedimento em casa, com

atendimento médico remoto⁹. Mais de 40 mulheres foram atendidas. No entanto, alguns meses após sua inauguração, o serviço de aborto por teleatendimento foi suspenso e sua a caderneta de orientações saiu de circulação. No ano seguinte, a médica Helena Paro está sendo processada com o risco de perder seu CRM.

A Coordenação de Saúde das Mulheres do MS também se posicionou durante a pandemia, e emitiu uma nota dizendo que aborto legal se trata de serviço essencial e ininterrupto, assim como os serviços de saúde sexual e reprodutiva¹⁰. A nota foi revogada dois dias após pelo então presidente da república Jair Bolsonaro, que se referiu ao documento como “*minuta de portaria apócrifa sobre aborto que circulou hoje pela internet*”, seguido da exoneração da equipe técnica responsável pela emissão do documento (BRANDÃO *et al.*, 2022, p 120-121).

4.3 FAVELA

Definir o que é favela é um desafio político e sociológico, e as tentativas ocorridas até hoje foram de conceituações temporais para um fenômeno espacial. As favelas surgem no cenário carioca frente ao déficit habitacional e sua população inicial era de pessoas pobres que buscavam moradias mais baratas próximas aos locais de trabalho (CAMPOS, 2005, p. 21). O Morro da Favella foi a primeira assim nomeada, localizada no Morro da Providência. A demolição e esvaziamento dos cortiços que ocorreu de maneira vertical e violenta, como parte do programa de governo conhecido como Reforma Passos, fez com que essa população desalojada ocupasse irregularmente os morros. Na década de 1920, então, o termo favela passou a ser usado como um substantivo genérico não mais relacionado apenas ao Morro da Favella, se tornando uma categoria que qualifica um “habitat pobre, de ocupação ilegal e irregular, sem respeito às normas e igualmente sobre encostas.” (DO PRADO VALLADARES, 2016)

Até meados do século XX, as favelas eram consideradas áreas rurais em meio ao espaço urbano, gerando uma dualidade territorial em um mesmo espaço físico e político. Os signos que até hoje habitam o imaginário popular sobre as favelas foram desenhados por Euclides da Cunha em sua obra *Os Sertões*: a comunidade de Antônio Conselheiro se deu por um processo de crescimento urbano rápido e desordenado, em região de morro de difícil acesso, na ausência do Estado e de propriedade privada, cujo território condiciona o comportamento da comunidade e

⁹ Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/a-ofensiva-contra-a-medica-que-criou-o-servico-de-aborto-legal-por-telemedicina/>. Acessado em 02 jul. 2023

¹⁰ Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/ministro-da-saude-exonera-autores-de-nota-sobre-acesso-aborto-legal-durante-pandemia-1-24464481>. Acesso em: 02 jul. 2023

gera um senso de coletividade e seus habitantes. Aos observadores externos, apresentavam comportamentos moralmente revoltantes devido à ausência de trabalho e às atitudes promíscuas. Tais características eram colocadas como patognomônicas das favelas pela elite intelectual e jornais da época. (DO PRADO VALLADARES, 2016)

A favela era, então, um mundo distinto da cidade, mais próximo do sertão, de difícil acesso e não frequentada pela classe média ou pela elite. As favelas foram reconhecidas na década de 20 ao mesmo tempo que transformadas em um problema pelo discurso médico higienista, que as consideravam um ambiente de contágio a ser extinguido, e pelo discurso estético urbanista, que as nomeou como “lepra estética”. A única solução possível sob essa perspectiva era sua destruição. Na década de 30 houve uma mudança de atitude em prol de conhecer e melhorar as condições de vida nelas existentes. A partir de então foram feitos estudos de recenseamento e interpretação das favelas, primeiramente sob julgamentos racistas e conservadores e, em seguida, em um esforço de reconhecê-las como uma parcela que integra a sociedade brasileira, composta por trabalhadores e deixa de ser retratada nos censos oficiais como comunidades de marginais. O termo favela, no entanto, segue permeado de estigma e existe uma insuficiência conceitual para defini-la. É comum, por exemplo, usar morro como sinônimo de favela no Rio de Janeiro, no entanto, sabe-se que existem inúmeras favelas de asfalto (DO PRADO VALLADARES, 2016).

Andrelino Campos, em seu livro “Do quilombo à favela: a produção do ‘espaço criminalizado’ no Rio de Janeiro”, publicado em 2005, discute a formação das favelas como um espaço territorializado, marginalizado e reprimido pelo Estado, e traça um paralelo com os quilombos urbanos, tanto pela característica da marginalidade e segregação espacial como pela rede de solidariedade e resistência internos. Segundo o autor, o controle exercido pelo Estado sobre os mais pobres é, em geral, marcado pela violência, e a questão das favelas é com frequência vista como uma questão policial, e raramente como um problema estrutural ou social. Historicamente, a segregação espacial ou étnica serve aos interesses da classe dominante. A ocupação do espaço urbano pelos mais pobres é considerada transgressora, e as diversas intervenções violentas do estado colocam a favela sempre na iminência de conflitos com o poder público. A violência, portanto, se impõe também de maneira tácita na ocupação do espaço, onde “a repressão é a melhor arma para a negociação entre o Estado e os desvalidos da sociedade” (CAMPOS, 2005, p. 64). Entretanto, a despeito da convivência frequente e direta com a violência policial e com outras formas de agressão, os favelados não naturalizam o comportamento ou práticas violentas, pois são, nas palavras do autor, “vítimas eternas”, que em

geral não conhecem seus direitos ou são ameaçados por aqueles que deveriam defendê-los. (CAMPOS, 2005, p. 151).

Segundo Franco (2014), “grande parte da população é marcada por percepções segundo as quais as favelas são vistas como territórios, em oposição ao conjunto da cidade”. Campos (2005, p. 63) relata que o favelado é considerado, no ambiente urbano, como o “outro”, o diferente, portanto, perigoso. O estigma atinge o favelado de maneira geral, que é, antes de tudo, pobre e perigoso, porém de maneira mais agressiva, o negro favelado. O preconceito com relação aos moradores da favela cresce e ganha eco na criminalização da pobreza, em contraposição à realidade social. Apenas 1% da população das favelas é envolvida no tráfico, por outro lado, “a “cidade” (que não é favela) pararia caso os favelados não descessem para trabalhar” (FRANCO, 2014).

De 1990 a 2010, o IBGE classificou o termo favela como “aglomerados subnormais”, caracterizada por ocupar terrenos públicos ou privados sem a titulação necessária, e ter pelo menos 50 habitações (CAMPOS, 2005, p. 117). Essa definição é ainda aceita pelo Instituto Pereira Passos (IPP) e outras instituições. Contudo, carrega e perpetua um preconceito estrutural. Classificar a favela como “subnormal” é reafirmar a dualidade cidade x favela, como dois espaços dicotômicos dentro de um território urbano. Segundo Campos (2005, p. 73, p. 118), ainda hoje não existe uma definição oficial para o que seja a favela. Cada pesquisador busca conceituar à sua maneira, segundo juízos de valor próprios. Para o autor, o sentimento dos favelados com relação ao seu território é conceitualmente importante, e o termo favela representa, historicamente, um viés mais político que sociológico. Considerar a favela como “forma espacial de resistência ao poder constituído” (CAMPOS, 2005, p. 64), é entender os favelados como sujeitos responsáveis pela história das cidades.

No contexto de um território marcado pela marginalização, repressão policial, violência estatal e preconceito social é que se faz essa pesquisa. Os direitos reprodutivos são, também, um direito territorialmente demarcado. A restrição de acesso à informação, educação e serviços de saúde se configura como uma das violências estatais contra os favelados. No entanto, a despeito do estigma e da marginalidade, as favelas continuam a crescer e existir, e é dentro das redes de solidariedade que também se encontram as estratégias de resistência.

4.4 ROCINHA

A motivação principal em focar a pesquisa na favela da Rocinha, no Rio de Janeiro, é o fato do Programa de Residência em MFC da Secretaria Municipal de Saúde ter iniciado nesta

clínica, em 2012, e foi este programa que me trouxe ao Rio de Janeiro. Ademais, a Rocinha foi o primeiro território do Rio de Janeiro com 100% de cobertura da ESF, já em 2010, e mantém esta cobertura até hoje.

A Rocinha, conhecida como uma das maiores favelas do mundo, situa-se em um morro entre o Leblon e São Conrado, dois bairros nobres do Rio de Janeiro, com vista para o mar. Os imóveis do Leblon, inclusive, têm o metro quadrado mais caro do Brasil¹¹. Sua ocupação começou em 1930 e conta com 69.356 habitantes, segundo o censo do IBGE de 2010. No entanto, a estimativa atual é a de que sua população ultrapasse a casa dos 100 mil habitantes. Segundo pesquisa realizada em 2017, os adultos da Rocinha são em sua maioria mulheres (81,52%), não brancos (73,63%), com filhos (82,61%), cuja maioria não recebe o Bolsa Família (84,07%) e com apenas 47,28% empregada (PINTO *et al.*, 2017). A Rocinha, com seu tamanho e população, é um território auto suficiente: tem seus próprios bailes funk, festas, igrejas de diversas religiões, atividades culturais, comércio e restaurantes com vista privilegiada. Atualmente, existe até mesmo um shopping em seu território.

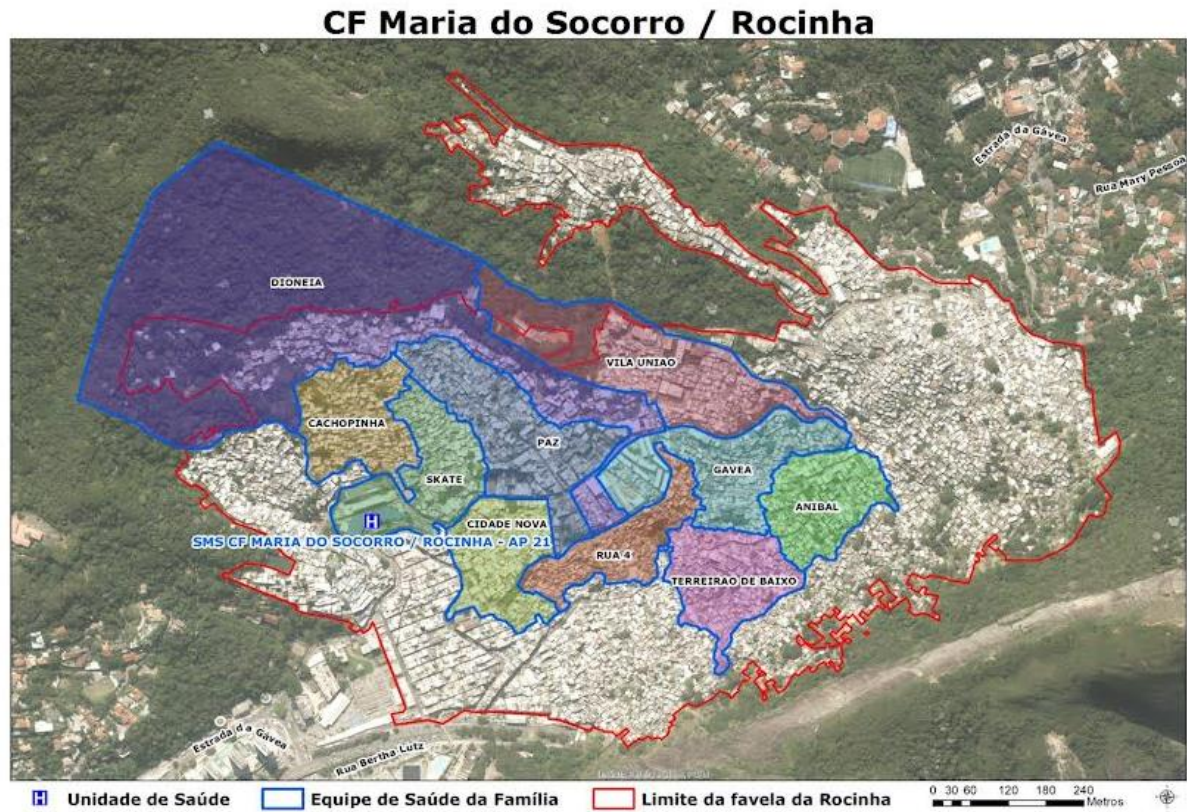
Em 2015 havia 25 equipes de ESF, distribuídas em três Clínicas da Família, com uma população média de 2.583 moradores por equipe (PINTO *et al.*, 2017). Atualmente, a CF Maria do Socorro possui 10 equipes, sendo 9 delas parte do programa de Residência de MFC. Em 2017 foi feito um estudo de qualidade e satisfação da APS na Rocinha por meio do instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAtool), onde os usuários do serviço foram entrevistados a respeito dos atributos específicos da APS. O score médio obtido entre as crianças foi acima do ponto de corte que define uma boa atenção à saúde, e entre os adultos o resultado foi um pouco abaixo, mas demonstrando uma trajetória de bons cuidados em saúde. O resultado de ambos recortes populacionais foi superior ao mesmo estudo realizado em outros municípios como na Zona Oeste de São Paulo e em Porto Alegre. O alto desempenho do serviço se deve, em grande parte, ao programa de residência médica existente, que impulsiona a qualidade dos atendimentos e amplia a carteira de serviços da APS. (PINTO *et al.*, 2017).

A CF Maria do Socorro, portanto, se apresenta como um cenário que se aproxima da almejada APS traduzida em uma filosofia de justiça social, democracia e igualdade em saúde. Foi dentro deste cenário de excelência do SUS e da APS, inserido em um território socialmente marginalizado e intensamente atravessado por preconceitos de raça e classe que optei por estudar os constrangimentos do patriarcado e as formas de resistência encontradas pelos

¹¹ Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/rio-e-sao-paulo-tem-os-dez-bairros-com-metro-quadrado-mais-carro-do-pais/>. Acesso em: 28 mar. 2022

profissionais no acolhimento de mulheres vítimas de violência sexual e garantia de acesso ao aborto legal. O mapa a seguir representa cartograficamente o território da Rocinha, dividido pela área de abrangência de cada ESF da CF Maria do Socorro.

Figura 2 - Mapa da Rocinha dividido pela área de cada equipe da CF Maria do Socorro



Fonte: Prefeitura do Rio de Janeiro, extraído da plataforma “Onde ser atendido”, disponível em: <https://www.arcgis.com/apps/webappviewer/index.html?id=014d8ab512a34f259bb27c8a13d4d65f>

5 METODOLOGIA

Considerando os objetivos gerais e específicos propostos da pesquisa, já apresentados, foi realizada uma pesquisa qualitativa que se constituiu em entrevistas semiestruturadas, sigilosas, individuais e presenciais, junto a médicos/as que trabalham na Clínica da Família (CF) Maria do Socorro, na Rocinha, Rio de Janeiro. A CF Maria do Socorro possui dez equipes, sendo nove delas parte do programa de Residência de MFC. Cada equipe com residência conta com três médicos: um/a preceptor/a e dois/duas residentes, sendo um/a residente do primeiro ano (R1) e outro/a do segundo ano (R2), totalizando 27 médicos/as que fazem parte do programa de residência em atividade nesta CF. O programa de Residência Médica consiste em um programa de pós-graduação com a finalidade de especialização prática nas áreas médicas, como forma de aperfeiçoamento após a graduação (CASTELLS, 2014). De acordo com o Ministério da Educação (BRASIL, 1977),

A Residência em Medicina constitui modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médico, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

Este modelo de aprendizagem considera, portanto, o residente como parte integrante da equipe, em um processo contínuo de vinculação entre teoria e prática. A Residência Médica tem carga horária de 60 horas semanais para qualquer especialidade, com uma duração variável a depender da especialidade, sendo por dois anos a de MFC no Brasil. A remuneração é por meio de bolsa do governo federal, sendo a mesma para qualquer especialidade por todo o Brasil. No entanto, algumas residências em MFC, com a do Rio de Janeiro, tem complementação por parte da prefeitura como incentivo para a formação de novos MFCs. O Rio de Janeiro tem três programas de residência em MFC: um da prefeitura, que oferta 150 vagas por ano, um da UFRJ, com 14 vagas e um da UERJ, com 58 vagas anuais. Quando comparado a outras residências médicas como, por exemplo, Ginecologia e Obstetrícia, em que são ofertadas somente 20 vagas por ano, nota-se que a concorrência para um médico se especializar em MFC é menor que nas demais especialidades. Segundo a Associação de Medicina de Família e Comunidade do RJ (AMFaC – RJ), quase 50% dos ingressantes nos programas de residência em MFC no Rio de Janeiro em 2023 vem de outros estados, 55,3% são de instituições de ensino superior públicas, 75,9% tinham MFC como primeira opção de residência e 68,1% são brancos.

É frequente que os residentes considerem a carga horária e a demanda de trabalho extenuantes, condição agravada pela alta cobrança de tempo dedicado para estudo teórico, com

uma remuneração injusta. Segundo o decreto, ainda, a formação desses residentes é de responsabilidade de médicos especialistas que atuam nos serviços nos quais os residentes estão inseridos, não necessariamente docentes, chamados de preceptores. O papel dos preceptores no papel formativo não é, por sua vez, claro e objetivo segundo os documentos oficiais. Portanto, os programas de Residência Médica tendem a ser heterogêneos, em especial o de Medicina de Família e Comunidade, e dependem da organização local do serviço, da atitude da gestão local em relação à residência, de maneira a favorecer ou prejudicar os espaços teóricos, e da postura dos preceptores ao assumir o papel pedagógico (CASTELLS, 2014). A ESF que possui residência, portanto, tem como parte de seu corpo profissional um médico preceptor, um residente de segundo ano e um residente de primeiro ano, onde, no geral, todos participam dos processos de trabalho da equipe, sendo parte ativa dela.

A proposta da pesquisa foi apresentada para todo o corpo de médicos em reunião geral da CF, após autorização da gerência, e os/as médicos/as foram convidados e estimulados a participar. As entrevistas foram realizadas após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apêndice 1). Foram realizadas de forma individual e sigilosa, gravadas em áudio e armazenadas em equipamentos eletrônicos da pesquisadora, e somente a pesquisadora e suas orientadoras tiveram acesso ao conteúdo das entrevistas. As entrevistas foram gravadas fora do horário de atendimento dos profissionais, de maneira a não prejudicar os atendimentos da CF e tampouco restringir o acesso da população aos serviços médicos.

A opção pela realização de entrevistas individuais semiestruturadas se deu pelo fato de que o dia-a-dia da APS envolve diversos temas e atuações, portanto, foi necessário delimitar o conteúdo do estudo para o objeto em questão, que é a prática do aborto legal. Por outro lado, a prática médica, sobretudo no que concerne aos direitos reprodutivos, é influenciada por um sistema de valores, sendo importante conhecer o contexto sociocultural e histórico dos participantes. Além disso, a prática médica relativa ao aborto legal é construída pela formação acadêmica, conhecimentos adquiridos na experiência e formação complementares. Dessa maneira, foi preciso escutar atentamente os relatos dos/as entrevistados/as para compreender a conjuntura complexa dos processos que envolvem a experiência e a prática desses profissionais a respeito do aborto legal.

Ao total, foram realizadas nove entrevistas: duas pessoas do sexo masculino e sete do sexo feminino. Foram entrevistados cinco preceptores e quatro residentes do primeiro ano (também chamados de R1). Nenhum residente do segundo ano (R2) foi entrevistado/a pois as entrevistas foram feitas em março, período de final de ano letivo, no qual os R2 haviam se

formado e, portanto, não trabalhavam mais lá, os R1 estavam em transição para o R2 e os novos R1 não haviam chegado.

Os resultados da pesquisa serão apresentados para os profissionais da Clínica da Família Maria do Socorro após sua finalização junto a uma reunião da equipe em horário a ser agendado previamente.

5.1 ENTREVISTA

As entrevistas presenciais foram realizadas após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz e da SMS Rio de Janeiro, com o CAAE n. 62091822.3.0000.5240, na CF Maria do Socorro, com duração aproximada de 1 hora, em local reservado e com privacidade. Os critérios de inclusão foram demonstrar interesse em participar da entrevista e fazer parte do programa de residência de MFC na CF em questão. Os critérios de exclusão foram vinculados a buscar uma proporcionalidade por sexo, raça, idade, local de graduação (formados no Rio de Janeiro e fora do Rio de Janeiro) e tipo de instituição de graduação (pública ou privada).

Considerando o tema e a bibliografia selecionada, utilizou-se um roteiro semi-estruturado que abordou três temas específicos: 1- identificação do perfil do entrevistado; 2- experiência profissional (subdividida nos seguintes temas: dia-a-dia da clínica, consultas, sexualidade e gravidez) e 3- experiência/percepções pessoais sobre aborto legal (roteiro no apêndice 2).

5.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada a partir do método de análise de conteúdo, utilizando o software NVivo versão 9.0. Na primeira fase, foi realizada a transcrição das entrevistas, para organização e preparação dos dados. Em seguida, foi feita a leitura do conteúdo das entrevistas, para reflexão e interpretação das impressões gerais acerca das respostas. Após a leitura, se deu o processo de classificação, por meio de recortes temáticos e de tópicos, para então proceder-se à categorização e à subcategorização dos temas para a interpretação e análise do conteúdo (MENDES, 2017). Para análise e discussão dos resultados, considerando a revisão bibliográfica e os objetivos citados, as entrevistas foram categorizadas nos seguintes temas: a) trajetória acadêmica; b) rotina de trabalho; c) perfil da população atendida; d) a consulta, dividida em três subcategorias: pré concepção, concepção (o diagnóstico da gestação ou o início do pré-natal) e

pós concepção (aborto ou seguimento da gestação); e) formação acadêmica a respeito do aborto, dividida em formação na graduação e na residência; e f) opiniões pessoais acerca do aborto.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 FORMAÇÃO ACADÊMICA: DO TCHAN À CARREIRA MÉDICA

6.1.1 Graduação

Dos nove entrevistados/as, quatro eram cariocas, quatro eram de fora do estado do Rio de Janeiro, sendo uma de Belo Horizonte, uma de Santa Catarina, uma do Paraná e uma do Rio Grande do Sul, e um entrevistado não informou sua cidade de origem, mas fez sua graduação em uma universidade federal em Minas Gerais. Todos os/as entrevistados/as, portanto, são provenientes das regiões Sul e Sudeste do país.

Com relação à formação acadêmica na graduação de medicina, todas os/as entrevistados eram de instituições de rede pública com exceção de uma única pessoa. Três entrevistadas realizaram a graduação fora de suas cidades natais, processo facilitado e possibilitado pelo ENEM, sistema nacional unificado de ingresso às universidades públicas. Duas entrevistadas iniciaram sua graduação em uma primeira cidade e, no percurso da graduação, pediram transferência para outra cidade. Uma delas por decidir retornar a sua cidade de origem e a outra por passar por um processo de adoecimento por não se adaptar ao Rio de Janeiro, terminando a graduação na Universidade Federal de Ouro Preto. Uma das entrevistadas formou-se fora do país, na universidade pública de Cochabamba, na Bolívia.

Os/as entrevistados/as foram indagados a respeito da motivação para se tornarem médicos. As motivações foram principalmente de cunho pessoal, e alguns foram influenciados também por motivos familiares. Uma das entrevistadas relatou ter uma doença de pele, vitiligo, e a curiosidade por essa condição de saúde levou ao interesse pela profissão. Houve um relato de decisão pela medicina por ter cuidado de sua avó após um Acidente Cerebral Vascular (AVC) na infância. Uma outra entrevistada relacionou sua boa habilidade de comunicação e capacidade de organização em vivências de acidente com pessoas próximas, atrelada ao gosto pelas ciências biológicas, com a decisão pela medicina. Outras motivações que surgiram nas entrevistas foram os fatores “cuidar das pessoas”, “interesse por conhecer pessoas”, “interagir”, “gostar de ciências biológicas”, “status” e “carreira”. Mais de um entrevistado relatou não ter muita certeza de que profissão gostaria de seguir no futuro na época do ensino médio. Uma das entrevistadas relatou ter tido um desejo por seguir na carreira das artes antes da escolha de ser médica:

Querida ter ficado famosa, ter sido dançarina do Tchan, mas não pude participar daqueles testes. Tinha pensado em alguma coisa mais pra artes, tipo artes cênicas,

alguma coisa assim, mas não tive muito apoio da família e aí acabei indo pra a área da saúde e pensando nas opções dentro da área da saúde foi o que me agradava mais era a medicina, enfim. Foi assim que eu parei na medicina.(Entrevista 3)

Um/a entrevistado/a relatou um caminho de tentativa e erro, tendo passado por curso técnico de mecânica e experiência como professor de inglês antes de ingressar na graduação médica. Segundo ele/ela, sentiu-se motivado a buscar a graduação pelo desejo de entender o ser humano, e também achava o curso atrativo do ponto de vista da carreira.

Houve um relato de que a convicção em ser médico foi construída ao longo da graduação, por ter ingressado muito jovem na faculdade – aos 17 anos. Esse percurso da graduação foi marcado pelo desejo de trancar o curso ou fazer graduação em outra área, decidindo enfim formar-se médico ao realizar o estágio obrigatório, ao final da graduação, em Medicina de Família e Comunidade, onde ao mesmo tempo decidiu por seguir nessa especialidade.

Uma entrevistada tinha desejo de ser médica desde a infância. Antes da faculdade de medicina, cursou um ano de biologia, incentivada pela experiência de seu ensino médio na escola politécnica da Fiocruz. Durante esse período, pensou que poderia gostar de seguir uma carreira acadêmica, por isso optou por biologia, mas após um ano decidiu pela medicina, voltou ao pré-vestibular e ingressou na faculdade de ciências médicas.

Apenas dois entrevistados tinham pais médicos, os demais foram os primeiros médicos da família. Nenhum dos/as entrevistados/as ingressou na faculdade com o desejo ou intuito de ser Médico de Família e Comunidade. A decisão ocorreu, de maneira recorrente nas entrevistas, após contato com a especialidade, geralmente ao final da graduação. O movimento estudantil, como ator importante na divulgação da MFC, aparece em uma das entrevistas:

Não conhecia medicina de família. Pensava em neurologia. Enfim, depois que entrei na faculdade, conheci o que era medicina de família, entendi um pouco mais. Eu ia pro movimento estudantil e aí decidi fazer Medicina de Família. Acho que na faculdade a gente já ouvia falar, já tinha professores especialistas. Na Medicina de Família, mas assim, as pessoas que eu criei laços, assim, efetivos, amigos e eu conversava mais sobre isso e eu ouvi falar a primeira vez sobre Medicina de Família foi no movimento estudantil. (Entrevista 4)

O modelo de educação médica foi, por muito tempo, baseado no relatório Flexner, publicado no século XIX, voltado ao atendimento hospitalocêntrico, segmentado e biologicista. Após a criação do SUS, esse paradigma reducionista da medicina passou a ser questionado e não mais fazia sentido no contexto nacional. Em 2001, foram criadas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que propunham habilidades específicas que todos os graduandos em medicina deveriam adquirir. Apesar de procurar subverter o modelo flexneriano, as DCN de 2001 ainda não contemplavam toda a complexidade que o contexto do SUS demandava. Então, em 2014 foram publicadas as novas DCN, com diversas recomendações que as instituições de ensino devem se adequar (MEIRELLES, 2019).

A reforma curricular visa acompanhar as discussões nacionais e mundiais sobre saúde e serviços de saúde, para adaptar o currículo ao contexto atual, tanto no que se refere à demanda da população como à oferta e organização de serviços disponíveis, de maneira que forme profissionais aptos não só tecnicamente, mas também apropriados dos debates em saúde de acordo com seu contexto histórico e sociocultural. Os currículos universitários devem acompanhar as mudanças no serviço de saúde de maneira a suprir suas demandas, porém, não o fazem na mesma velocidade temporal. O programa PSF foi inaugurado em 1994 e, em 2006, a ESF foi implementada em território nacional. Entretanto, somente após as últimas DCN, em 2014, que a APS passa a ser cenário de estágio obrigatório para os graduandos de medicina, e a MFC passa a ser uma especialidade presente no currículo docente médico (MEIRELLES, 2019). os/as médicos/as, portanto, se formavam, até recentemente, sob um paradigma estritamente biomédico, em um currículo pensado em uma época em que não existia APS, o SUS era ainda embrionário e a Medicina de Família e Comunidade era confundida com “Medicina Social” ou com “sanitaristas”, que pertencem a campos distintos do saber.

A criação do programa Mais Médicos (PMM, na época em que a PNAB de 2011 estava vigente) expandiu as vagas nos cursos de medicina, criou novas vagas em universidades públicas, novos *campi* em cidades do interior do Brasil (projeto conhecido como interiorização da medicina) e ampliou a quantidade de faculdades particulares de medicina, proposta com o intuito de aumentar o número de médicos brasileiros e popularizar a profissão. Esse contexto possibilitou e facilitou o processo de transição curricular a nível nacional. As novas faculdades de medicina já iniciam suas atividades de acordo com as últimas DCN, tendo a APS fortemente presente com base teórica e prática durante toda a graduação. O contexto político e as políticas públicas influenciam, portanto, diretamente na formação e escolha de carreira dos novos/as médicos/as do país.

O estágio obrigatório ao final do curso, no período do internato, surgiu como motivação para a carreira em diversas entrevistas:

Quando eu entrei na medicina, eu vi que muita coisa estava um pouco romantizada na minha cabeça, porque eu não tinha muita ideia de como as coisas funcionavam. E aí, conforme eu ia passando de período, eu via as minhas amigas falando "Ah, você precisa fazer Ginecologia e Obstetrícia, vou ser psiquiatra" e eu assim "Jesus, não tenho a menor ideia do que eu vou fazer, nada faz sentido aqui, talvez eu não deva ser médica". Aí já tinha ouvido falar na medicina de família ao longo da graduação. E aí eu fiz SUSEME para acadêmico bolsista e aí gostei muito, me encontrei ali, achei que realmente era aquilo. E aí fiz meu internato depois lá, fiz o meu eletivo. E é o que faz sentido, assim, pra mim até hoje dentro da graduação. Eu sempre achei muito esquisito você só ver uma coisa sempre, sabe? Pra mim não fazia sentido. Tipo, vou só avaliar aqui essa queixa ginecológica desse paciente, ou então só essa questão de saúde mental. Sempre gostei de muitas coisas, então ter que escolher uma só seria muito difícil. (Entrevista 5)

Nota-se, nessa narrativa, uma motivação pela prática clínica generalista e pela visão da pessoa como um todo, a despeito da visão fragmentada das especialidades focais. O viés político de buscar uma especialidade que fugisse à lógica da mercantilização da saúde surge em outra entrevista:

Porque a gente começa a entrar muito em contato com aquela parte mais complexa da medicina, que é muito isso da mercantilização da saúde, das pessoas virando objetos, aquele monte de estágio no hospital que são super grosseiros e tratam as pessoas que nem lixo, sabe? E aquilo me fez repensar se era isso que eu queria. E aí, inclusive, o rotatório de saúde da família foi justamente o que me fez querer continuar na medicina. E acho que por isso que eu acabei parando aqui também, na medicina de família. Acho que foi o contato que eu tive com esse lado mais humanizado da medicina. (Entrevista 2)

Percebe-se, portanto, um descontentamento com a visão fragmentada da pessoa, a forma de relação com os pacientes e uma solução de atuação possível de maneira diferente dentro da MFC, possibilitado pelo estágio obrigatório. Em outra entrevista, surge a questão do desconforto na graduação e a MFC como uma práxis alternativa e reconfortante:

Eu tinha um desconforto muito grande na graduação, assim, que eu não sabia pontuar bem de onde vinha, mas depois eu fui entendendo que era dessa impessoalidade, dessa hierarquização, das relações dentro do hospital. Quando me apresentaram alguma coisa ali da medicina de família, meu olho começou a brilhar e eu pensei "Tá, talvez isso ali seja uma área da medicina que me interesse, porque até então nada me chamava muita atenção. (Entrevista 6)

Mais da metade dos/as entrevistados/as era de fora do Rio de Janeiro. A expansão da APS que ocorreu em 2009 na cidade, possibilitou a criação e expansão do programa de residência. Em adendo, a bolsa complementada pela prefeitura do Rio de Janeiro para os residentes em MFC totaliza em um valor quase três vezes mais que uma bolsa de qualquer outra residência médica em território nacional, equiparando a remuneração aos profissionais que trabalham no Programa Mais Médicos para o Brasil. A remuneração como atrativo para a residência surgiu em mais de uma entrevista. Ademais, a oportunidade de trabalhar em um território de favela surgiu em mais de uma entrevista como um fator importante para a escolha pela cidade, como citado nessa entrevista:

Me atraía a ideia de poder ver a realidade de uma comunidade, aqui da favela, da Rocinha. Acho que a questão também financeira. É difícil se manter, principalmente em capitais. Acho que tudo isso contou. (Entrevista 4)

Na pesquisa realizada, 4 eram provenientes do Rio de Janeiro e 5 eram de fora do estado, apenas um/a fez graduação em Instituição de Ensino Superior Privado e apenas um/a era negro/a, e os demais entrevistados/as brancos/as, congruente com os dados apresentados.

Outro fator importante para a escolha pela cidade presente nas entrevistas foi o de conhecer alguém que já havia passado pelo programa, seja como preceptor ou como residente. Uma entrevistada falou sobre querer sair de sua cidade, mas da importância de escolher um

lugar bom, onde se sentiria bem formada, e seus professores sugeriram as cidades do Rio de Janeiro, Florianópolis ou Porto Alegre como boas opções.

No município, além do estágio obrigatório em MFC, os estudantes de medicina têm a oportunidade de realizar, a partir do 6º semestre do curso, um estágio remunerado chamado SUSEME. Nesse estágio, o estudante atua um dia da semana em algum serviço de APS ou de emergência do SUS. O estágio SUSEME surgiu em mais de uma entrevista como fator importante para a escolha pela MFC, por se tratar do primeiro contato do estudante com a prática do MFC no contexto da ESF, como exemplificado no trecho a seguir:

Fiz aqui na Rocinha mesmo, e aí me apaixonei por MFC. Outra área que eu me encantei muito é a ginecologia obstetrícia que eu pretendo que seja minha segunda graduação de residência. (Entrevista 1)

A entrevistada que iniciou sua graduação na Universidade Federal de Cuiabá teve contato com a MFC desde o primeiro período, como parte obrigatória do currículo:

A gente já ia para as unidades básicas e a gente tinha contato com médicos de família, pouquíssimos, mas tinha alguns. E aí eu entendi que o único lugar possível para mim dentro da medicina era aquele ali, já desde o começo da faculdade. Gostava, nos estágios, quando passavam nos outros setores, de uma coisa ou outra, mas não era o espaço que eu queria estar, no hospital não era onde eu queria estar. E eu já sabia disso bem cedo, assim, soube disso bem no começo, me apaixonei quando eu li todas as diretrizes do SUS. A gente tinha que estudar todas as leis, toda a criação do SUS, tudo, a estratégia e saúde da família. E aí eu achei aquilo tudo muito incrível, assim. (Entrevista 3)

É comum, nos discursos, a sensação de pertencimento no locus de atuação como motivação importante, sendo colocada a dualidade hospital x comunidade. O apaixonamento ao se deparar com os princípios e diretrizes do SUS também surge como fator predisponente em mais de um relato. O fator “apaixonamento” é interessante, uma vez que existe uma aura em volta da profissão médica a respeito de vocação e sacerdócio, que remetem a um certo tipo de paixão e devoção. Frente à falta dessa paixão dentro de um ambiente hospitalar e hierárquico, o sentimento renasce em uma outra possibilidade de atuação, com menos fragmentação do saber, mas com a persistência de uma demanda individual por um sentido maior ao trabalho.

O PMM surge como fator importante em duas entrevistas:

Eu conheci uma menina, que ela não era médica da família, mas ela estava no Mais Médicos e ela até fez faculdade aqui no Rio, na UniRio. E aí eu achei muito massa o jeito da consulta dela, como ela fazia a abordagem do paciente. Daí eu comecei a pensar mais, tipo "nossa, acho que a medicina de família eu poderia ter realmente um contato maior com as pessoas, e abordar várias coisas, e não ficar tão preso a uma coisa só. (Entrevista 7)

O programa também foi importante para a entrevistada que se formou na Bolívia. O Programa permite que médicos formados no exterior trabalhem na APS sem passar pela prova de revalidação de diploma, então foi o primeiro emprego que ela teve no Brasil como médica: *“Fiz o Mais Médicos e lá eu vi que eu precisava me capacitar melhor e então entrei pra*

residência.” (Entrevista 9)

Portanto, percebe-se que a formação acadêmica e a trajetória profissional são fortemente marcadas pelo contexto histórico. Um aspecto foi comum aos/as entrevistados/as: a MFC não era a especialidade de escolha ao ingressar na faculdade. As políticas públicas foram determinantes para capilarizar a MFC entre os graduandos de medicina, permitindo que muitos encontrassem nela sua realização profissional.

A MFC surge como escolha para os/as entrevistados/as como uma alternativa à clínica individualizada e especializada. Seria, então, uma “profissão pouco profissionalizada”, que, segundo Bourdieu:

(Profissões) mal – definidas em relação tanto às condições de acesso como às condições de exercício: estes postos, a fazer mais do que feitos (...) são feitos para aqueles que são e se sentem feitos para fazerem o seu posto, que não se sentem feitos para os postos já feitos e que escolhem (...) contra o fechado e pelo aberto (BOURDIEU, 1989, p 91)

O que se aproxima bastante do estudo de Bonet (2014), em que os “médicos da pessoa” configuram uma identidade profissional marcada por duas dimensões complementares, o micro-holismo (individual) e macro-holismo (coletivo). A dimensão da totalidade, segundo o autor, conceitualizada através da integralidade, levou os/as MFC, como oposição aos sistemas parciais biomédicos, a centrar-se no tratamento da pessoa (2014, p. 18). A “*medicina das margens*” abre portas para novos caminhos, cuja práxis não se encontra pré-definida: se constrói na relação com a pessoa e navega em um “*mar de incertezas*”, como muito bem descrito pelo médico espanhol Juan Guervas (2005).

6.1.2 *Residência*

A temática de sexualidade, direitos reprodutivos e questões de gênero são abordados indiretamente na formação médica, sob uma visão biológica da sexualidade, voltada principalmente para garantir a reprodução (RODHEN, 2004). Os estudantes de medicina aprendem superficialmente sobre as situações nas quais o aborto é legal, e não aprendem sobre questões práticas e técnicas como dose de medicação ou melhor via de escolha (que pode ser medicamentosa ou mecânica e caso seja mecânica, por aspiração a vácuo ou por curetagem). O foco do ensino, com frequência, é em como proteger o profissional a nível jurídico. As interpretações sobre consentimento ou a abordagem às mulheres vítimas de violência são colocados como secundários dentro do escopo de habilidades médicas.

Para os/as entrevistados/as, além da formação técnica insuficiente, as vivências na maternidade durante o estágio obrigatório foram de revitimização das pacientes e violências verbais proferidas contra aquelas que buscavam atendimento para aborto legal, tanto para os

que fizeram a graduação no Rio de Janeiro como aqueles que se formaram em outros estados. Os professores eram, em sua maioria, contrários à descriminalização do aborto, e muitas vezes se colocavam contrários ao aborto em qualquer ocasião.

Eu lembro de ter acompanhado um ambulatório para vítimas de violência sexual em BH, no Odilon, que foi extremamente violento. Eu precisava acompanhar ele tipo um mês e eu fui em dois, três dias e não voltei porque eu não sustentava ficar ali testemunhando uma médica que questionava o quê que a mulher tava fazendo na rua, o quê que ela tava vestindo. Um monte de julgamento moral em cima de uma mulher que já tinha sofrido a violência e que tava ali pra outras coisas, foi pesado. Eu lembro desse ambulatório, foi horrroso. (Entrevista 6)

Um/a dos/as entrevistados/as relatou que o Hospital Universitário onde realizou sua graduação era referência para acolher mulheres vítimas de violência e para realizar aborto legal, mas mesmo nessa situação os professores eram, em sua maioria, contrários, o que se configurava como uma barreira de acesso. O atendimento a essas mulheres era centralizado em uma profissional específica, que fazia desde o acolhimento até o procedimento. Os estudantes podiam acompanhar as consultas de acolhimento e a decisão pelo método e via para a interrupção da gestação, mas era vetado que acompanhassem o procedimento do aborto. Na Bolívia, local de graduação de um/a dos/as entrevistados/as, o aborto é proibido em qualquer situação.

O ambiente hospitalar, com frequência, reproduz inúmeras agressões às mulheres que abortam. Em outubro de 2020, uma jovem de 21 anos procurou atendimento em uma emergência no interior do estado de Minas Gerais devido a complicações de um aborto provocado. O médico que a atendeu, ao perceber que se tratava de um aborto clandestino, comunicou as autoridades policiais e a mulher foi algemada à maca durante os três dias em que ficou internada, sendo dois deles na UTI. Esse caso é apenas mais um entre tantos onde os/as médicos/as atuam desrespeitando o código de ética da profissão e as leis vigentes. Esse tipo de violência (que se configura tanto no campo objetivo como simbólico) é gerada e perpetuada pela estrutura patriarcal, uma vez que a sexualidade das mulheres, ainda que seja um fato individual, é experienciada coletivamente, assim como seus corpos.

Estudos mostram que as mulheres nas maternidades não são chamadas por seus nomes e sim por “mãe”, e aquelas que vão realizar um aborto legal são chamadas de “cureta”, em alusão ao procedimento de curetagem (BRANDÃO *et al.*, 2022, p. 118-119). Segundo Mário Testa (1992), os/as médicos/as sempre souberam que seu papel profissional é o de defender a vida e a humanidade, entretanto, o autor ressalta que o cumprimento dessa função depende, principalmente, e por vezes de maneira mais significativa que a habilidade diagnóstica, da “atitude com a qual o médico enfrentará a relação com as pessoas a seus cuidados e sua própria inserção no meio social” (TESTA, 1992, p. 82).

Na residência de MFC existe uma aula programada para falar sobre aborto legal, prerrogativas e premissas legais, qual medicação é possível de ser utilizada e em quais doses e quais as melhores vias de escolha. No entanto, os residentes não se lembram dessas especificidades e procurariam ajuda nos seus preceptores caso precisassem lidar com esse tipo de situação. As discussões com os preceptores foram a principal fonte de aprendizagem para a condução desses casos, segundo a análise das entrevistas. Também existem estágios obrigatórios na maternidade no período do R2, por três meses, e nesse estágio os residentes têm contato com mulheres que buscam o serviço de aborto legal na perspectiva do ambiente hospitalar. Os relatos são semelhantes aos da graduação, principalmente sobre reprodução de violências verbais contra as pacientes, além de questionar a violência sexual sofrida, mesmo que ela já tivesse sido atendida por uma equipe multiprofissional do próprio hospital. Os residentes, assim como os alunos de graduação, acompanhavam somente as consultas de acolhimento, sem acompanhar o procedimento de aborto. Os preceptores também relatam que o aprendizado durante a residência não foi suficiente, e foi na prática como MFC e como preceptores que de fato aprenderam a conduzir essas situações. Ainda assim, não sentem que o aborto legal seja realizado em serviço com um fluxo claro dentro da rede de atenção à saúde.

os/as entrevistados/as, ainda que tenham maior sensibilidade para o assunto, sentem-se despreparados para lidar com casos de violência sexual e de aborto, seja ilegal ou legal. A formação acadêmica na graduação e na residência poderiam suprir essa falta, mas são formações também inseridas no mesmo contexto patriarcal e de classe. O aborto no Brasil, além de ser ilegal na maioria dos casos, é extremamente estigmatizado. Ainda que uma a cada cinco mulheres de até 40 anos já tenham realizado um aborto provocado em sua vida, pouco se fala sobre isso. os/as MFC entrevistados mostraram-se mais abertos ao tema e dispostos a construir soluções possíveis a partir da relação construída com cada mulher que atendem, e essa disposição de certa forma supre a falta de formação acadêmica individual, e se expande na troca de experiência entre preceptores e residentes. Ainda assim, sentem falta de uma formação objetiva e protocolada sobre aborto legal. Enquanto os serviços não se organizarem para essa demanda, não é possível protocolar tais atendimentos. Enquanto isso não ocorrer, o direito ao aborto legal continuará dependendo do acaso de ser cadastrada em uma boa Clínica da Família ou de acertar o dia do plantão de um médico que realize o procedimento.

6.2 ROTINA NA APS: TEMPOS MODERNOS

A rotina de trabalho dos/as entrevistados/as é semelhante entre os residentes e entre os preceptores. Os residentes têm uma rotina definida por uma semana padrão, dividida em cinco turnos de atendimento, reunião de equipe, visita domiciliar, aula, sessões clínicas, planejamento e um turno livre de cinco horas por semana. A carga horária total é de 45 horas. Uma das entrevistadas relatou coordenar um grupo de mulheres a cada 15 dias, fazendo também parte de sua rotina fixa. Cada turno de atendimento tem duração que varia entre quatro a cinco horas, podendo se estender a depender da demanda de atendimentos. Segundo um dos/as entrevistados/as, a demanda é maior do que a possibilidade de oferta, e para que o profissional preserve seu horário de trabalho é preciso que devolva negativas à população que busca atendimento. Portanto, vive-se um dilema entre tentar garantir a assistência em saúde a todos que buscam e preservar seu horário de trabalho pré-definido.

O entrevistado entendia que passar do horário devido aos atendimentos poderia ser resultante de uma limitação pessoal, possivelmente por ainda não ter habilidade e experiência suficientes para manejar seu tempo e agenda, mas após seu tempo trabalhando na APS notou tratar-se de um fator comum e recorrente, presente na rotina de todos os/as MFC que trabalham no SUS: “Acabo saindo mais tarde na maior parte dos dias, porque a demanda é muito maior do que a gente pode ofertar dentro do horário.” (Entrevista 4). A alta demanda e a busca por produtividade são reflexos do modelo de gestão produtivista implementado pelas OSS.

O/a entrevistado/a relatou, em adendo, que essa alta demanda causou um processo de adoecimento pessoal. Outra entrevistada também relatou cansaço e rotina exaustiva, com dificuldade em exercer outras atividades fora do horário de trabalho, incluindo tarefas da vida diária como preparar comida ou tomar banho ao chegar em casa, e associou a exaustão à sobrecarga emocional, resultante da extrema vulnerabilidade da equipe a qual presta atendimento.

O turno fixo de aula é parte do programa de residência, onde são abordados temas clínicos, ferramentas de comunicação, abordagem ao território entre outros dispositivos importantes à prática do médico de família. São administradas em um polo de aula para residentes de diversas clínicas da mesma Área Programática (AP). O turno de planejamento é destinado a realizar atividades burocráticas relativas à equipe e aos pacientes atendidos. No turno de visita domiciliar (VD), os residentes fazem visitas a pacientes acamados, restritos ao domicílio ou que por algum motivo não podem frequentar a Clínica da Família, e são acompanhados pelo Agente Comunitário de Saúde. A reunião de equipe é um dispositivo importante para organização do serviço, e nela a equipe repassa o acompanhamento de pacientes em áreas prioritárias como gestantes e pacientes em tratamento de tuberculose,

discutem casos mais complexos e planejam a atuação semanal. Os residentes têm papel de coordenar, junto à enfermagem, as reuniões de equipe. As sessões clínicas têm duração de uma a duas horas por semana. Ocorre na própria CF e é organizada pelos residentes e preceptores, para discussão, atualização e aprofundamento de temas clínicos.

A preceptoria surgiu como fator muito importante na formação dos residentes em dois aspectos: um foi a proteção do residente com relação às atividades da semana padrão e o outro foi em relação à supervisão e confiança para a prática médica. A rotina da APS é reconhecida como caótica e imprevisível, e, conforme já relatado, com uma alta demanda por atendimentos. Para que a formação como generalista seja satisfatória, é importante que o/a residente tenha tempo destinado a realizar diversas atividades além dos atendimentos individuais. Ademais, é comum que o primeiro emprego como médico/a seja em uma residência. Portanto, a insegurança surgiu como fator importante nesse início de carreira, conforme exemplificado no trecho a seguir:

Saí da faculdade muito insegura, muito certa de que não dava pra fazer nada. Não queria pegar um plantão, não queria me embrenhar em lugar nenhum, assim, o que eu queria era um lugar seguro, que tivesse supervisão e que eu gostasse de trabalhar dentro da residência. (Entrevista 6)

A demanda por atendimentos médicos é alta e um dos principais motivos de sobrecarga dos profissionais. O acolhimento dos pacientes depende da capacidade do médico em absorver as demandas. O esperado para um MFC que atua na APS é que este realize uma consulta a cada 20 minutos, o que totaliza em 12 atendimentos em um turno de quatro horas. Essa estimativa de tempo, no entanto, é virtual e abstrata, uma vez que cada pessoa tem em si uma complexidade única cuja escuta, interpretação e atuação demandam um tempo específico, podendo ser muito mais do que simples 20 minutos. As demandas de saúde de um indivíduo favelado, pertencente a um território complexo marcado principalmente pela violência e exclusão social, não se traduzem em uma consulta rápida. Diferentemente do que assumem alguns autores, que associam a APS a atividades simples, ela é extremamente complexa (SAMPAIO, 2012).

Em um turno de atendimento, cada equipe recebe em média 30 pacientes. Quando tem dois profissionais atendendo ao mesmo tempo, podendo ser dois médicos ou um médico e um enfermeiro, é possível absorver todos ou quase todos. No entanto, nos casos em que há só um profissional atendendo, não é possível atender todos e é preciso orientar aqueles que não foram atendidos que procurem o serviço da UPA, localizada na mesma estrutura física que a CF Maria do Socorro, ou que retornem em outro turno. É comum, no entanto, que o turno dure mais que quatro horas, por vezes estende-se até a seis horas seguidas de atendimento. Alguns entrevistados relataram atender entre 15 e 20 pessoas em um turno.

Os turnos de atendimento são os mais caóticos, os mais desafiadores. Muito por conta da demanda. Apesar de ter 3 clínicas da família aqui na Rocinha, na Maria do Socorro, por ser a maior, tem uma demanda muito grande. E muitas vezes a gente tá sozinho, a equipe não tem um enfermeiro, não tem outro médico atendendo junto, e aí a gente fica um pouquinho sobrecarregado, mas quando troco com amigos de outras clínicas eu vejo que a gente é muito protegido. Que é um ritmo de trabalho que é muito exaustivo, mas que é residência. E é isso, acho que é isso minha rotina é desafiadora, mas é... sinto que poderia ser muito pior do que é. (Entrevista 1)

Quando a equipe está completa, o trabalho flui melhor e de maneira menos exaustiva. Uma equipe considerada completa, no contexto de residência, conta com um enfermeiro, um preceptor e dois residentes como equipe técnica, além dos ACS e técnico de enfermagem. É comum, por outro lado, que equipes fiquem incompletas devido à desistência ou troca de Clínica da Família de residentes no meio do processo formativo. Ademais, a alta demanda por MFC comparado à disponibilidade de profissionais, além da precarização dos contratos via OSS na APS carioca faz com que a rotatividade de profissionais seja alta, e com frequência equipes ficam descobertas, ou seja, sem atendimento por longos períodos. Um/a entrevistado/a relatou que a demanda da sua equipe, durante seu primeiro ano de trabalho ali, era mais alta pois a equipe estava há dez meses sem médico. Nesses casos, gera-se uma “demanda reprimida”, como citado na entrevista e nomenclatura comum aos profissionais da APS, que são as pessoas que vivenciaram seus processos de saúde e doença sem assistência médica.

O MFC, por ser generalista, atende todos os tipos de demanda possíveis em um turno de quatro horas. Crianças, idosos, gestantes, homens e mulheres em todas as etapas do ciclo de vida. Existe uma balança entre garantir o acesso, para atender às expectativas coletivas de assistência à comunidade, e atender às expectativas das demandas individuais em uma consulta, que com muita frequência ultrapassam os 20 minutos esperados. Segundo Balint (1955), o/a médico/a é a sua principal ferramenta de trabalho. Portanto, considerando os/as MFC como os operários da saúde dentro da categoria médica, fazendo alusão à Marx, a subjetividade do médico é a foice e a relação entre o médico e o paciente o martelo que moldam o atendimento da APS. Em 20 minutos não se constrói uma relação e não se trabalha a subjetividade. No entanto, existem outros meios para isso, a consulta não é a finalidade total do trabalho em equipe da ESF. As visitas domiciliares, o olhar dos demais integrantes da equipe e a longitudinalidade permitem a construção dessa relação e a elaboração do encontro das subjetividades. No entanto, na prática, a pressão assistencial associada à precarização dos profissionais pelo modelo de OSS produz uma alienação do trabalhador ao processo de trabalho. Um único médico atender mais de 20 pessoas em um curto espaço de tempo remete às imagens de Chaplin no filme "Tempos Modernos", uma repetição objetiva e mecânica do trabalho, dentro da lógica produtivista do

capital. O processo de saúde e doença, no entanto, tem seu próprio tempo e não corresponde à produção pelo trabalho, especialmente no contexto de uma favela carioca.

Eu acho que nenhum desses aspectos sozinhos explica. Eu acho que o todo né. Eu acho que é uma demanda populacional, a organização do serviço, a quantidade de recursos, a estrutura da unidade, tudo isso eu considero contribuir de forma inadequada e insatisfatória para a precarização. E aí a precarização tanto da assistência que a gente provê, quanto da nossa rotina de trabalho. Acho que a maioria de nós está sobrecarregado, trabalhando de forma precarizada, e aí eu acho que tudo isso contribui. Acho que é uma população com uma demanda diferente, acho que a estrutura não é adequada, acho que a quantidade de profissionais não é adequada. (Entrevista 4)

Nessa mesma narrativa, foi citada a ausência de referenciais teóricos médicos com base em estudos nacionais, tanto com relação a ferramentas de comunicação e estrutura de consulta, como com relação às demandas clínicas. Esse tempo de consulta, assim como o modelo de comunicação clínica utilizado (a M CCP), foram elaborados a partir de outros contextos, em outros países, e é aplicado nas favelas cariocas, assim como na saúde indígena ou nas populações ribeirinhas. Para refletir sobre a aplicação de referências e modelos internacionais no SUS, pode-se utilizar o conceito dos três tipos de globalização definidos por Milton Santos (2019): a globalização como fábula, a respeito da imagem imposta de que os recursos do desenvolvimento são igualmente acessíveis a todos graças à globalização; a globalização como perversidade, que é o mundo globalizado tal qual ele é, onde a globalização é, na verdade, uma exploração dos menos desenvolvidos pelos mais desenvolvidos; e a globalização como possibilidade, que seria o mundo tal qual ele pode ser, utilizando-se dos recursos disponíveis em diversos cenários em busca de reduzir as desigualdades.

A prática dos/as MFC é orientada a tentar suprir essa lacuna teórica a partir da observação e conhecimento dos aspectos culturais da população que atende, o que é chamado de competência cultural. A correlação da cultura local com ferramentas externas é uma forma de aproximar-se dessa outra globalização, tal qual almejada por Milton Santos, como possibilidade. Sem a competência cultural, o uso de ferramentas estrangeiras em diferentes cenários nacionais seria apenas uma imposição perversa da globalização, assim como a compreensão de que modelos europeus ou estadunidenses são universais não passa de uma fábula. O trecho a seguir demonstra uma reflexão acerca do uso de referências internacionais:

As nossas referências teóricas não se baseiam nos nossos tipos de pacientes. A maior parte das nossas referências são internacionais. Até as referências nacionais que a gente usa, como o Tratado de Medicina de Família ou o Duncan¹², se referem todos a artigos internacionais. Acho que o M CCP também é pensado num tipo de resposta que é diferente do nosso. Então, quando eu digo diferente, é diferente do que o nosso referencial teórico pensa. Acho que a gente tem muita escassez de referencial teórico

¹² Referindo-se ao tratado “**Medicina ambulatorial**: Condutas de atenção primária baseadas em evidências”, cujo um dos autores tem o sobrenome “Duncan”, epônimo pelo qual o tratado ficou conhecido no meio da MFC.

pra nossa população. E eu acho que a população brasileira, não só a população da comunidade aqui. Acho que a população da comunidade tem suas especificidades, mas se a gente pensar já em acoplar a população brasileira, eu acho que a gente tem demandas que os nossos referenciais teóricos não atendem bem. E aí, quando eu tenho lá uma perspectiva de tempo de consulta, é a partir de uma resposta de um referencial teórico que não é o nosso. Geralmente a resposta que a gente tem na consulta é diferente. Eu acho que não é só o médico que vai dar respostas assistenciais. E eu acho que também é pensado pra um tipo de população que não demanda algumas respostas que a gente precisa dar aqui, por exemplo, de educação e saúde principalmente, de orientações básicas, de onde procurar o atendimento, de como agendar, o que é uma urgência e o que não é. Acho que é diferente nesse sentido, a demanda que a população precisa é diferente da descrita nos livros. (Entrevista 4)

A residência, por sua vez, cria espaços reflexivos, seja nas sessões clínicas, nas aulas, nas reuniões de equipe e na troca diária entre residente e preceptor, além de aumentar o número de profissionais por equipe, de maneira a mitigar os efeitos do contexto precário, possibilitando outras atividades para além da consulta entre quatro paredes. Apesar de utilizar-se de referenciais teóricos internacionais, é na falta que se cria um espaço para a subjetividade do outro, no caso aqui descrito, dos pacientes atendidos, os favelados. A dualidade cidade x favela pode ser intensificada dentro do consultório ou trabalhada de maneira dialógica. Um/a dos/as entrevistados/as citou a importância da equipe completa e da variedade na atuação, comparando com seu emprego anterior em outra CF:

É, aqui eu acho que a gente tem um pouco mais de tranquilidade para exercer nossa atividade fora do consultório né. Que é uma coisa que eu tinha muita dificuldade no meu local de trabalho anterior. Eu acho que a gente nunca teve equipes 100% cheias, a nossa lotação nunca foi completa lá. Das oito vagas disponíveis, a gente tinha quatro residentes lotados, cinco residentes lotados, não tinha nem um residente por equipe, que geralmente ficava super sobrecarregado. Então a gente sempre tinha que atender muito, junto com os residentes. A gente também não tinha como fazer salinha. Era eu atendendo, os residentes batendo na porta pra discutir caso, aí eu saía pra discutir caso, voltava para as consultas. Era um negócio bem caótico, assim, no geral. Mas aqui não, aqui a gente consegue. Então, eu tenho uns turnos em que eu fico fora de consultório, aí às vezes, eu fico ali na supervisão, na salinha, pra tirar dúvidas dos residentes. Tem outros turnos que eu tô observando os residentes atendendo, fazendo sombra, a gente troca, eles me observam atender também. Tem turnos em que eu tô fazendo atividades de vigilância, atividades de burocracia, embora sejam os menos frequentes, isso de vez em quando rola também. E tem os turnos que eu ainda tô atendendo. Que, bem ou mal, mesmo com dois residentes na equipe, tem sempre um de eletivo, um de férias, um de plantão, um de não sei o que, né? A gente tá sempre atendendo também. (Entrevista 2)

O turno da "salinha" faz parte da rotina dos preceptores. Existe uma sala destinada à discussão dos casos. Os residentes que estão em atendimento podem sair, durante a consulta, e recorrer ao preceptor que está disponível para escutar, acolher suas dúvidas e orientar a prática. A salinha conta com recursos acadêmicos para consulta rápida, como livros e guias, além de computadores. Apesar de existir um preceptor por equipe, que tutora seus residentes, todos os preceptores da clínica se organizam em escala de maneira que sempre tenha um disponível para quem estiver em atendimento. Ademais, os preceptores também fazem o que foi descrito como "sombra", que é assistir a consulta do residente para, logo após, refletir o processo daquela

consulta, desde a maneira como foi estruturada, os sentimentos que foram provocados, a maneira com a qual o residente conduziu as questões colocadas às condutas médicas tomadas.

Em adendo existe, na CF Maria do Socorro, a oficina de procedimentos toda sexta pela manhã. Nessa oficina são realizados pequenos procedimentos cirúrgicos, como retirada de unha encravada, excisão de lipoma, retirada de dedos supranumerários, biópsia de lesões de pele, retirada de cistos, lobuloplastia (correção de “rasgo” no furo da orelha, para que a pessoa possa voltar a usar brincos), entre outras coisas. A colocação de DIU de cobre (até o momento da entrevista não estava disponível o DIU hormonal Mirena, no entanto este já está disponível para as usuárias do SUS) é feita dentro da agenda das equipes.

Cada equipe se organiza para inserção do DIU. Daí tem algumas que preferem fazer mutirão ou marcar um turno específico. Na minha equipe, a gente tenta ver um turno que tem mais gente aqui. Sempre que é possível a gente oportuniza, né? Por exemplo, se o paciente chegou, quer colocar o DIU, a gente já tá tranquilo e tal, a gente já coloca na hora, assim. Sempre que dá a gente já coloca na hora. Quando não dá por questão de tempo mesmo, daí a gente costuma agendar pra algum horário que a gente sabe que vai ter mais gente da equipe junto, né? Pra equipe não parar o atendimento, pra ter a inserção do DIU. E eu normalmente ajudo outros residentes também a colocar DIU assim, quando eu tenho disponível, sempre que eu to disponível precisando a gente coloca. (Entrevista 3)

A inserção de DIU é um procedimento simples e de extrema importância, além de ser uma habilidade médica básica, podendo ser realizada por médicos de qualquer especialidade, além de atualmente ser também um procedimento permitido as/aos enfermeiros/as. O DIU de cobre dura dez anos, sem necessidade de manutenção, e sua taxa de falha é de 0,3 por 100 mulheres/ano, o que significa que a cada 1000 mulheres que usam esse método, três podem engravidar. Essa taxa é semelhante à da laqueadura e, entre os métodos não cirúrgicos, é o mais eficaz e com melhor custo-benefício para o serviço de saúde (BAHAMONDES, 2006). No entanto, ainda não é um método amplamente utilizado por diversas razões, entre elas a baixa capacitação profissional. Em um estudo realizado com 62 equipes de ESF no Paraná a respeito da escolha do método contraceptivo, a prevalência da escolha do DIU foi de apenas 2% (BAHAMONDES, 2006). É comum que médicos se formem sem a capacitação para a inserção de DIU, e essa é uma habilidade básica do MFC, a ser aprendida durante a residência. O tempo de espera para colocação de DIU na Maria do Socorro, quando não é colocado no momento em que é solicitado, é de dias ou, no máximo, semanas, e depende da demanda da paciente, que por vezes prefere esperar para colocar quando estiver menstruada ou quando tiver um tempo livre de acordo com seus compromissos pessoais. O DIU também pode ser inserido como método contraceptivo de emergência em até 5 dias após uma relação sexual desprotegida.

Os tempos são modernos porque a lógica produtivista, tal qual no filme do Chaplin, se mantém, no entanto, a dinâmica social é muito diferente. Ocorrem numa dinâmica social

constituída por múltiplas especificidades: da formação médica às demandas que ocorrem numa realidade concreta e diferente dos “livros” em que a formação ocorre. Essa distância social abrange as questões de classe, de gênero, de raça, de geração, de território que não são aprendidas no curriculum médico, mas no desenvolvimento de uma sensibilidade (“acolhimento”) que se aprende na prática e no dia-a-dia. Ainda assim, questões de saúde reprodutiva que podem ser consideradas numa abordagem clínica estão além do cotidiano. Os tempos modernos dizem respeito, por exemplo, ao aprendizado médico e prático sobre os direitos sexuais e reprodutivos, que vão desde o planejamento reprodutivo (como inserção do DIU) até as consultas relativas à gravidez, nas quais a saúde materna é valorizada numa dimensão e não em outra. A interrupção da gravidez é um exemplo chave, pois carrega o estigma do desprestígio, valores morais, falta de reconhecimento, etc. Tal exemplo pode refletir o padrão moral que é valorizado na comunidade e na clínica, onde o médico cuida da mulher desde a gravidez até o parto, e depois do desenvolvimento da criança, temas que distanciam o médico tradicional dos “tempos modernos”, ou seja, do sistema de valores que estão em constante mudança e construção, sejam eles ligados à identidade e formação profissionais, seja ao contexto, ou ambos.

6.3 PERFIL DA POPULAÇÃO ATENDIDA: CARTOGRAFIAS DA SAÚDE

Apesar de todas as equipes atenderem a população da comunidade da Rocinha, o perfil da população atendida varia a depender da localização. Em geral, quanto mais próximo ao asfalto e às estradas principais da favela, menos vulneráveis. A vulnerabilidade aumenta em congruência com a altitude e com a distância das vias principais. O acesso à clínica também pode ser mais fácil ou mais difícil, a depender de onde a pessoa reside. Os seguintes trechos de entrevista relatam as diferenças no perfil e no acesso, de acordo com a localização:

Eu tenho pacientes que moram aqui atrás, que a pé eles chegam super rápido, não tem que subir nem descer praticamente, nada de escada. Não é difícil, se for uma pessoa hígida, que caminha, é aqui perto, 15 minutos andando. Mas se tiver alguma dificuldade física, tipo artrose, obesidade, é difícil porque tem muita escada. Dentro da minha equipe tem duas áreas. Tem uma área que é próximo a uma escola que chama Paula Brito, e tem uns prédios muito antigos que tem umas pessoas que moram há muitos anos lá – sei lá, 40, 50 anos – que é um pouco mais de condição, que são as pessoas mais velhas. E, geralmente, tem a casa, nem todo mundo mora de aluguel – que eu vejo que é uma condição melhor. E tem uma área chamada Portão Vermelho, que é um pouco mais pra cima, que tão construindo muito prédio novo – é uma área de expansão que é próxima do mato. E tem muita gente com muito filho criança, muita gestante, tem mais caso de tuberculose. Então tem uma vulnerabilidade maior, é uma área mais instável (Entrevista 8)

Minha equipe não é das mais vulneráveis da Rocinha, porque ela é uma área muito próxima da clínica. Então tem um deslocamento razoavelmente bom assim, não tem tantas escadas, tem um ponto do ônibus aqui perto, a van aqui embaixo também, vários serviços. Tem um pedaço da nossa equipe que é mais alta, que aí sim são pessoas bem carentes. Mas o grosso mesmo são pessoas que têm alguma vulnerabilidade, mas que têm alguma condição financeira ainda. Eu chutaria que tem uma renda em torno de uns 2 a 3 salários mínimos, mais ou menos. E aí, uma boa parte trabalha, É... A maior parte de pessoas jovens também, que alugam apartamento, muitos vindo do Nordeste, então tem muito aluguel na minha área. E as pessoas que têm casa própria geralmente são essas que moram mais pra cima. E pessoas com alguma condição, são pessoas que muitas vezes pedem pra fazer um exame no sistema particular. (Entrevista 2)

É uma área que é envolta pelo tráfico armado, não dá pra chegar no terreirão de baixo sem passar por alguma boca. É uma área de mais valas, então as casas são mais subterrâneas, tem becos mais escuros. É o território com mais casos de tuberculose que tem aqui. Pessoas com insegurança alimentar muito vulneráveis economicamente. Perfil mais jovem, de acesso muito difícil, escadaria, breu de eu ter que realmente ligar a lanterna pra fazer visita domiciliar de dia. (Entrevista 6)

Além de diferenças na vulnerabilidade, também existe uma variação no perfil etário e na quantidade de cadastrados por equipe. A quantidade de pessoas cadastradas por equipe variou. Um/a entrevistado/a relatou ter 3500 cadastrados, em congruência com o esperado pela PNAB, enquanto outro/a relatou ter 5.500, número muito superior ao determinado pelas políticas públicas. A maioria das pessoas atendidas em todas as equipes são mulheres, pretas ou pardas, conforme descrito no trecho da entrevista a seguir:

É, dos que frequentam a clínica, sem dúvida, a maioria são mulheres. Mas no território eu não tenho tanta certeza assim. Na nossa pirâmide de cadastro, se eu não me engano, 60% são mulheres. Mas desses que frequentam mesmo, eu diria que uns 70% devem ser mulheres. (Entrevista 2)

Os/as MFC, portanto, enxergam sua população adstrita a partir da estrutura física de suas residências, das condições de habitação, da quantidade de pessoas e das condições de saúde sensíveis à APS. A presença de varejistas de drogas ou de “bocas de fumo” indica maior vulnerabilidade, por exemplo, por maior exposição a cenários de violência. Outra característica importante são as condições habitacionais, enquanto alguns residem em apartamentos com janelas, outros moram em becos com pouca ou nenhuma iluminação natural. A capacidade financeira de comprar medicações ou pagar por exames no setor privado também é um importante fator, uma vez que nem todas as medicações estão disponíveis na farmácia da APS e nem todos os exames complementares são disponibilizados pelo SUS em tempo hábil.

A quantidade de gestantes é um indicador em saúde também importante, e varia de acordo com o perfil da população, tanto etário como de classe. Uma equipe tem 14 gestantes, enquanto outra, mais de 20, e outra, 30. Gestantes necessitam de consultas periódicas, mensais nos primeiros dois trimestres da gestação e semanais ao final, intercaladas entre médico/a e enfermeiro/a, ocupando, portanto, uma parte considerável da agenda dos profissionais. Outra área programática de atendimentos que demanda vigilância por parte da equipe e determina

grau de vulnerabilidade é a quantidade de pessoas com tuberculose por equipe. O tratamento para tuberculose dura 6 meses, e é feito por meio de TDO (tratamento diretamente observado, no qual os agentes de saúde observam a pessoa tomando a medicação diariamente até o fim do tratamento), devido à alta taxa de desistência decorrente do longo período de tratamento. A taxa de incidência de tuberculose na Rocinha já chegou a 565 casos novos/100.000 habitantes, número até 5 vezes maior que a do município do Rio de Janeiro (CAVALCANTE *et al.*, 2007). Um/a entrevistado/a relatou estar acompanhando 26 pessoas com tuberculose no momento da entrevista.

Os relatos acerca do perfil populacional corroboram com as primeiras impressões descritas sobre a complexidade dos atendimentos em uma população de favela. A semiologia médica se expande do olhar patognomônico individual para um olhar para a comunidade, ainda sob lentes de indicadores de saúde. O diálogo entre um médico e uma pessoa residente na Rocinha, proveniente do Nordeste, se dá dentro dessa estrutura de classe e gênero, cartograficamente demarcada.

6.4 A CONSULTA

O aborto legal ou ilegal é o desfecho final de uma gestação indesejada. Os caminhos percorridos entre a mulher e seu/sua MFC até que se chegue nesse ponto envolvem todo o contexto da mulher, e a forma como o/a médico/a se apresenta na consulta depende do vínculo previamente criado, de acordo com as perspectivas pessoais de cada um, especialmente no que diz respeito à sexualidade e reprodução. Por esse motivo, este capítulo sobre a consulta, mais especificamente, sobre o acolhimento a mulheres com gestação indesejada e a experiência dos/as MFC com aborto legal, está dividido em três momentos: a) o momento prévio à concepção, que inclui a maneira como a sexualidade é abordada nas consultas, passando por situações de violência de gênero, assim como o desejo pela gestação ou por evitá-la, com um trecho destinado à experiência do grupo de mulheres na Rocinha, ambientado fora do consultório e dedicado a abordar questões de gênero de maneira coletiva; b) a concepção em si, onde destacam-se os relatos sobre o início do “pré-natal” ou a abordagem após o diagnóstico de uma gravidez confirmada; e, por fim, c) o momento da “pós concepção”, que analisa os relatos de encaminhamentos àquelas que não deram seguimento à gravidez e as experiências dos/as MFC com aborto legal.

6.4.1 Pré-Concepção: A saúde do prazer

O tema da sexualidade nas consultas não surge espontaneamente. Como relatado previamente, a rotina do MFC envolve lidar com todas as demandas possíveis, provenientes de indivíduos em todas as etapas da vida, e o esperado é que a consulta dure 20 minutos e seja direcionada a resolver a demanda do momento. As predileções pessoais do MFC, assim como sua experiência prévia, podem ser facilitadores de temas e assuntos nas consultas, por instigá-lo a se interessar mais por um tipo específico de paciente. As habilidades pessoais e clínicas também facilitam o desenvolvimento de alguns temas em detrimento de outros, conforme ilustrado a seguir:

Eu acho que é porque eu sinto que quando você é médico de família você tem que lidar com muitas coisas ao mesmo tempo. E cada um, eu não sei se é sempre assim, mas eu sinto que cada um tem as suas predileções. Eu sempre gostei de saúde da mulher, eu tenho projeto de educação sexual, então eu me ligo muito com esse tipo de demanda e eu sinto que eu me interesso muito mais por esse tipo de paciente. Então o paciente percebe isso, percebe quando a gente está interessado naquilo que ele está trazendo, e a gente genuinamente quer se jogar naquilo com aquele paciente. Ou coisas que, por exemplo, pra mim dor crônica é uma demanda que eu acho muito desafiadora. Então já não me joga tanto, já sinto que eu não concluo tanto até por me sentir mais insegura. Eu acho que essas demandas de mulheres jovens que geralmente são demandas ginecológicas, ou demandas psicológicas, ou demandas em relação à contracepção são demandas que eu sinto que eu manjo muito. Eu acho que eu consigo lidar muito bem com isso, e eu acho que isso fortalece o vínculo. (Entrevista 1)

A identificação de gênero entre os/as entrevistados/as e o paciente também é um fator importante para a abordagem do tema. O assunto não surge de maneira tão natural quando a paciente é mulher e o médico é homem. Ainda que os/as MFC, homens e mulheres, sejam sensibilizados ao assunto durante sua formação, os/as entrevistados/as homens denotaram alguma dificuldade na abordagem, principalmente pela percepção de constrangimento nas pacientes mulheres ao falar desse tema com homens. Da mesma maneira, as mulheres entrevistadas sentem mais facilidade para falar do tema e mais abertura das pacientes, enquanto, por outro lado, relatam poucas experiências de abordagem da sexualidade com pacientes homens.

De acordo com as entrevistas, o assunto da sexualidade surge, de forma mais comum e recorrente, nas consultas com mulheres que estão na fase do climatério, que procuram atendimento médico devido a queixas como ressecamento vaginal ou perda de libido. Fora isso, a sexualidade surge de maneira secundária, raramente como tema principal. É comum que seja abordada ativamente pelos/as entrevistados/as nas consultas que envolvem alguma queixa genitourinária, dor na relação sexual, desejo por realizar ultrassonografia, demanda pelo exame preventivo de câncer de colo de útero e mamografia, solicitação de testes rápidos para identificação de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ou então jovens que iniciaram a vida sexual e desejam usar algum método contraceptivo. Essas queixas remetem à sexualidade

e à reprodução de alguma forma, o que possibilita que a consulta seja conduzida nesse sentido. Consultas com jovens e adolescentes são frequentemente vistas pelos/as MFC como oportunidades para abordar sexualidade e para evitar gestações indesejadas nesse período da vida. Dificilmente o tema da sexualidade é abordado em consultas cuja demanda não tem nenhum vínculo lógico com o assunto, como, por exemplo, dor no joelho.

O patriarcado, entendido como uma estrutura de relações entre posições hierarquicamente ordenadas (Segato, 2021, p.14), impõe padrões físicos e comportamentais às mulheres que com frequência as leva a interpretar processos fisiológicos de seus corpos, como fluidos vaginais ou ausência de desejo sexual em determinado momento, especialmente entre mulheres casadas, como patológicos. Cabe ao MFC, portanto, diferenciar as reais patologias dos processos adoecedores do contexto de cada mulher.

Lembrei de uma paciente que veio falando "olha, eu acho que tem alguma coisa errada comigo, eu não quero ter relação com meu marido". E aí tem histórico de violência doméstica, o cara batia nela, então ela mesma na consulta foi entendendo que não tinha muito sentido ela ter vontade de ter relação com a pessoa que ela não ama, que ela não gostava. Mas, em geral, essa demanda vem oculta, dentro de outras queixas. Eu acho muito comum queixas de "tô com corrimento" e daí é, na verdade, fisiológico, mas a mulher tem uma sensação de que tá suja, de que tem alguma coisa de errado com ela e na verdade tá tudo normal. É só uma percepção de que o corpo é sujo, de que tem alguma coisa de errado. (Entrevista 8)

Utilizando-se da ferramenta de comunicação clínica descrita pelo MCCP, o método clínico centrado na pessoa, a abordagem à sexualidade começa sempre com perguntas abertas, buscando evitar ao máximo transparecer as opiniões e crenças pessoais dos/as entrevistados/as, assim como não induzir as respostas da pessoa atendida, que deve sentir-se em um ambiente confortável, seguro e livre de julgamentos. Para tratar da sexualidade, é importante conhecer a pessoa que está sendo consultada, saber sua orientação sexual, de que maneiras se relaciona sexualmente, seus desejos reprodutivos e de que maneira vivencia sua sexualidade a partir do seu contexto, seus relacionamentos, sua religião etc. No trecho da entrevista seguinte podemos observar um exemplo desta abordagem:

Normalmente eu pergunto pra paciente o que que ela sabe sobre a sexualidade dela, como ela se sente, o que que ela acha que é mais prazeroso pra ela, se ela já se tocou, se ela conhece o corpo dela, se ela entende quais são as partes tanto do órgão genital, mas também as outras partes do corpo que são zonas mais estimuladas, sobre o que é relação consentida, violência né, estupro, principalmente pras adolescentes. Então, converso muito sobre consentimento, sobre a permissão, que ela tem o direito de parar a hora que ela quiser, e pra ela ter uma boa conversa com o parceiro, sobre a importância de ser uma pessoa bacana pra conseguir que seja prazeroso. E também indo pra parte de orientação sexual, sempre a gente dá essa abertura, pra ter essa conversa de homossexualidade, bissexualidade, interesse por diferentes gêneros... Costumo sempre deixar aberto, pra conversar sobre isso. Tenho algumas pacientes que são mulheres trans, pouquíssimas agora nessa equipe que eu estou, mas que também acaba interagindo bastante com esse assunto, tanto sobre o ato da relação sexual, como sobre a identificação, como se sente com o corpo. (Entrevista 3)

Segundo Rodhen (2004), o discurso médico trata a mulher como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, e a vida da mulher é problematizada, pelos/as médicos/as, em função da reprodução. As entrevistas analisadas trazem um discurso distinto de tais afirmações. Pode-se concluir, portanto, que a ruptura com o modelo médico parcial, biologista e compartimentado permite maior abertura para outras problematizações e interpretações intersubjetivas entre o/a médico/a e a paciente em uma perspectiva de gênero (como significado social ou cultural que o sexo assume) para além da realidade puramente biológica do sexo. A ótica da liberdade sexual e da abordagem ao prazer sexual anterior à concepção, inclusive, se faz presente nesse discurso, o que remete ao questionamento apresentado previamente: “seria o prazer sexual tema apenas para as mulheres burguesas e intelectuais?”. Considerando que não, segundo a análise das entrevistas, o prazer é discutido nos consultórios dentro da favela da Rocinha. Contudo, apesar da abertura existente dentro de uma estrutura clínica pouco pré-definida, os/as entrevistados/as estão inseridos em uma estrutura patriarcal, e a abordagem de gênero depende do contexto e das inclinações pessoais dos/as entrevistados/as. O modelo organizacional de APS compartimentada, com consultas voltadas especificamente para linhas de cuidado como hipertensão ou saúde sexual e reprodutiva, modelo estimulado pela última PNAB, tende também a reprimir a espontaneidade desse trabalho subjetivo que ocorre no encontro clínico, e restringe o olhar do profissional de saúde para demandas pontuais, tal qual o modelo médico que a MFC busca romper.

Atrelado à sexualidade feminina está a questão da violência de gênero, fato também comum às mulheres atendidas. A violência física e verbal é mais provável de ser percebida e colocada como um fato violento para as mulheres e dentro das consultas. A violência física, para além dos relatos, por vezes se apresenta através de marcas corporais. No ano anterior ao das entrevistas, no período de uma semana, quatro mulheres cadastradas na CF Maria do Socorro foram vítimas de feminicídio, portanto, esse tema foi recorrente nas reuniões de equipe e nos espaços de discussão teórica.

A violência sexual, por outro lado, quando parte do contexto atual da mulher é mais difícil de ser interpretada como violência, especialmente entre mulheres casadas, que entendem que a relação sexual é uma obrigação dentro do casamento. Esse tipo de violência, o estupro conjugal, foi percebida pelos/as entrevistados/as frente a queixas como perda de libido ou dispareunia (dor à relação sexual). O processo de conceituar esse fato como violência junto às mulheres atendidas, por sua vez, é delicado, e os/as médicos/as/as entrevistados/as buscam entender o significado do ato para aquela mulher e quais seus sentimentos relacionados ao fato, visando a

construção da noção de violência de maneira conjunta. O trecho a seguir descreve uma maneira de abordar violência dentro das consultas:

Eu falei de dispareunia, mas também tem queixas de às vezes cólicas, dores pélvicas, etc. E aí a gente vai perguntar: “mas como que é a relação? Como que tá?” Aí ela fala que nem sempre tem vontade, ainda assim, o marido quer ter a relação, e acha que tem que ter relação com ele. E aí a gente conversa um pouco sobre como é o processo, que é importante ela ter vontade, que se ela não tiver tendo vontade, isso é até um estupro. É um tema bem delicado, né? Porque já tive vezes de falar que mesmo sendo seu marido, seu companheiro, se ele tiver uma relação não consentida, isso é um estupro, e os pacientes ficaram chocados, dizendo “não, meu marido não faz isso”. Então é comum essa queixa de “tô tendo relações, tô tendo dor e nem sempre tô com vontade, mas eu acho que eu tenho que ter”. E aí eu tento explicar um pouco da fisiologia para explicar a dor pela falta de lubrificação, e também o ponto de vista legal, que se ela quiser abrir uma denúncia, ela pode. A gente tenta considerar também o ponto de vista dela. Se a pessoa quiser cuidar melhor dessa relação, ter uma relação sexual melhor, fazer o aconselhamento de que ela pode conversar com o marido, explicar que ela pode ter um período de preliminares maior, pra ver se ela consegue criar uma vontade, se ela consegue, sentir tesão, pra poder ter uma lubrificação e também pra cuidar da vida sexual, se ela quiser continuar essa relação. Mas é um tema delicado, bem comum. A gente sempre conversa nos espaços teóricos e a conclusão que a gente chega e eu chego também é de que sempre a gente tá abordando menos do que a gente deveria, é sempre um tema difícil, a gente tá sempre sentindo que está mal preparado. (Entrevista 4)

Por vezes são situações específicas que levam a mulher a verbalizar algum trauma decorrente de violência sexual, como, por exemplo, durante a inserção de um DIU, em que ela não se sente confortável na presença de um médico homem durante o procedimento. A partir disso, cria-se um espaço para que ela relate suas dificuldades acerca de sua sexualidade devido ao abuso sofrido. Nessas situações, os/as entrevistados/as relataram atuar de maneira a legitimar o sofrimento da mulher e trabalhar os sentimentos de culpa e vergonha envolvidos. Os comportamentos e subjetividades são moldados coletivamente, e, geralmente, validados por conhecimentos técnicos e científicos, presentes com frequência no discurso médico, que, em geral, introjetam moralidades de gênero ao redor da reprodução (FONSECA *et al.*, 2021). Nesse sentido, a voz do médico como representante de um discurso dominante, quando legitima o sofrimento e a violência sofrida pela mulher, subverte a situação de objetificação do corpo da mulher como perpetuação do patriarcado, pois compreende, tal qual a crítica feminista nos permitiu refletir desde Beauvoir, que a mulher não é fatalmente condenada pelo seu corpo à violência e repressão sexual.

O entendimento acerca da violência sexual passa, portanto, pela noção de consentimento. O consentimento sexual não é um conceito enraizado entre as mulheres atendidas, pois a realidade imposta ainda objetifica o corpo da mulher, e se trata de um tema pouco abordado nos espaços sociais e nas escolas. Os/as entrevistados/as relataram sentir-se despreparados para abordar essas questões, por ser um tema pouco discutido em espaços formativos. Existe,

previamente à consulta, um contexto social desfavorável para a autonomia sexual da mulher, conforme descrito no trecho a seguir:

Então, eles não falam. Só mesmo se você perguntar "E aí, mas você queria? Você aceitou?" É um tabu isso, as mulheres ainda têm muito essa coisa de que elas só têm que estar ali como passivas, principalmente a população que a gente tá acostumado a atender. Então, trabalhar um pouco com elas essa coisa de autonomia, de ser decisão delas, que elas podem permitir ou não, sabe? Mas que tem que ser uma decisão delas. É um pouco difícil. (Entrevista 9)

Eu acho que as meninas aqui não entendem tanto o que é ser abusada. Não entendem o que é ter seu corpo invadido e violentado, e principalmente acho que elas têm medo, elas não sabem pra quem recorrer. Elas não sabem a quem procurar. Elas não sabem, por exemplo, que aqui na clínica, a gente é parceira. (Entrevista 1)

E normalmente, principalmente as meninas mais jovens, assim, eu tento empoderar mesmo elas, sabe? De dizer "olha, que a relação sexual é um ato que é pra ser prazeroso, né?" Enfim, claro que nem sempre vai ser, mas que ele tem que ser consentido, tem que ser agradável, né? Tem que ser com uma pessoa bacana, que ela tem a liberdade de dizer, né, o que ela gosta, o que ela não gosta, e de parar a hora que ela quer, que ela tem esse direito, que toda vez que isso for violado em alguma área já configura algum tipo de violência sexual. Então, se ela não permitiu que passasse a mão, pegasse no seio dela naquele momento, que aquilo ali é ruim, que ela precisa ter esse entendimento a respeito disso, não só da penetração em si, mas de todas as outras violências que envolvem o assédio. Às vezes, quando a paciente vem e me conta uma história, eu pergunto, assim, "tá, mas você entende que isso não foi legal, o que você acha que foi isso, se você tem consciência que isso entra dentro dessa categoria de estupro." Às vezes você tem que ir devagarzinho, você não pode falar "ah, essa aqui foi estuprada", mas daí eu vou tentando puxar a paciente pra ela tentar chegar a essa conclusão de que aquilo ali foi um estupro, que foi uma relação abusiva. (Entrevista 3)

Teve uma que me marcou muito, que foi uma senhorinha de 70 e pouquinhos anos assim, quase 80, que ela fala que ela não gosta de sexo, porque hoje ela entende que todas as relações sexuais que ela teve desde a primeira vez foram um estupro, assim, porque ela nunca consentiu aquela relação. Ela nunca quis ter relação e que ela sofre ainda a violência do marido até hoje. O marido dela é um senhorzinho de 80 e poucos anos, que tem uma prótese peniana, então ele consegue ter ereção e ele força a relação com ela até hoje. Essa paciente em particular é uma paciente que acha que isso é a cruz dela, que ela vai ter que carregar pro resto da vida. Ela não acha que ela tem direito de sair dessa relação e ser feliz de outra forma, de se livrar disso, que é a cruz que ela tem que carregar pro resto da vida, é esse marido que faz isso com ela. Conversei bastante com ela sobre isso, reforcei com ela que é um estupro, né? Que é uma violência que ela está sofrendo. Mas é isso, ela não acha que tem que sair daquilo ali, e continua sofrendo. (Entrevista 3)

As possibilidades de atuação frente aos casos de violência também são escassas. Elas decorrem tanto de motivação pessoal da mulher, que por muitas vezes não quer judicializar a situação, seja por desejar seguir o relacionamento, seja por ausência de condições financeiras para se manter e manter seus filhos após a separação ou pela ausência de rede de apoio para além da relação, como da pouca estrutura de aparatos governamentais para garantir a proteção às mulheres vítimas de violência. Como dito por aí nas favelas cariocas, "*a Maria da Penha não sobe morro*". Os/as entrevistados/as desenvolvem, em comum, uma abordagem que está voltada a orientar a mulher sobre seus direitos e possibilidades de apoio, mas é comum que o

assunto se encerre naquela consulta. A partir de então, a sensação relatada foi de frustração e impotência por parte dos profissionais entrevistados, que acolhem essas mulheres, mas não conseguem impedir que a violência ocorra, e sua experiência mostra que mulheres que sofrem algum tipo de violência tendem a sofrê-las mais de uma vez.

A sexualidade da mulher envolve, também, a reprodução. A autonomia da mulher, nesse caso, previamente à concepção, diz respeito ao seu desejo pela maternidade. O direito a não ter filhos é tão importante quanto o direito a criar seus filhos dignamente, entretanto, no cotidiano dos/as entrevistados/as, é raro que mulheres que desejam engravidar busquem atendimento médico. Geralmente, as mulheres que desejam engravidar buscam a CF para interromper o método contraceptivo que estão utilizando, em especial o DIU que precisa ser retirado por um profissional, ou para realizar o teste de gravidez e confirmar se as tentativas deram certo. Mulheres que tiveram abortos espontâneos prévios também costumam procurar esse tipo de atendimento. Quando o teste é negativo, o MFC tem sua prática orientada a discutir e sugerir métodos de planejamento reprodutivo e tirar as possíveis dúvidas a respeito do processo de gestação, desde a concepção até o parto. O aconselhamento perpassa conceitos clínicos, como avaliação de infertilidade e prescrição de ácido fólico, assim como a escuta sobre as perspectivas de maternidade, rede de apoio e autonomia financeira para a criação dos filhos. O desejo pela maternidade, por vezes, surge como uma demanda de seus parceiros, e isso também é trabalhado dentro das consultas dos/as entrevistados/as, para criar um espaço em que a mulher entenda se o desejo também é dela, conforme exemplificado no trecho da entrevista a seguir:

No geral, são os parceiros que têm esse desejo e elas falam assim, "tô com esse parceiro novo, ele nunca teve filho, quer muito!". E aí quando eu questiono, "ta, mas e você?", ela "ah, não tava querendo muito não, mas como ele quer", sempre um discurso meio assim, sabe? Que eu lembre assim de mulheres que vieram nesse desejo, foram três, e duas foi isso do parceiro que queria, não era efetivamente ela. Uma não, ela realmente falou que tinha desejo de ser mãe, que ela nunca tinha tido filho, que ela realmente gostaria de ser mãe. Ela tem uma história bem sofrida de vida, bem vulnerável. Chegou a se prostituir, usava bastante droga e mudou, da água pro vinho, assim, a vida. Acabou entrando na igreja e conseguiu um emprego fixo. Parou de usar droga, de se prostituir e tal. Eu lembro que ela chegou a contar que tinha feito um aborto, e que era uma coisa que ela se sentia muito mal, que agora ela desejava ser mãe e não conseguia. Mas ela também tem lúpus. E aí a gente conversou sobre essas expectativas dela, sobre a questão do lúpus. (Entrevista 5)

A maternidade também pode ser vista como a afirmação de um lugar social importante dentro da favela. Geralmente mulheres jovens, com menos de 20 anos, têm desejo de engravidar pois isso pode representar uma emancipação da família, uma forma de se colocar diferente no mundo, de maneira mais autônoma, de ter mais visibilidade e respeito entre seus relativos, mesmo sem estudar ou se ter um emprego fixo. É um desafio para o MFC lidar com essas situações devido aos seus julgamentos prévios, provenientes de outro contexto, com outra

construção de maternidade, por entender que podem existir prioridades mais importantes para uma mulher nessa faixa etária. Nesse caso, a leitura de Lélia Gonzales (2020), pode trazer luz a discussão, quando ela descreve sobre a forma como a maternidade se impõe de maneiras diferentes a diferentes corpos, em especial, aos corpos negros, que é reforçado por Collins (2021), que traz à tona a maternidade como fator positivo e importante na construção da identidade política das ativistas afro-brasileiras, pelos laços com o valor atribuído a maternidade na diáspora africana. A proposta de atuação por parte dos/as entrevistados/as, nesses casos, é permitir uma reflexão sobre essa escolha, entender as expectativas daquelas mulheres, a participação de seus parceiros nesse processo e apresentar outras perspectivas para que elas possam fazer suas escolhas.

As mulheres que desejam evitar a gestação, por outro lado, buscam com maior frequência a Clínica da Família do que as que pretendem engravidar. As opções de método contraceptivo disponíveis na APS carioca são a camisinha (tanto a masculina como a feminina), o anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional oral somente de progesterona, injeção trimestral de progesterona, injeção mensal de hormônios combinados e DIU de cobre. Alguns meses após as entrevistas, a SMS do Rio de Janeiro passou a disponibilizar também o DIU hormonal. Caso a opção seja pela laqueadura, a paciente será inserida no sistema de regulação municipal chamado SISREG para que possa realizar o procedimento em um hospital de nível secundário ou terciário. As consultas para apresentação dos métodos contraceptivos, seu modo de usar e funcionamento no corpo, eram antigamente nomeadas como “planejamento familiar”, e por vezes ocorriam em grupos, no formato de palestras. Essa prática não é mais corriqueira, e a abordagem ao método é feita de maneira individual. A capilaridade da APS na comunidade e a facilidade de acesso a consultas médicas ou de enfermagem, assim como a disponibilidade dos métodos na farmácia da CF são imprescindíveis para evitar gestações indesejadas, e para que a mulher não tenha sua sexualidade condicionada à maternidade.

As mulheres atendidas, em geral, buscam o atendimento objetivando iniciar um método contraceptivo, ou renovar a receita do método que já utilizam. Nessas consultas, o MFC é orientado em sua formação a oportunizar a avaliação sobre o uso correto do método, se há alguma contra indicação clínica para o método de escolha e sempre é oferecido o DIU como opção, por se tratar de um método de longa duração, sem necessidade de manutenção e com as menores taxas de falha dentre as opções possíveis, e a decisão final sempre é da paciente. Geralmente elas já têm uma ideia prévia de qual método querem utilizar, e é comum que exista um preconceito ou medo relativo ao uso do DIU, a ser desmistificado.

A contracepção de emergência também está disponível, com duas opções: a pílula hormonal (conhecida como “pílula do dia seguinte”) ou o DIU de cobre, que pode ser inserido em até 5 dias após uma relação sexual desprotegida. Os/as MFC recebem conhecimentos prévios, em sua formação, a respeito desses métodos. No entanto, não é comum que as mulheres procurem consulta nesses casos. E, quando procuram, o método mais utilizado é a pílula do dia seguinte, segundo as entrevistas. Nenhum entrevistado teve experiência em inserção de DIU como contracepção de emergência. Geralmente, a busca por atendimento após uma relação desprotegida ocorre devido a preocupações com relação a infecções sexualmente transmissíveis (IST), semanas após o ato sexual, já não sendo possível oferecer a contracepção de emergência. Os/as entrevistados/as relataram sentir-se mais confortáveis nas consultas de contracepção, pois sentem que estão participando da promoção da autonomia sexual dessas mulheres de maneira mais eficaz.

Outro espaço que as mulheres adscritas à CF Maria do Socorro têm para relatar suas experiências vividas é o grupo de mulheres. Ele ocorre a cada 15 dias no terraço de uma ONG externa à clínica, e é conduzido por preceptores e residentes. Ele acontece desde 2019, idealizado por uma das residentes da época. Durante a pandemia da COVID-19 o grupo se manteve em uma frequência menor, de maneira remota, e há dois anos voltou a ser presencial. As participantes do grupo são mulheres de 15 a 60 anos, sendo proibida a participação de homens e crianças. O grupo sempre começa com um alongamento ou meditação e termina com um café da manhã coletivo. Sua organização é a partir de dinâmicas e rodas de conversa, e diversas metodologias são utilizadas, como as experiências de teatro do oprimido de Augusto Boal, dinâmicas de brincadeiras de infância para resgatar memórias e entender círculos de vida etc., utilizadas para desenvolver alguma questão disparadora específica.

Os assuntos tratados no grupo são diversos, e geralmente relacionados à sexualidade e violência de gênero. Já foi trabalhado coletivamente a questão da libido, com conversas sobre masturbação e formas de prazer feminino, por exemplo. A motivação inicial para a criação do grupo foi justamente a percepção da alta demanda de mulheres vítimas de violência e a necessidade de mais um espaço de acolhimento e escuta para elas, entendendo que se trata de uma demanda de difícil manejo individual. Apesar de, por muitas vezes, os casos de violência se tratarem de assuntos confidenciais que as mulheres não querem expor publicamente, a sexualidade da mulher é uma construção social e coletiva e as histórias se entrelaçam. Portanto,

a clínica coletiva peripatética¹³ é um potente espaço para criação de mecanismos de enfrentamento a situações de opressão e violência, e permite criação de novos vínculos e novas perspectivas frente aos temas vivenciados pelas mulheres.

No geral, a gente leva alguma coisa disparadora, algum tema, uma música, cartaz, alguma coisa por escrito, alguma proposta dinâmica. E daí a gente começa a discutir questões de gênero. Flui muito bem. Muitas delas já se apropriaram do grupo e elas mesmas já começam ali a falar. Às vezes a gente nem precisa levar nada. O grupo já inicia ali por si só. Às vezes só de esperar outras que tão chegando a gente já começa a conversar. No final, quando satura um pouco ali, a gente faz uma roda, a gente faz uma cantiga juntas, que é super potente, assim, é lindo. Tem as regrinhas do grupo, fala quem quiser, o que é dito lá fica lá, tentar respeitar o tempo de fala de cada uma, não aconselhar, falar de si, não tentar dar conselho pra outra. A maioria das mulheres que frequentam são mulheres mais velhas, mas tem uma rotatividade grande, assim, de mulheres que vão uma, duas vezes e daí às vezes se fortalecem um pouquinho ali e saem. Hoje eu recebi uma notícia de uma delas que tinha uma depressão grave, já tinha tentado suicídio várias vezes, foi pro grupo e teve muito suporte ali, foi muito legal ver a evolução dela. Ela saiu porque arrumou um trabalho e aí hoje ela me contou que passou no vestibular de pedagogia e tava mega feliz que ela tinha conseguido conquistar isso. A partir do grupo, ela fez um grupo de adolescentes pra trabalhar artes com eles, foi uma ocupação que ela tava afim de fazer, ela desenha e tal. E daí veio a ideia de fazer pedagogia. Então o grupo já me trouxe frutos. A mim não, né? A nós todas. (Entrevista 6)

A sexualidade da mulher não é um fato objetivo, e tampouco simples de ser compreendida. Para que tenha o direito de sentir prazer na relação sexual, é preciso enfrentar diversas adversidades impostas pelo patriarcado desde o seu nascimento. O MFC é formado e socializado, por intermédio de sua residência em Clínicas da Família, para garantir a saúde das mulheres, entretanto sua formação também está inserida nesse contexto patriarcal e de classe. Abordar esse tema na consulta, portanto, não é tarefa simples e prescritiva, como simplesmente perguntar se ela deseja ou não engravidar, e prescrever um método contraceptivo de escolha. Existe uma trajetória a ser percorrida até o entendimento dos limites de seu corpo, sua autonomia sexual, seu direito a dizer não frente às demandas do parceiro, a construção de seus desejos e o impacto de seus traumas vividos. O consentimento sexual não se trata de um conceito objetivo e óbvio, portanto, a caracterização do estupro tampouco o é. A gestação não desejada é um dos desfechos trágicos experienciados pela sexualidade das mulheres, e essa sexualidade é atravessada por diversas outras formas de violência e repressão.

6.4.2 Concepção: Gravidez como diagnóstico ou presente divino?

¹³ Segundo Antonio Lancetti, a clínica peripatética é uma clínica que não tem sede fixa. É praticada em movimento, fora dos espaços entre as quatro paredes do consultório, onde se inauguram novas formas de conexões terapêuticas. LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, v. 3, 2006.

O acolhimento de uma mulher gestante se inicia com o diagnóstico de gravidez. Para isso, as Clínicas da Família realizam o teste rápido de gravidez (TIG), exame realizado na urina e cujo resultado fica disponível no momento da sua realização. Portanto, é fácil, rápido e acessível. Existe um protocolo a ser seguido, denominado de “aconselhamento pré teste”. Nenhum exame na APS deve ser realizado sem que se discuta com a paciente as possíveis implicações de seus resultados. Portanto, antes de realizar o TIG, existe uma conversa a respeito da suspeita de gravidez para compreender quais as expectativas daquela mulher com relação à maternidade e aos possíveis resultados do teste, e o que ela pretende fazer caso seja positivo ou negativo. Todas essas orientações estão esquematizadas na cartilha de gravidez indesejada na APS, publicada em 2021 pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, em parceria com o Instituto Anís de Bioética (ANIS, 2021).

Após o aconselhamento pré-teste, a mulher realiza o exame em local privativo, geralmente dentro do consultório, com um médico ou enfermeiro, mas também pode levar o teste para realizar o exame em casa. A maior parte dos pré-natais se iniciam dessa maneira, a partir do TIG realizado na própria CF, e o diagnóstico é geralmente realizado durante o primeiro trimestre de gravidez. As mulheres solicitam o exame devido ao atraso menstrual, e algumas vezes para confirmar o exame feito em casa com o teste comprado na farmácia. Nas situações de maior vulnerabilidade, podem ocorrer casos em que a mulher inicia o pré-natal no segundo ou terceiro trimestre, aumentando os riscos de complicação na gravidez. Em outras ocasiões, menos comuns, a mulher já realizou ultrassonografia no setor privado de saúde e chega na CF com a gestação confirmada, apenas para iniciar o pré-natal.

Com o diagnóstico confirmado de gestação, o passo seguinte pode ser a interrupção da gravidez ou iniciar o pré-natal, que são as consultas periódicas de acompanhamento da gestação. A primeira informação a ser compartilhada na abertura do pré-natal é a respeito do planejamento e do desejo daquela gestação. Para a contextualização da gravidez, busca-se entender se foi uma relação sexual consentida e se o parceiro é fixo ou esporádico. Os/as entrevistados/as relataram ser mais comum apresentar uma preocupação com o contexto e com as condições nos casos em que a gestação não é desejada. Como já discutido previamente, as noções de violência sexual e consentimento são complexas e nem sempre facilmente colocadas. Diante de uma gestação confirmada, esse assunto torna-se ainda mais delicado, como exemplificado no trecho seguinte:

Eu converso sempre que ela fala que não queria engravidar. Justamente porque eu penso, se ela não queria engravidar, pode ser que ela tenha o desejo de realizar um aborto. E pode ser que esse aborto esteja dentro da constituição. Que é mais fácil... quer dizer... menos difícil da gente conseguir. E aí, por isso sempre pergunto sobre

essa questão do consentimento e eu vejo muita dificuldade das meninas de poderem discernir isso com clareza. Eu não sei se é só pelo fato de eu ser um homem perguntando ou eu não sei se é pelo fato de elas mesmas não terem muita reflexão sobre isso. Já vi algumas vezes elas falando assim "Ah, pois é, eu já não estava com muita vontade, mas tipo, não foi violento não." Eu acho que elas têm uma compreensão de que mesmo elas não estando com vontade, isso não seria um estupro. Isso é uma coisa que eu com frequência tenho que explicar, orientar e conversar dizendo que isso também é uma violência sexual, se ela não quer transar e o cara insiste, isso já é uma violência. Eu acho que essa é a parte mais enrolada, sabe? (Entrevista 2)

O acolhimento dessas mulheres se dá, em seguida, abordando quais seus planos a partir daquele diagnóstico. A religião surge como fator importante nesse momento, uma vez que muitas mulheres percebem a gestação como um “caminho que Deus escolheu”. Portanto, levam a gestação adiante sem questionar. Para aquelas que estão em dúvida ou abaladas com a notícia, a abertura do pré-natal é postergada para que ela tenha tempo de reflexão e tomada de decisão sem que se sinta pressionada pelo serviço de saúde. No entanto, falar sobre decisão a respeito daquela gravidez pode causar espanto nas mulheres, uma vez que a maternidade é verticalmente imposta, e o aborto estigmatizado, como ilustrado no trecho a seguir:

Mesmo não sendo planejado, eu pergunto se deseja, se quer levar a gravidez adiante, se conhece as opções, caso não queira levar a gravidez adiante. E também eu sinto que é um tema difícil. Geralmente a gente fala com essas palavras, e as pessoas têm dificuldade de entender. “Mas como assim não levar a gravidez? Tô grávida, não tenho escolha, né?” Então é muito frequente não saberem que existe a opção de levar a gravidez adiante e colocar para adoção, e não criar o filho. Poucas também consideram o abortamento como opção, pelo menos numa conversa inicial. (Entrevista 4)

Essa abordagem a respeito das expectativas e desejos, e a abertura de um diálogo a respeito da escolha sobre a maternidade pode causar um espanto inicial, mas, ao mesmo tempo, segundo as entrevistas realizadas e a própria prática da pesquisadora, muitas se sentem acolhidas e mais confiantes para conversar a respeito de sua sexualidade com seu MFC. A recusa à maternidade é uma recusa à realidade imposta, portanto, pode se tratar de um assunto complexo e, por vezes, assustador. As mulheres que desejam ser mães, mesmo quando a gestação não foi planejada, são da mesma maneira acolhidas dentro de seu pré-natal.

A maioria das gestações no Brasil não são planejadas (LEAL, 2014), no entanto, falar sobre desejo é entrar em uma outra esfera da subjetividade, que envolve aspectos sociais e religiosos. A maternidade é imposta verticalmente, e sua recusa é condenada e estigmatizada, e se concretiza no ato de abortar.

Normalmente, eu pergunto pra ela se ela já escutou sobre – se ela gostaria de abortar. Se ela sabe os métodos de aborto, se ela conversou alguma vez com alguma pessoa que indicou pra ela abortamento, ou se ela gostaria de ter o filho e depois doar. Começo por aí. E aí tem umas que falam "Não, mas como que eu vou abortar? O que as pessoas vão pensar", "Ué, deixa ela, o mais importante é o que você pensa de você mesma, você vai se sentir muito incomodada? Como vai ser isso pra sua mente?". E, às vezes, falam da religião: "que eu vou pro inferno", e eu respondo "Mas aí você acha que Deus vai te mandar pro inferno por isso por quê? Você acha que é um Deus tão

maravilhoso, mas que não vai te perdoar?". Porque eu acho que o mais difícil nessas consultas é a pessoa, depois, não se julgar pra ela poder decidir melhor. Porque ela faz, mas fica se julgando e entra num sofrimento mental por ter feito. Tento trabalhar muito isso. (Entrevista 9)

6.4.3 Pós Concepção: O aborto como possibilidade

Após o diagnóstico da gestação, deve-se decidir qual caminho tomar - o início do pré-natal ou orientações a respeito da interrupção da gestação para os casos de aborto legal ou de redução de danos para os casos de aborto ilegal. Nesse tópico, que aborda o momento após a concepção, serão discutidos os casos em que a gestação não é desejada, aqueles decorrentes de estupro e casos nos quais o desfecho foi a interrupção voluntária da gestação, legal ou ilegal, e como foram conduzidos pelos participantes dessa pesquisa.

Não é fato comum na APS iniciar um pré-natal no qual a mulher relata ter sido vítima de um estupro, e os motivos para isso já foram amplamente discutidos, e envolvem o estigma e o silenciamento das mulheres vítimas de violência. A noção de que a relação que resultou na gestação foi violenta, por vezes, é construída durante a consulta, a partir do diálogo e da escuta atenciosa, como no trecho abaixo reproduzido de uma entrevista:

A gente se deu conta de que era um abuso conversando. Era uma mulher que tava com um cara e aí ela veio me contar, muito ansiosa, que um dia eles foram ter uma relação e ele tirou a camisinha sem o consentimento dela. E até então ela não tinha entendido o que isso era um estupro, assim, isso é uma violência sexual. Mas ela tava muito indignada, com muita raiva dele, achando que ele tinha jogado baixo, muito, muito ansiosa. Ela já tratava de ansiedade com a gente, ela vinha em consultas regulares tratando de ansiedade, aí isso aconteceu, ela veio para uma consulta e me contou. E aí eu falei isso pra ela, que se tinha sido uma relação que ela não tinha tido consentimento, dele ter tirado o preservativo, de ter forçado ela a manter essa relação sem preservativo, que eu entendia que aquilo era um abuso, que ela tinha o direito legal do aborto. E aí ela, de prontidão falou "eu quero, eu quero, eu não quero ter esse filho, não quero ter um bebê agora e tal". Pedi orientação para uma colega, ela me falou qual a maternidade que era pra mandar, tinha um plantão específico que tinha pessoas que eram mais acolhedoras, daí fiz uma carta explicando um pouco a situação para tentar evitar de revitimizar e ela ter que explicar tudo lá de novo. E dizendo que ela já tinha tido o primeiro atendimento aqui, que já tinha recebido profilaxia, que já tinha tido o acolhimento. E orientei ela a ir lá. Ela não foi. Era pra ir no dia, ou no dia seguinte. Ela não foi e voltou pra casa e daí ela sofreu uma violência física dele, ele agrediu ela. E ela teve um abortamento espontâneo. Ela me trouxe uns dias depois, uma foto de um embriãozinho na mão dela assim daí ela viu, foi super pesado, mas foi a única que eu lembro de ter chegado a encaminhar mesmo, assim, sabe? (Entrevista 6)

Existem alguns casos em que a gestação decorreu de violência sexual e as mulheres optaram por seguir a gestação. Houve um relato importante de uma mulher com gestação decorrente de abuso sexual, e, nesse caso, a mulher optou por seguir com a gravidez pois considerava "pecado" o ato de abortar. A MFC que a acompanhou teve uma infância cristã,

assim como a gestante, e tentou aproximar-se dela a partir desse ponto em comum para acolher suas demandas e explicar que existia a opção legal de interrupção de gestação nesse caso. Essa gestante tem 26 anos e vive com o autor do abuso sexual, também autor de violência física contra ela. No início do pré-natal, ela encontrava-se em situação análoga à cárcere privado, ficando trancada em casa junto a seu filho de três anos, proveniente de outro casamento, e só pode sair junto com ele, caso o parceiro autorizasse. Ela só comparecia às consultas na CF caso ele estivesse junto.

Essa primeira consulta, na qual conversou-se a respeito da escolha pela interrupção ou seguimento da gestação, foi feita em visita domiciliar, em um momento no qual seu esposo não estava em casa, através da porta que estava trancada. Nas consultas subsequentes de pré-natal, foi solicitado que ele aguardasse do lado de fora do consultório para que ela tivesse privacidade e segurança para conversar. A mulher em questão não interpreta o ato de deixá-la trancada em casa e de forçar a ter relação sexual como violência, pois, para ela, é o jeito dele amá-la. Entende como violência somente a agressão física, e disse que essa não ocorreu mais, e, caso ocorra novamente, ela vai embora. Ela é do Ceará e não tem família no Rio de Janeiro, mas deseja voltar para seu estado de origem após o parto. Acredita que perto de sua família ele não fará essas coisas com ela. Perguntei para a entrevistada sobre seus sentimentos ao lidar com essa situação, e ela respondeu:

A princípio eu queria bater nele. E aí depois, é muito triste você ver como a gente permite algumas coisas e como a gente não enxerga. Porque ela é linda, ela é uma mulher bonita, inteligente, mas ela não enxerga que está sofrendo esse tipo de violência. E eu não sei nem se realmente ela gosta dele, porque eu já perguntei e ela não sabe me responder. (Entrevista 9)

Nessas situações, os sentimentos e expectativas do MFC também são colocados à prova. O MCCP auxilia a criar um campo neutro na relação médico-paciente, mas seu interlocutor ainda é uma pessoa com seu contexto e histórias próprias. É a partir do encontro dessas duas histórias que a relação se cria, mediada pelos aparatos e ferramentas técnicas de comunicação clínica. Em uma outra situação, em que uma jovem de 13 anos, gestante de seu namorado de 12 anos de idade, decidiu prosseguir com a gestação, o profissional entrevistado se viu colocado no mesmo impasse. Legalmente, a criança tinha direito ao aborto, pois sexo antes dos 14 anos é considerado estupro de vulnerável. No entanto, as famílias de ambos se mostraram totalmente contra a interrupção voluntária da gravidez, assim como a gestante. O entendimento da equipe, segundo a entrevista, é que uma gestação para aquela menina, naquela idade, poderia trazer implicações muito negativas para a família e para a criança envolvida. No entanto, a família e a menina se mostraram favoráveis ao prosseguimento da gravidez, portanto, coube ao

profissional entender e acolher a decisão daquela família, sem conduzir ou induzir por uma decisão ou por outra.

Nesses dois últimos casos, as mulheres envolvidas teriam direito ao aborto legal, foram orientadas e optaram por seguir com a gestação. O aborto como direito reprodutivo, por conseguinte, não se trata de uma obrigação, e sim de um direito de escolha frente a situações trágicas e traumáticas na vida da mulher, na retomada de sua autonomia. Novamente, é importante ressaltar que o aborto, ainda que não seja um assassinato, não é um método contraceptivo. Se configura, por sua vez, em uma opção de recusa, por parte da mulher, à imposição da maternidade.

Os/as entrevistados/as mostraram clareza quanto às prerrogativas legais e éticas com relação ao aborto. Sabem sobre a não necessidade de boletim de ocorrência (B.O.) ou envolvimento judicial, incluindo os casos de violência sexual. No entanto, o fluxo de encaminhamento não é claro, e mesmo aqueles que tiveram alguma experiência na condução de um caso de aborto legal demonstraram dúvidas quanto a quais caminhos seguir e qual seria a maternidade destinada a lidar com esses casos. Na teoria, toda maternidade deveria realizar o procedimento de aborto legal, mas o que a prática nos mostra é que esse processo é operador dependente, ou seja, depende do ginecologista e obstetra de plantão escalado para o momento do acolhimento da mulher com direito à interrupção voluntária da gravidez. Cabe ressaltar que a objeção de consciência isenta o médico de realizar um procedimento que seja contrário a suas premissas morais, no entanto, solicitar documentos desnecessários ou impedir o acesso dessa mulher a um serviço que garanta seu direito pode ser configurado como negligência médica (ADESSE *et al.*, 2016).

O envolvimento na condução do caso de aborto legal pode se apresentar de maneira direta, quando o MFC assistente é o que presta os atendimentos, ou indireta, quando um preceptor orienta seu residente, mas não participa dos atendimentos à mulher em questão. Uma das mulheres encaminhada à maternidade do Hospital Miguel Couto para aborto legal havia sofrido violência sexual de seu parceiro fixo e, quando chegou ao hospital, foi questionada sobre a veracidade da violência sexual, e orientada a realizar um B.O. Como ela já havia sido orientada previamente sobre a não necessidade de B.O. na Clínica da Família, ela retornou para novas orientações. A equipe entrou em contato com a gestão, que orientou que ela buscasse o hospital em determinado turno, para falar com uma pessoa específica que seria a supervisora da maternidade e que iria garantir o acesso ao procedimento. Esse não foi o único relato em que a mulher não foi acolhida pela maternidade, devido à equipe questionar a situação de abuso. Os casos em que o procedimento foi realizado sem intercorrências ou revitimização da mulher

foram aqueles em que houve contato prévio com a gestão regional ou com outros profissionais que já haviam encaminhado casos parecidos, para entender qual seria o melhor fluxo.

O caso mais marcante relatado nas entrevistas foi o da criança de 12 anos que estava gestante, atendida por um/a dos/as entrevistado/as. Era uma criança já acompanhada na equipe, que apresentava várias questões familiares por comportamentos, com histórico de fuga de casa e de uso de bebida alcoólica ou outras drogas. Sua mãe já havia solicitado método contraceptivo para ela, ela optou pelo método injetável, porém com frequência esquecia de aplicar. Um dia ela chega em consulta gestante, acompanhada da mãe e da avó, ambas com sensação de desespero e incerteza. Por sua idade, ela teria direito ao aborto legal. Inicialmente, sua mãe mostrou-se favorável ao aborto, porém a criança, que apresentava relação conflituosa com a mãe, tinha sentimentos ambivalentes. Sabia que a maternidade seria uma experiência negativa para ela, mas queria se opor à decisão de sua mãe. Acabou optando pelo atendimento para a realização do aborto. A equipe, então, entrou em contato com a coordenação regional de saúde da mulher, que fez o contato com o Hospital Miguel Couto, e orientou o dia em que ela deveria procurar atendimento, de acordo com o plantonista. Em sua primeira ida à maternidade ela foi bem acolhida no hospital, atendida por uma psicóloga, mas acabou optando em não abortar, e a equipe se colocou à disposição caso ela mudasse de ideia. Voltou para casa, e dois ou três dias depois mudou novamente de ideia, retornando à maternidade e interrompendo a gestação, realizado sem nenhuma intercorrência para sua saúde. O processo, desde a descoberta da gestação, que passou pela tomada de decisão, até o desfecho do aborto demorou cerca de dez dias.

Trata-se de uma menina no início de sua vida puberal, ainda com pouca compreensão das implicações da maternidade para sua vida, segundo o entendimento do/a entrevistado/a. Como a gestação estava nos seus primórdios, ela não teve muita mudança corporal, o que também afeta a internalização e a conscientização sobre os processos de gestação e maternidade. A equipe entendia que era um direito dela, mas também estava insegura se ia ou não conseguir efetivá-lo, uma vez que ninguém tinha experiência prévia com esse tipo de situação, e se surpreenderam positivamente com a facilidade da realização do procedimento, conforme relatado neste trecho:

Foi surpreendentemente mais fácil do que eu esperava. Achei que iam se negar, que pudessem tratar ela mal – era um medo que eu tinha também – mas eles foram super bem tratados. Não precisou de nenhum documento no hospital. O Conselho Tutelar já tava por dentro do caso por essa coisa dela fugir de casa e fugir da escola. Eles meio que já conheciam. E eu lembro que o conselheiro chegou a sentar com ela e com a mãe, mas não exigiram isso no hospital. (Entrevista 8)

A criança teve alta da maternidade sem nenhuma complicação, e seguiu sua vida normal. A impressão da equipe é a de que ela não elaborou os impactos que essa gestação poderia ter causado na vida dela. Hoje ela está em uso do anticoncepcional injetável trimestral. Sua mãe ficou gestante dela com 13 anos, e foi muito impactante para ela lidar com a gestação da filha, na mesma idade. É uma mãe religiosa, que não procuraria o aborto de maneira clandestina, mas aceitou por ser legalmente aceito. Se está permitido pela lei, não é pecado, pelo entendimento dela. Nesse caso, a descriminalização do aborto contribuiu diretamente para a reversão de estigma em torno do procedimento, reforçando a importância da descriminalização e do debate público. O desfecho representou um alívio para a família, segundo o relato:

Ela ficou bem aliviada com o aborto, bem aliviada. Porque acho que na cabeça dela, ela não procuraria o aborto por conta, por entender que isso é contra a lei de alguma forma. Acho que por ela ter religião, ela também teria que levar isso adiante que ela tava fazendo alguma coisa errada. Mas como foi oferecido por meios legais, ela entendeu que isso era possível, tipo, se ela tem direito, não é uma coisa... um pecado, um crime. Por isso que ela acabou fazendo. O desespero foi por eles não terem buscado por conta porque é muito contra os princípios. É isso. As pessoas não sabem. Ela veio abrir pré-natal no desespero, não veio "estou grávida, sei que tenho direito e gostaria de não ter a gestação". Pensando que se fosse em outro lugar e ninguém tivesse falado, talvez ela não saberia a tempo. Ou se fosse um lugar em que o fluxo não funciona e o médico alega objeção de consciência e ninguém faz. (Entrevista 8)

O Brasil apresenta uma das legislações mais restritivas do mundo com relação ao aborto. Portanto, é frequente que existam mulheres que não desejam seguir a gravidez, mas que não se enquadram na lei das permissividades do aborto. Nesses casos, ainda que os/as MFC se sintam capacitados sobre os casos legais, geralmente se sentem inseguros quanto às orientações que são permitidas, conforme se depreende das entrevistas.

Em 2021, o GT de Mulheres da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade lançou a cartilha de gestação indesejada na APS, com orientações práticas, técnicas e legais para acompanhamento e seguimento de mulheres em caso de gestação indesejada e seus possíveis desdobramentos, incluindo as situações que envolvem o aborto clandestino. Essa cartilha foi amplamente utilizada na prática dos/as entrevistados/as, que se sentiram capacitados e respaldados. As orientações, nos casos de aborto ilegal, visam a redução de danos. É permitido ao médico se colocar à disposição para prestar atendimento caso haja alguma complicação, orientar sobre fontes seguras de informação a respeito de medicação e dosagem, disponíveis em domínio público na internet, e é vetado ao médico tanto prescrever a medicação abortiva ou orientar onde pode ser adquirida como denunciar a mulher que realize o procedimento. O aborto pode ser um procedimento seguro, mais seguro que a extração de um dente siso e muito mais seguro que um parto normal (ANIS, 2021). O que mata é a

clandestinidade e a falta de informação. Negar informações básicas, colocando a mulher em risco, pode se configurar como negligência médica.

Algumas mulheres procuram a CF antes e depois de realizar o procedimento de maneira ilegal, para avaliação de seu estado de saúde, outras o fazem sozinhas, e não retornam para serem avaliadas por seus médicos. Esse tipo de atendimento é mais comum e mais frequente do que os casos de aborto legal na rotina dos/as MFC. Ainda assim, existe medo e insegurança com relação a esse tipo de atendimento, uma vez que as prerrogativas legais não são tão claras. A cartilha foi crucial para a prática médica nessas situações. Após o lançamento desse material de consulta, percebe-se que os/as entrevistados/as se sentiram mais seguros para ouvir, acolher, dar o tempo que a mulher precisa para decidir e orientar o que é permitido visando a redução de danos. Os residentes de primeiro ano entrevistados, que ainda não vivenciaram esse tipo de consulta, sentem-se mais inseguros, pois não foram preparados durante a faculdade, mas encontram apoio na preceptoria para orientação sobre a melhor forma de conduzir as situações. O contexto de trabalho dos/as entrevistados/as, com espaço para conversar sobre o aborto e maternidade com poucos estigmas, apoiados por um material teórico e de proteção jurídica (a cartilha da SBMFC), permite que o aborto seja compreendido e colocado como uma possibilidade frente a uma gestação indesejada.

6.5 OPINIÕES PESSOAIS DOS/AS ENTREVISTADOS/AS: LIMITES ENTRE A LEGALIDADE E A ILEGALIDADE

Todos os/as entrevistados/as se mostraram favoráveis à descriminalização do aborto. As opiniões sobre o aborto relatadas envolvem os serviços disponíveis, a qualidade dos serviços, a formação acadêmica e as possibilidades de atuação.

Existe uma demanda por uma formação acadêmica mais abrangente, que envolva temas de gênero e sexualidade, para além da técnica. os/as médicos/as não são, afinal, meros prescritores. E, no caso do aborto, não basta simplesmente aprender a prescrever misoprostol na dosagem certa e ter a permissão legal para isso. O atendimento é muito mais complexo que uma dose de medicação. O trecho a seguir fala a respeito da demanda por uma formação mais completa e macro-holística:

Eu acho que como graduação seria bem interessante se as faculdades tivessem, nem que fosse uma matéria em um período, sobre uma pegada mais humana da medicina, pelo menos a minha faculdade, que foi uma faculdade particular de medicina, a gente tinha muita coisa clínica, teórica e pouca coisa humana. A gente não estudou muito coisas humanas, saúde da população negra, saúde LGBT, populações vulnerabilizadas, a gente não estudou esse tipo de coisa. Abortamento era um tópico

da matéria de gineco que eu sentia que era para fazer a prova da residência, mas a gente não tinha uma pegada mais profunda nisso. Então acho que na graduação seria legal se tivesse uma matéria de medicina humana, sei lá, uma coisa assim. (Entrevista 1)

Além da educação, um fluxo estabelecido e claro dentro da rede de serviços de saúde, organizado pela gestão, pode ser fundamental para garantir o acesso a essas pacientes ao serviço, além de ser também um fator de proteção a essas mulheres vulnerabilizadas. As maternidades que prestam os atendimentos de aborto legal o fazem de maneira heterogênea. É importante sensibilizar os profissionais que atuam nessa linha de frente, com intuito de reduzir o estigma.

Os fluxos tampouco são claros, segundo as entrevistas, e é importante que sejam esquematizados pelos serviços de gestão em documentos de fácil acesso para todos os profissionais e toda a população. Para saber onde ser atendido em uma Clínica da Família, o cidadão pode colocar seu endereço em uma plataforma chamada “onde ser atendido”, que o informa sobre qual é sua Clínica da Família e qual a equipe que o acompanhará. No caso do aborto legal, nem mesmo os/as profissionais entrevistados/as sabem onde realizar ou como encaminhar corretamente, portanto, é uma informação que não chega para a população em geral. Além da elaboração de fluxogramas para facilitar o acesso ao aborto legal, foi sugerido por um/a dos/as entrevistados/as que o procedimento fosse realizado nas próprias Clínicas da Família, uma vez que se trata de procedimento simples e ambulatorial, e as mulheres podem se sentir mais confortáveis para lidar com esse evento impactante de suas vidas caso seja conduzido por uma equipe com a qual elas já têm um vínculo pré-estabelecido. Ademais, o acesso às clínicas da família é mais fácil que a uma maternidade. os/as MFC entrevistados se sentiriam mais resolutivos e participantes do cuidado se tivessem essa possibilidade. Em adendo, os atendimentos são mais homogêneos na CF Maria do Socorro, uma vez que se trata de uma unidade de saúde com função formativa, e seus profissionais estão em processo de educação continuada, conforme ilustrado a seguir:

Eu acho que aqui na clínica a gente consegue, por meio de educação continuada com os residentes e com os enfermeiros, a gente consegue fazer esse atendimento mais ou menos uniforme. Eu acho que todo mundo tem uma noção do que fazer, se a paciente fala que ela engravidou e que ela está dentro dos critérios previstos em lei. Mas eu acho que quando chega na maternidade que é o problema. Mesmo quando tá dentro dos critérios em lei, como caso de violência sexual, né, já foi difícil, né. Então acho que esse é o maior problema. Acho que é a questão da heterogeneidade do atendimento na maternidade. Tem pessoas que comentam que encaminharam pra aborto legal, menina de 12 anos e que foi tranquilo, não teve o estresse que a gente teve, por exemplo, da paciente voltar porque pediram um B.O, sabe?. Então, acho que é muito dependente do plantonista, muito dependente de quem faz esse atendimento na maternidade. (Entrevista 2)

Às vezes as pessoas misturam o que é o seu dever ali enquanto profissional e o que a pessoa acredita. Então, eu acho que isso é o que eu vejo de principal problema, depende do plantonista que tá, né? Eu tenho amigas que fazem Ginecologia e Obstetrícia. Aí eu acabo ouvindo muito, elas falam assim "Ah, se chegar tal plantão aqui na maternidade eu sei que não vão dar, né. Se chegar em outro, às vezes a pessoa nem sabe o que seria um aborto legal. Mas como a gente faz? Então assim, é isso, eu acho que acaba que enviesa muito pelo que a pessoa que tá ali acredita e faz. (Entrevista 5)

O acesso à informação sobre o aborto também é pouco difundido. os/as MFC entrevistados sabem quais os casos em que o aborto é legal e quais as exigências para conseguir o procedimento, mas essa informação chega nas mulheres? E nas mulheres da Rocinha? Uma sugestão depreendida das entrevistas, que poderia melhorar o acesso a esse tipo de informação, seria a confecção de materiais visuais e gráficos informativos nas paredes das Clínicas da Família. A falta de informação sobre aborto legal foi considerada, na análise das entrevistas, como uma importante barreira de acesso. A falta de informação envolve conhecimento sobre violência, consentimento, locais onde podem ser atendidas e quais os seus direitos. Mesmo mulheres que são atendidas a longo de sua vida na mesma Clínica da Família, por vezes não sabem que podem encontrar ali um apoio para lidar com uma gestação não desejada, segundo a análise das entrevistas. O trecho a seguir traz uma reflexão acerca dos efeitos da legislação restritiva a respeito do aborto e suas implicações na saúde das mulheres que realizam o procedimento:

Acho que precisa se falar, ser ensinado. Pelo o que eu já li, no Brasil a gente nem tem acesso às primeiras linhas de escolha de procedimento. A gente só tem misoprostol em caso de aborto legal. Tem país que usa o mifepristona, que aumenta a eficácia em 96%, uma coisa assim. Tem uma limitação, a gente faz muita curetagem quando a gente poderia fazer aspiração a vácuo, que é muito mais eficiente. Acho que só isso já mostra que não tem muito interesse social de oferecer a primeira linha dos procedimentos porque existe uma coisa dogmática mesmo. E tem a ver com a nossa sociedade, em que isso não é importante. (Entrevista 8)

A legislação não determina, conforme já discutido, se as mulheres vão abortar ou não. A criminalização, por sua vez, determina quem vai ter atendimento e assistência médica para o procedimento e quem vai sofrer as consequências pela clandestinidade. Para que todas as mulheres que abortam ou abortaram fossem julgadas e penalizadas com reclusão de liberdade, seria preciso aumentar em 5x o número de cadeias no Brasil (DINIZ, 2016). Seguem algumas transcrições das opiniões a respeito da legislação do aborto, a partir experiências pessoais e profissionais:

Minha opinião é que eu acho absurdo a gente não ter uma legalização do aborto. Eu acho que os países que legalizaram, tipo Uruguai, já mostraram que esse negócio de "ai, vai aumentar a taxa". Que isso é balela, as pessoas vão abortar sendo permitido ou não. A diferença é que as pessoas vão morrer muito mais não sendo permitido. Eu acho que muitas meninas aqui são mães muito novas e por terem pouco acesso à informação ou por sofrerem muito preconceito dentro de casa ali em relação a esse assunto acabam engravidando várias vezes e não fazem abortamento porque tem essa dificuldade de acesso porque tem esse estigma em cima disso e acabam botando no

mundo várias pessoas que elas não queriam botar. Então, tem filhos que elas não querem ter e também não dão pra adoção, porque é outra coisa que é super estigmatizada aqui, eu já tentei conversar disso com várias gestantes minhas e "ah não, mas não vou botar pra adoção" então eu acho que o abortamento legal seria uma forma de diminuir isso, de fazer com que as pessoas tivessem mais chance de escolha. Porque eu sinto que a verdade é essa. Que, cara, quem é rica tem escolha, e quem é pobre não tem. Eu acho absurdo, mas acho que é uma coisa muito distante ainda da nossa realidade, infelizmente. (Entrevista 1)

Eu acho muito ruim, muito pouco inclusiva. Então acaba que no fim das contas as mulheres que tem mais condição financeira conseguem fazer o aborto seguro e as mulheres que não tem condição financeira fazem o aborto inseguro, estão mais sujeitas à infecção, à violência, à humilhação. Então eu tive casos, por exemplo, de amigo da minha irmã, minhas amigas e tal, que foram fazer, até colegas médicas que fizeram abortamento, foram à consulta, fizeram AMIU. Alguns até conseguiram pelo plano de saúde. O profissional escreveu que era, sei lá, retirada de mioma, e a galera fez tudo da maneira mais segura possível. E aqui a gente tem pessoas comprando cytotec, nem sempre vem pedir nossa ajuda pra isso, nem todo mundo sabe que pode, usando uma dose totalmente errada, pessoas colocando objetos, tomando chás esquisitos, sabe? Acho que a legislação, ela devia incluir, assim, o direito da mulher de ter ou não ter a gestação. Independente do quadro clínico, se foi estupro ou se não foi estupro, se tem má formação ou se não tem má formação. Acho que é um direito da mulher em relação ao corpo dela. Até porque a gente sabe que, na verdade mesmo, o aborto por parte dos pais já acontece, né? Então os pais têm o direito de sumir. Inclusive não tem muito tempo que eu atendi uma menina que não queria engravidar e veio pra TIG, e veio com a mãe, pedi pra mãe aguardar lá fora e tal, fiz o TIG deu negativo, aí ela falou que podia chamar a mãe de novo, que queria que a mãe participasse da consulta no final, chamei a mãe de novo e a mãe começando a falar "não, porque eu já falei pra você se cuidar, porque quando engravida o filho não é do homem não, o filho é da mulher" sabe, tipo a pessoa replicando aquilo ali. Então, mas eu acho que se pelo menos, se a realidade é que o filho é da mulher, pelo menos que ela tenha decisão de decidir o que ela faz com o corpo dela. O ruim é quando tem um homem ali que quando ele quer ele cai fora, e quando ele quer ele diz o que que a mulher faz com o corpo dela. (Entrevista 2)

Quer saber a minha opinião sincera? Eu acho que ela é muito limitante. Acho que, principalmente no Brasil, onde o acesso aos métodos é muito variável. Então, aqui a gente tá num ambiente em que o acesso é muito bom a métodos contraceptivos e mesmo assim a gente tem muita gravidez indesejada. Acho que 80%, 90% da gravidez é não planejada. Claro que vai diminuir as desejadas e as indesejadas, mas acho que esse acesso das mulheres à contracepção ainda é muito ruim no Brasil. E o que a gente vê são meninas muito jovens, muito novas, que engravidam na adolescência, tem a vida delas interrompida quase por conta dessa gestação que poderia ser resolvida. A gente tem formas seguras de fazer o abortamento e eu acho que essa Lei tem muito mais a ver com a questão cultural, religiosa do nosso país, do que realmente por uma questão científica. (Entrevista 7)

Eu acredito que seja muito atrasada. Acho que não faz sentido isso não ser oferecido enquanto um direito à saúde. Porque é isso. Essa menina teve, entre muitas outras, sorte de ela ter direito porque ela tinha menos de 14. Mas todas as outras meninas adolescentes vulneráveis que eu acompanhei tiveram que ter filho, talvez pudessem ter uma vida de outra forma. Eu acho que quantos filhos a gente tem é um determinante social de saúde e é um determinante social que só fica na conta da mulher. Acho muito triste a gente não poder oferecer isso quando a gente vê uma pessoa que vem de uma gestação não desejada pela primeira vez no pré-natal. E que talvez vai ter que parar de estudar, trabalhar, enfim, mudar toda a vida dela por uma coisa que poderia ser evitada. E também, muitas vezes, eu já abri pré-natal que a pessoa me contava que usava método anticoncepcional e falhou. Inclusive com DIU. Já tem pré-natal pra mulher com DIU de 40 anos e, no fim, ela teve um aborto espontâneo – por conta do DIU também. E é muito triste falar pra uma mulher que

tava usando, realmente ela não queria, mas mesmo assim falha. Então é uma forma de oferecer o planejamento familiar mesmo. (Entrevista 8)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa, preceptores e residentes de Medicina de Família e Comunidade foram entrevistados a respeito de sua formação e prática com relação ao aborto legal, dentro da Estratégia de Saúde da Família. Foi possível concluir que, apesar da formação insuficiente a respeito do aborto tanto na graduação como na residência, o ambiente da ESF e as inclinações pessoais permitiram uma maior abertura desses profissionais para as questões de sexualidade dentro da consulta de uma maneira ampla e não impositiva. Também relataram respeito pela decisão das mulheres atendidas acerca da maternidade.

A estrutura social patriarcal e capitalista sempre foi desfavorável para o SUS, em especial para a APS, assim como para os direitos reprodutivos das mulheres. A proibição do aborto, fruto da lógica proibicionista da sociedade, é uma das principais agressões aos direitos reprodutivos das mulheres. No Rio de Janeiro, tanto a APS como os direitos reprodutivos foram diretamente e ostensivamente prejudicados pela pandemia da COVID-19, pelos quatro anos de Governo Federal do ex-presidente Jair Bolsonaro e pela gestão municipal do ex-prefeito Marcelo Crivella. O contexto desfavorável também impacta e impactou diretamente na formação de novos médicos e médicas, assim como na sua prática clínica. De tal maneira que o aborto, em toda sua complexidade, é pouco debatido na graduação médica.

Os/as entrevistados/as presenciaram situações de violência obstétrica contra as mulheres que sofreram um aborto ou contra as que procuraram atendimento para aborto legal nas maternidades em que fizeram estágio. Ao contrário desta prática observada, houve uma convergência das entrevistas no entendimento de que a maternidade é uma escolha da mulher, e de que a saúde pública pode contribuir para essa escolha, desde o momento da oferta de anticoncepcionais e das orientações sobre violência e consentimento, até o momento de escuta e acolhimento das mulheres que se encontram gestantes contra seu desejo. Os/as entrevistados/as, portanto, podem ser considerados “médicos de consciência”, ao contrário daqueles que alegam objeção de consciência para o atendimento ao aborto.

A despeito da consciência sobre o aborto legal como um direito, poucas foram as experiências dos/as entrevistados/as de encaminhamento e acompanhamento para o procedimento de aborto legal. Os/as entrevistados/as também demonstraram pouco conhecimento a respeito da rede de saúde disponível para realizar o procedimento, reflexo de uma formação deficitária e de uma rede de saúde frágil e confusa para o atendimento e realização do aborto legal. Tal conclusão remete aos escritos de Beauvoir, no qual a autora diz que apesar das mudanças de permissividades legais, a efetivação dos direitos sexuais e

reprodutivos depende também da mudança de um longo hábito de restrições e imposições. No entanto, ainda que tenham sido poucos em quantidade numérica, os casos de acompanhamento e encaminhamento para o aborto legal relatados foram conduzidos de maneira a garantir este direito reprodutivo, acionando toda a rede de recursos possíveis, e sem julgamentos ou reprodução de violências contra as mulheres que optaram pelo aborto. A prática, portanto, foi considerável em termos de qualidade, principalmente no que diz respeito à desestigmatização do aborto. É importante ressaltar que o estudo foi realizado em uma CF de residência, e a característica de ser um espaço formativo aprimora a qualidade do serviço. A APS é, por sua vez, heterogênea, e essa abordagem descrita pode variar entre as diferentes Clínicas da Família do município, que nem sempre contam com médicos/as especialistas em MFC.

Fato importante depreendido das entrevistas foi a ausência de relatos sobre atendimentos de abordagem à sexualidade e ao planejamento familiar oferecidos aos homens. Alguns entrevistados/as citaram de maneira pontual a abordagem à sexualidade masculina, entretanto, o foco foi sobre as mulheres. É possível que exista um viés da pesquisa e do roteiro da entrevista, uma vez que o tema central é o aborto, que diz respeito às mulheres. Por outro lado, a ausência masculina no debate reprodutivo faz eco ao estudo de Rodhen (2004) em que apenas 15% das publicações médicas sobre sexualidade e reprodução eram referentes ao homem. Essa perspectiva, portanto, imputa à mulher a responsabilidade da reprodução. Impõe a ela, também, entender o sexo não consentido como uma violência (esse salto interpretativo pode ser considerado revolucionário). A atual legislação brasileira, por sua vez, submete o aborto por estupro a esse entedimento. Por conseguinte, além da responsabilidade pelo planejamento reprodutivo, pesa também sobre as mulheres a responsabilidade de definir o ato sexual não consentido como violento, que por vezes é cometido por seu parceiro afetivo.

Existe um recorte de classe e raça nas mulheres que morrem ou sofrem consequências drásticas pelo aborto clandestino. A população atendida na CF estudada é, em sua maioria, negra e de classes sociais mais baixas, o mesmo perfil das que sofrem as consequências do aborto clandestino. O conceito de justiça reprodutiva, elaborado à luz de uma perspectiva interseccional, traz a reflexão de que não é suficiente defender a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres em abstrato. As circunstâncias sociais da vida dessas mulheres atendidas na Rocinha, como a falta de garantia de condições estruturais básicas como educação, saúde, trabalho, habitação, alimentação e segurança, restringem profundamente suas possibilidades de escolha, incluindo as possibilidades de escolha reprodutiva. A justiça reprodutiva clama, portanto, por justiça social para todas as mulheres.

A despeito de um cenário de desmonte do SUS e ataques frequentes aos direitos das mulheres por parte da mídia e das autoridades, os/as MFC entrevistados/as relataram uma prática voltada para a garantia ao acesso aos serviços de saúde e aos direitos reprodutivos das mulheres. Na contramão, inclusive, dos relatos da prática médica em ambientes hospitalares. A “medicina das margens”, conforme concebido por Bonet e citada na página 9, que atua de maneira aberta e em um território de favela, constrói pontes para novas possibilidades de resistência e de efetivação de direitos já garantidos pela legislação brasileira. Subverte, inclusive, a lógica da universalização excludente do ponto de vista dos direitos reprodutivos, uma vez que procura entender a mulher em toda sua complexidade, dentro de uma estrutura gendrificada, de classe e de raça, em vistas de legitimar sua existência, sua sexualidade e suas escolhas de vida.

O resultado desta pesquisa corrobora para a importância nos investimentos e priorização da APS. Para que a universalização do SUS se concretize, tanto em questão de abrangência e cobertura como de efetivação dos direitos reprodutivos, é necessário que a APS seja fortalecida a partir do modelo da ESF. Tal qual a dualidade cidade x favela, na temática do aborto legal se faz presente a dualidade APS x maternidade. A APS está presente no território, e seus profissionais estão acessíveis à população. A maternidade, por sua vez, está no asfalto. Se, pelos relatos, pode ser difícil a chegada de um morador da Rocinha até a CF Maria do Socorro, que está localizada dentro da favela, o deslocamento até uma maternidade no asfalto é muito mais complicado. Em adendo, além dos relatos já descritos de violências reproduzidas contra as mulheres que procuram atendimento para aborto legal nas maternidades, o próprio nome “maternidade” já denota tratar-se de um lugar idealizado para mulheres que serão mães e para o nascimento, portanto, hostil para aquelas que optaram pela recusa desta.

Uma maneira, portanto, de aprimorar o serviço de aborto legal, sem que a mulher fique perdida na trama de uma rede confusa e, comumente, de portas fechadas, seria que ele fosse ofertado na APS, conforme defendido por Maia (2021). O aborto legal, para que seja considerado de fato seguro, deve ser realizado sob pouco ou nenhum estigma. A prática médica compartimentada e parcial, praticada nos ambientes hospitalares, estimula a estigmatização da mulher que não deseja a maternidade, de maneira a punir ainda mais essas mulheres. Por outro lado, os “médicos da pessoa” entrevistados, que atuam na APS, criam possibilidades a partir da relação de uma maneira dialógica, e permitem um ambiente acolhedor para a livre expressão do desejo da mulher com relação a maternidade. A APS carioca, no entanto, ainda é essencialmente heterogênea, e cabe à gestão pensar planos de capacitação para uma prática

uníssona entre os profissionais da APS do município, tendo como pontos multiplicadores as CFs de referência, como a Maria do Socorro.

Falar do aborto do ponto de vista socioantropológico é diferente das definições médicas e de outras perspectivas que surgem, dependendo da abordagem escolhida como, por exemplo, a do campo jurídico. Nesta dissertação, optou-se por uma análise socioantropológica das perspectivas médicas identificadas na MFC a partir dos/as profissionais estudados/as. Pretende-se, assim, contribuir para a formação da MFC e a produção de práticas e saberes em direitos sexuais, articulados às políticas de saúde. Reconhece-se que a MFC pode ser considerada uma inflexão no campo biomédico, o que pode contribuir para futuras mudanças no cuidado relativo aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, especialmente no âmbito da APS.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L., JANNOTTI, C. B., SILVA, K. S. D., & FONSECA, V. M. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21, p. 3819-3832, 2016.
- ANIS – INSTITUTO DE BIOÉTICA. **Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS): as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar** / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília. LetrasLivres, 2021.
- AROUCA, S. **Democracia é saúde**. Brasília, 8 de março de 1986. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 video (42min33seg). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ . Acesso em: 05 jul. 2023.
- BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, p. 267-270, 2006.
- BALINT, M. The doctor, his patient, and the illness. **The Lancet**, v. 265, n. 6866, p. 683-688, 1955.
- BARSTED, L. A. L. **Legalização e descriminalização do aborto no Brasil: 10 anos de luta feminista**. Estudos Feministas. 1992, p.104-130.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2ª ed. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 2009.
- BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo. Hucitec, 1993.
- BONAN, C. *et al.* **Aborto**. FLEURY-TEIXEIRA, Elizabeth Maria; MENEGHEL; Stela Nazareth. Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico das mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 32-33, 2015.
- BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Editora 7Letras (Viveiros de Castro Editora LTDA-ME), 2018.
- BOURDIEU, P. A violência simbólica. *In*: BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução: Maria Helena Külmer. - 11ª ed. - Rio de Janeiro. Bertand Brasil, 2012.
- BRANDÃO, E.; ALZUGUIR, F. C. V. **Gênero e saúde: uma articulação necessária**. Editora FIOCRUZ, 2022.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto Nº 80.281** de 05/09/1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06/09/1977.
- BRIOZZO, L; VIDIELLA, G.; RODRÍGUEZ, F.; GORGOROSO, M.; FAÚNDES, A.; PONS, J. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 95, n. 2, p. 221-226, 2006.

BUTLER, J.; MIGUENS, F.; RODRIGUES, C. Gênero em tradução: além do monolinguismo, de Judith Butler. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, v. 39, n. 2, p. 364-387, 2021.

CAMPOS, A. **Do quilombo à favela: a produção do " espaço criminalizado" no Rio de Janeiro**. Bertrand Brasil, 2005.

CARVALHO, L. L.; CURADO, M. E.; PINHEIRO, V. A criminalização do aborto na sociedade brasileira: Uma análise do documentário *Clandestinas*. **Culturas Midiáticas**, (S. l.), v. 13, n. 1, p. 70–84, 2020.

CASTELLS, M. A. **Estudo dos programas de residência médica em medicina de família e comunidade do Rio de Janeiro**: a questão da preceptoria. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2014.

CAVALCANTE, S. C.; SOARES, E. C. C.; PACHECO, A. G.; CHAISSON R.E., DUROVNI B.; DOTS EXPANSION TEAM. Community DOT for TB in a brazilian favela: comparation with a clinic model. **Int J Tuberc Lung Dis**, Paris, v.5, n.11, p. 544-549, 2007.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. S. C. **Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da Saúde. IPEA. Brasília, DF, 2014.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

DAGG, P. K. The psychological sequelae of therapeutic abortion—denied and completed. **American Journal of Psychiatry**, v. 148, n. 5, p. 578–585, 1991.

DA SILVA DIAS, M. O. L. Novas subjetividades na pesquisa histórica feminista: uma hermenêutica das diferenças. **Estudos feministas**, p. 373-382, 1994.

DE NORONHA, J. C.; PEREIRA, T. R. **Princípios do sistema de saúde brasileiro**. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 19-32.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 653-660, 2017.

DO PRADO VALLADARES, L. **A invenção da favela**: do mito de origem a favela.com. Editora FGV. 2016.

FAÚNDES, A.; HARDY, E.; OSIS, M. J.; DUARTE, G. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 3, p. 153-157, 2000.

FAÚNDEZ, A.; BARZELATTO, J. **El drama del aborto**: en busca de un consenso. Paidós, 2011.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente**: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. 1990.

FONSECA, C.; MARRE, D.; RIFIOTIS, F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, p. 7-46, 2021.

FONSECA, S. C.; DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. do C.; AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00189718, 10 fev. 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. 13º Anuário brasileiro de segurança pública, 2019. São Paulo: FBSP. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/publicacoes/13-anuario-brasileiro-de-seguranca-publica/>. Acesso em: 19 dez. 2020.

FRANCO, M. **UPP—A redução da favela a três letras**: uma análise da política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense. Faculdade de Administração e Ciências Contábeis. Niterói, 2014.

GHASARIAN, C. **De la etnografía a la antropología reflexiva**. Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas. Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina. 2018

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 493-545.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A. E.; BELOMÉ DA SILVA, M.C.; MAIA, M.N.; PEREIRA SALVADOR DE OLIVEIRA, D.O. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. Rio de Janeiro. vol. 14, n. 41 (jan./dez. 2019), 1791, 13 f., 2019.

GIUGLIANI, C.; RUSCHEL, A. E.; PATUZZI, G. C.; BELOMÉ DA SILVA, M.C. **Violência sexual e direito ao aborto legal no Brasil**: fatos e reflexões. Editora Fiocruz. 2021.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras. 2020.

GOIS, A.; GUIMARÃES, A. C.; BRUNET, D.; ROGERO, T. Estupros no Rio. **O Globo**. RIO. Rio de Janeiro, 15 set. 2016.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. **Atención primaria**, v. 35, n. 2, p. 95, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Tradução: Mathias Lambert, v. 4, 1988.

HARAWAY, D. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos pagu**, p. 201-246, 2004.

HEILBORN, M. L. Fazendo gênero? A antropologia da mulher no Brasil. **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos, p. 93-126, 1992.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas de Gênero, v. 24, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,-3,128&ind=4642>. Acesso em: 19 mai. 2020.

JESUS, R. L.; ENGSTROM, E.; BRANDÃO, A. L. A expansão da Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro, 2009-2012: estudo de caso numa área da cidade. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo. Hucitec, v. 3, 2006.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa. **Rio de Janeiro: ENSP**, 2014.

LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. **Princípios da medicina de família e comunidade**. Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre. Artmed, p. 1-11, 2018.

MAIA, M. N. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde: uma chamada para ação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 16(43):2727, 2021.

MEIRELES, M. A. C.; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 67-78, 2019.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. A. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4593-4598, 2019.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017.

MIGUENS, F.; RODRIGUES, C.; BUTLER, J. Gênero em tradução: além do monolinguismo, de Judith Butler. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, v. 39, n. 2, p. 364-387, 2021.

MUDJALIEB, A. A. Relato de experiência sobre ampliação do acesso ao aborto legal por violência sexual no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00181219, 2020.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher**: ação e produção de evidência Genebra: OMS; 2012.

PACAGNELLA, R. de C.; BENTO, S. F.; FERNANDES, K. G.; ARAÚJO, D. M.; FAHL, I. D.; FANTON, T. de F.; BENAGLIA, T.; OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; PÁDUA, K. S. de; FAÚNDES, A. Conhecimento de médicos residentes em Ginecologia e Obstetrícia sobre o aborto medicamentoso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00187918, 2020.

PINTO, L. F.; HARZHEIM, E.; HAUSER, L.; D'AVILA, O. P.; GONÇALVES, M. R.; TRAVASSOS, P.; PESSANHA, R. A qualidade da Atenção Primária à Saúde na Rocinha—Rio de Janeiro, Brasil, na perspectiva dos cuidadores de crianças e dos usuários adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 771-781, 2017.

RAMOS, A. L. P.; SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00089118, 2019.

ROHEN, F. A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. *In*: **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. 2004. p. 183-196.

SAFFIOTI, H. I. B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu** (12) 1999: pp. 157-163.

SAMPAIO, L. F. R. *et al.* **Atenção primária à saúde no Brasil**. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, p. 28-41, 2012.

SANTOS, J. V. T. A violência simbólica: o Estado e as práticas sociais. **Revista Crítica de Ciências Sociais** (Online), 108. 2015

SANTOS, M. Da política dos estados à política das empresas. **Cadernos da Escola do Legislativo**, e-ISSN: 2595-4539, v. 3, n. 6, p. 9-23, 2019.

SEDGH, G.; FILIPPI, V.; OWOLABI, O. O.; SINGH, S. D.; ASKEW, I.; BANKOLE, A.; BENSON, J.; ROSSIER, C.; PEMBE, A. B.; ADEWOLE, I.; GANATRA, B.; MACDONAGH, S. Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 134, n. 1, p. 104-106, 2016.

SEGATO, R. **Las estructuras elementales de la violencia**. Prometeo libros, 2021.

SOUZA, L. J.; FARIAS, R. C. P. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, p. 213-232, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde. 2006.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. In: Pensar em saúde. Porto Alegre. Artes Médicas, 1992.

THEME-FILHA, M. M.; BALDISSEROTTO, M. L.; FRAGA, A. C. S. A.; AYERS, S.; DA GAMA, S. G. N.; LEAL, M. D. C. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive health**, v. 13, n. 3, p. 118, 2016.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Prevention and management of unsafe abortion**: report of a technical working group, Geneva, 12-15 April 1992. World Health Organization, 1993.

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado/a participante,

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo intitulado “Aborto legal na Estratégia de Saúde da Família: a formação e prática da Medicina de Família e Comunidade” desenvolvido pela pesquisadora Ana Clara de Sousa Nunes, mestranda do programa de Saúde Pública pela ENSP- Fiocruz, sob a orientação da Professora Doutora Delaine Martins Costa e co-orientação da Professora Doutora Maria Lúcia Cardoso.

O objetivo principal do estudo é analisar a formação e a prática de médicos de família e comunidade sobre aborto legal, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Você está sendo convidado(a) por ser médico(a) atuante em equipe de Saúde da Família na Clínica da Família Maria do Socorro e participante do programa de residência em Medicina de Família e Comunidade.

A participação consistirá em participar de uma entrevista, realizada pela pesquisadora principal, que será gravada em áudio e terá duração de aproximadamente 1 hora. A entrevista será individual, realizada na Clínica, em local que garanta privacidade e sigilo. A participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação nas relações de trabalho. Você também poderá desistir da participação a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer consequência.

Alguma pergunta pode causar desconforto ou constrangimento e você não precisa responder. Pode interromper a entrevista se considerar necessário.

Os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas na pesquisa.

As gravações serão posteriormente transcritas para possibilitar a análise dos dados. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas por você. Você não será identificado(a) na divulgação dos resultados do estudo, e somente a pesquisadora principal e as orientadoras do estudo terão acesso às gravações e transcrições das entrevistas. Ao final da pesquisa, todo o material será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, conforme as recomendações da Resolução 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. Após esse período, o material será deletado do aparelho pessoal da pesquisadora, onde será armazenado para a pesquisa.

Você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo e também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Você não receberá nenhum benefício direto por participar do estudo, porém, considerando que é profissional e usuário do Sistema Único de Saúde, poderá ter benefícios indiretos se houver melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. Após a finalização da pesquisa, além de publicação dos resultados, estes serão apresentados para toda equipe da Clínica da Família estudada, dessa forma é possível que haja benefícios para o serviço de saúde a partir da reflexão dos dados estudados.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra lhe será fornecida.

Declaro que autorizo a utilização dos dados da entrevista gravada. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Ana Clara de Sousa Nunes - pesquisadora

Data:

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data:

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde:

Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - Rio de Janeiro/RJ. CEP: 20031-040. Telefone: (21) 2215-1485

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua:

Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - Email: cepsmsrj@yahoo.com.br. ou cepsms@rio.rj.gov.br

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Rubrica do pesquisador: _____

Rubrica do participante da pesquisa: _____

APÊNDICE B ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Primeira parte - identificação do perfil do/a entrevistado/a

- Introdução sobre o contexto familiar e decisão de estudar medicina
- Onde você estudou?
- Quando você se formou? (E qual idade você tinha?)
- Em que momento você decidiu ser médico de família? (E por que tomou essa decisão?)
- Há quanto tempo você é médico de família e comunidade? (Me conte sobre a sua experiência como MFC)

Segunda parte - experiência profissional

Dia a dia na Clínica

- Como é seu emprego (trabalho) hoje? (Me conte um pouco da sua rotina de trabalho) (Me conta como foi seu dia ontem?)
- Quem são as **pessoas (da comunidade, de fora da comunidade, mulheres, homens, crianças)** que você atende?
- Como são as famílias que você atende? (**famílias chefiadas por mulheres, beneficiárias de programas sociais, monoparental**)
- Quantas **consultas** por dia? (tempo médio)

Consultas

- Como são as consultas das pessoas que **desejam** engravidar?
- Como são as consultas de quem deseja **evitar** a gravidez?
- Qual a abordagem para aquelas pessoas que tiveram relação sexual desprotegida e desejam **contracepção de emergência**?

Sexualidade

- Como são abordadas questões acerca da **sexualidade** e das relações sexuais nas consultas? (com homens e com mulheres)
- Pode me contar um pouco sobre como são as consultas em que se aborda a **questão de consentimento** para relação sexual?

Gravidez

- Como são as consultas de **pré-natal**? (Me conte como funciona desde o momento em que a mulher descobre ou suspeita que está gestante)
- Como são as consultas de **pré-natal de gestações não desejadas**?
- **Você já encaminhou alguma mulher para um serviço de aborto legal? (Pode me relatar a experiência?)**

Terceira parte - experiência/percepções pessoais (preceptores e residentes)

- Como você considera que foi sua **formação** com relação ao aborto voluntário e aborto legal? (formação médica e residência)
- Qual a sua **opinião** a respeito da legislação do aborto no Brasil?
- Com relação a **acesso e informação**, como você **entende** os serviços de aborto legal no Brasil, e aqui no Rio de Janeiro?
- Diante das suas **percepções**, você teria sugestões que poderiam melhorar as críticas colocadas?