



Aborto ilegal no contexto da atenção primária à saúde: narrativas de profissionais da saúde

DOI: [10.29327/269776.1.1-5](https://doi.org/10.29327/269776.1.1-5)

Helena Biavaschi Grassiⁱ
Christiane Silveira Kammsetzerⁱⁱ



RESUMO

A atenção primária à saúde (APS) é o principal meio de acesso ao sistema único de saúde brasileiro e, dentre outras demandas, tem um importante papel no cuidado em saúde de mulheres em idade reprodutiva. Esta é uma pesquisa qualitativa exploratória que utilizou entrevistas narrativas para a obtenção dos dados. O objetivo foi conhecer as experiências de profissionais da APS acerca do aborto ilegal. O tema escolhido se justifica pela escassez de estudos que enfoquem tal temática sob essa perspectiva. Foram entrevistadas sete profissionais dos núcleos de enfermagem e medicina, atuantes em unidades de saúde da APS vinculadas ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre. Devido a um contexto de criminalização verificou-se um silenciamento sobre o tema nas formações profissionais que resultam em uma sensação de despreparo e insegurança frente às situações que envolvem o aborto ilegal. Ainda assim, foi possível perceber múltiplas possibilidades de atenção que envolvem um olhar ampliado sobre as situações, pautado nos atributos e características da APS como integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, acessibilidade, trabalho realizado em equipe e cuidado em saúde mental. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do GHC.

Palavras-chave: aborto ilegal; aborto inseguro; atenção primária à saúde; profissionais da saúde; entrevistas narrativas.

Illegal abortion in the context of primary health care: health professional narratives

ABSTRACT

Primary health care (PHC) is the main access way to the Brazilian unified health system and, among other demands, has an important role in the health care of women of reproductive age. This is a piece of exploratory qualitative research that used narrative interviews to obtain data. The objective was to get to know the experiences of PHC professionals regarding illegal abortions. The chosen theme is justified by the scarcity of studies focusing on such a theme under this perspective. Seven professionals from the nursing and medicine centers who work in PHC units connected to the Grupo Hospitalar Conceição (GHC) in Porto Alegre, RS, Brazil, were interviewed. Due to a criminalization context, silence on the theme was verified in professional education, resulting in a feeling of unpreparedness and insecurity in situations involving illegal abortions. Nevertheless, it was possible to notice multiple care possibilities that involve a broadened onlook of the situations guided by the attributes and characteristics of PHC such as completeness, longitudinally, care coordination, accessibility, teamwork, and mental health care. This study was approved by the research ethics committee of the GHC.

Keywords: illegal abortion; unsafe abortion; primary health care; health professional; narrative interviews.



1. INTRODUÇÃO

O aborto ocorre independentemente de ser proibido ou não e é responsável, quando ilegal, por trazer riscos à vida e à integridade física de mulheres que o praticam. É considerado uma questão de saúde pública, visto que é causa de um alto número de internações em hospitais públicos, gerando gastos elevados ao sistema único de saúde brasileiro (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

A presente pesquisa emerge de questionamentos advindos de minha inserção no contexto da Atenção Básica¹, campo de trabalho e estudo durante o período de Residência em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição - GHC, em Porto Alegre. Tais questionamentos se referem aos impactos gerados em trabalhadores de uma Unidade de Saúde com relação a atendimentos de mulheres que verbalizaram o desejo de interromper a gravidez. Nessas ocasiões me chamou atenção a “movimentação” que tais experiências causaram no grupo de profissionais que assistiram direta ou indiretamente tais pacientes. Estas podem ser situações recorrentes e há escassez de publicações produzidas pelo Estado brasileiro que objetivem orientar condutas nos distintos níveis de atenção à saúde. Em busca realizada por bibliografias, foi encontrado apenas um documento elaborado pelo ministério da saúde (BRASIL, 2011a) que abordou de modo aprofundado tal temática, ainda que claramente orientado a serviços de saúde de nível terciário. Além desse, a Gerência de Saúde Comunitária do GHC em protocolo sobre a saúde da gestante tem publicado um capítulo intitulado Situações Envolvendo Abortamento, que discorre sobre o tema no contexto da APS e demais níveis hierárquicos, porém sem dar grande ênfase a especificidades do aborto ilegal (BRASIL, 2011b).

Esse estudo tem sua justificativa estruturada sob dois aspectos. O primeiro deles se refere aos índices de morbidade e mortalidade ligados a práticas inseguras de abortamento presentes em países em desenvolvimento e contextos de criminalização, como no Brasil. Um exemplo disso são as taxas de morte em decorrência de aborto inseguro são de 30/100 000 para a América Latina e Caribe em contraponto a 0,7/100

¹ Utilizaremos como equivalentes os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica” ao longo deste estudo.



000 para um contexto de abortamento seguro, como no exemplo dos Estados Unidos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2013). No Brasil, o abortamento configura-se como uma das principais causas de morte materna (BRASIL, 2011a) e a curetagem pós-aborto foi a principal causa de internação hospitalar de 1995 a 2007 (YU, 2010). Já no contexto de realização do presente estudo, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC), são estimados 420 casos de aborto inseguro ao ano. Tal estimativa foi apresentada no documento Atenção à Saúde da Gestante em APS (BRASIL, 2011b), a partir de metodologia utilizada pelo Instituto Allan Guttmacher. Os dados utilizados para o cálculo referem-se ao ano de 2009.

O segundo aspecto se relaciona a uma quase ausência de estudos e diretrizes que explorem o tema do abortamento inseguro em sua interface com a APS. Porém, a atenção primária à saúde, por sua inserção nos territórios e por ser considerada a principal porta de entrada à saúde, deve ter profissionais que estejam preparados a lidar com situações que envolvam o aborto ilegal, visto que essa pode ser uma dentre as demandas de atenção cotidiana. Nesse sentido a pesquisa contribui sobre a questão ampliando tal entendimento nesse contexto.

2. O ABORTO ILEGAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Há uma vasta quantidade de literatura publicada em português tratando da questão do aborto, o que revela grande interesse pelo tema ainda controverso no Brasil. O assunto é permeado por distintas visões e embates acalorados envolvendo religiões, política, questões morais, movimento feminista e desigualdades sociais.

A problemática relacionada ao aborto em países latino-americanos o define, salvo algumas exceções, como prática ilegal. Como consta no artigo 128, I e II do Código Penal, no Brasil o aborto é crime exceto em casos de estupro, risco de morte feminina e se constatada anencefalia no feto (ADPF 54). Há países que preveem o aborto como crime independente da circunstância, é o que ocorre em El Salvador, Nicarágua. Já no Uruguai desde 2012 o aborto é legalizado até o terceiro mês gestacional sob qualquer circunstância e na Cidade do México, diferentemente do resto desse país, a interrupção da gravidez também deixou de ser criminalizada (GONZAGA;



ARAS, 2015). De forma geral vê-se semelhanças no que concerne aos direitos sexuais e reprodutivos femininos no continente latino americano. Entende-se que a principal força que trabalha no sentido de barrar qualquer avanço e ou retroceder sobre a legislação tocante ao aborto está instituída no campo do conservadorismo religioso atuante internamente a esses Estados (RUIBAL, 2015).

O tema do aborto é uma questão de saúde pública porque representa desastrosas consequências para a saúde das mulheres nesses países. É importante demarcar que tais consequências são sentidas de maneira mais intensa por mulheres em situação de vulnerabilidade social, que apresentam situação financeira limitada e têm menos anos de estudo. Essas mulheres têm certa dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tendo portanto maior dificuldade na obtenção de métodos contraceptivos (Brasil, 2009). Sabe-se que em países que estabelecem o aborto como parte do direito reprodutivo feminino as taxas de mortalidade e outros agravos não letais às mulheres são bastante insignificantes quando comparadas a contextos ilegais. Isso por serem feitos por profissionais qualificados e em condições seguras (BRASIL, 2011a; OMS, 2013).

Dados apontam que no ano de 2013 a estimativa do número de abortos induzidos variava de 687.347 a 865.160 (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015). Um número elevado de casos aliado a condições de precariedade em que muitas vezes são realizados os procedimentos abortivos, levam o aborto a ser uma das principais causas de morte de gestantes no País (BRASIL, 2011a). A Pesquisa Nacional do Aborto de 2016 - PNA, revelou que quase 1 a cada 5 mulheres, ao atingir os 40 anos já realizou ao menos um aborto na vida (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016). A faixa de idade apontada como a que mais frequentemente são realizados abortos é a que engloba os 20 a 29 anos, ou seja, mulheres que estão ainda se estabelecendo como adultas, provavelmente trabalhadoras e/ou estudantes (BRASIL, 2009).

É importante ressaltar que além de consequências físicas, o abortamento em um cenário de criminalização judicial e moral traz também danos subjetivos para as mulheres. Por essas razões há recomendações internacionais no sentido de garantia aos direitos sexuais e reprodutivos que devem ser pensadas e postas em prática pelos Estados (BRASIL, 2011a).



Uma das formas de se garantir tais direitos se dá através de uma atenção em saúde humanizada, pautada por preceitos éticos em contraponto a experiências culpabilizadoras e negligentes, marcadas por valores religiosos e morais (BRASIL, 2011a) enquanto dispositivos de um país supostamente laico. Pode-se entender os discursos religiosos que se opõe ao aborto como peças de uma engrenagem patriarcal que trazem consequências dramáticas às vítimas de abortos clandestinos. Assim colocam o peso de obrigatoriedade do papel materno, trazendo fortes restrições de se romper com a tríade mulher/mãe/esposa (GONZAGA; ARAS, 2015)

A atenção primária em saúde - APS – é definida como “uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população” (MATTA; MOROSINI, 2009). Assim como os demais níveis de atenção, a APS responsabiliza-se pela atenção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, pautando-se pela lógica do trabalho em equipe.

A Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela Portaria nº 2.488/2011 e reformulada através da Portaria nº 2.436/2017 (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2017), descreve fundamentos e diretrizes que caracterizam esse nível de atenção no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Assim, a PNAB propõe uma organização a partir de extensões territoriais predeterminadas, buscando planejar e executar ações que levem em conta os condicionantes e determinantes de saúde da população vinculada ao território. Outro importante ponto diz respeito à participação social e a consequente ampliação de autonomia dos usuários para que esses contribuam nos processos de organização e qualificação dos serviços que acessam. O último fundamento destacado diz respeito a mecanismos que possibilitem o acesso universal aos serviços, sendo o acolhimento uma das estratégias encontradas de receber e ouvir todas as pessoas que busquem esses espaços.

A PNAB pauta que dentre as possibilidades de serviços de atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família, ESF, seja a modalidade com maior potencial de atuar consonante aos princípios da APS. Isso por seu potencial resolutivo e causador de impactos nos processos de saúde e doença de populações, tendo ainda uma melhor



relação custo-benefício se comparado a outros serviços de saúde. As equipes de saúde da família são equipes multiprofissionais compostas por ao menos um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar\ técnico(a) de enfermagem e um(a) agente comunitário(a) de saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é o principal meio de acesso ao Sistema Único de Saúde brasileiro e, dentre outras demandas, tem um importante papel na educação em saúde e atendimento a mulheres em idade reprodutiva. Por estar pautado, dentre outros, em pressupostos como territorialização e vínculo da população com as equipes de referência (BRASIL, 2017), estando portanto geográfica e subjetivamente mais próximo das famílias, configura-se como uma ferramenta importante no sentido de atender distintas situações ligadas à sexualidade e à reprodução de femininas.

Visando a garantia às mulheres de seus direitos sexuais e reprodutivos, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento foi criada pelo Ministério da Saúde em 2005 e atualizada em 2011 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a). O documento foi elaborado no sentido de apoiar e direcionar profissionais e estabelecimentos de saúde a acolher e atender mulheres em situação de abortamento. Tal direcionamento visa ao respeito às necessidades, direito à saúde integral e à vida feminina. O documento não está voltado prioritariamente aos serviços da Atenção Básica, visto que aborda predominantemente o manejo dos processos de abortamento feminino, de responsabilidade de setores especializados. Ainda assim, traz aspectos relevantes quanto à humanização da atenção, ética profissional, prevenção de gestações indesejadas e abortos inseguros, parceria com a comunidade, entre outros temas que se relacionam às possibilidades de cuidado relacionadas à AB.

As buscas realizadas nas fontes de pesquisa bibliográficas indicam uma falta de estudos com enfoque na intersecção do aborto e a Atenção Básica. Em pesquisa que objetivou conhecer as representações de enfermeiras da atenção básica a respeito do cuidado em saúde em situações de aborto inseguro, os resultados apontam para um posicionamento profissional ambivalente entre apoiar, manter-se contrário ou abster-se em relação à decisão de abortar. Tal postura resulta, por fim, em um abandono das



pacientes, no sentido de que não há muito a ofertar em um contexto de ilegalidade (MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012).

Apesar da escassez, a Gerência de Saúde Comunitária do GHC tem publicado dados referentes ao contexto onde será realizada a presente pesquisa (BRASIL, 2011b). Não foram encontrados dados revelando o quanto interrupções de gestação não espontâneas são comuns nesse contexto, porém em 2009 a hospitalização por abortamento representou metade das internações de gestantes por outros motivos que não o parto. De qualquer forma, o aborto, como afirmam Rebouças e Dutra (2011), é uma das tantas possibilidades de desfecho de uma gestação a despeito de sua ilegalidade. Assim os profissionais das unidades de saúde da atenção básica também vivenciam em seu cotidiano de trabalho situações que envolvam a temática do aborto.

O presente trabalho não se restringiu a investigar junto a profissionais somente situações em que tenham se efetuado rupturas nas gestações, mas qualquer circunstância em que as pacientes tenham manifestado algum desejo explícito de interromper a gestação, ou quando se tenha atendido mulheres em processo de abortamento provocado, também em casos em que se constatou adoecimento decorrente de tentativas de abortar, ou ainda situações em que pacientes lhes tenham revelado aborto feito no passado. Todos os casos investigados, no entanto, se propõem a tratar de casos de aborto ilegal, não sendo portanto englobadas ocorrências que envolvam abortos espontâneos e interrupções da gravidez sob respaldo legal.

Como mencionado, esse estudo se propõe a conhecer o cotidiano de profissionais que atuam em unidades de atenção básica acerca da temática do aborto ilegal. Podemos caracterizar o aborto ilegal como qualquer gestação não prevista na legislação brasileira como passível de ser interrompida (BRASIL, 1940; ADPF 54). A partir disso, a OMS (2013) utiliza o termo aborto inseguro como aquele realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos. Em relação à gravidez indesejada, essa não necessariamente terá seu desfecho em um aborto. Há distintos motivos para que uma gravidez seja entendida como indesejada.



3. METODOLOGIA

Entrevistas Narrativas – formas de narrar, formas de trabalhar

A definição do objeto dessa pesquisa como o de conhecer as experiências dos profissionais da APS no que tange ao aborto ilegal suscitou questionamentos a respeito de como seria feito para que fossem acessadas tais experiências. A partir desse interesse por compreender como essas situações eram sentidas e vivenciadas em profundidade foi que essa pesquisa, caracterizada como qualitativa exploratória, encontrou nas entrevistas narrativas uma possibilidade de método de coleta de dados interessante aos seus objetivos.

Campos e Furtado (2008) expõem que as narrativas têm sido utilizadas no campo da saúde coletiva operando como novas formas de avaliar e estudar práticas dentro do SUS. Os autores apontam também para o fato de que as abordagens metodológicas tradicionais não têm dado conta no que concerne a certos dilemas e entraves das novas formas de atuar na saúde. As entrevistas narrativas são formas não estruturadas de se entrevistar. Visam à profundidade, que as histórias de vida daqueles que narram se misturem com o contexto pesquisado, porque de fato o que se pretende é conhecer situações a partir de seus olhares, de algo que eles viveram e que o pesquisador não. Se o que se deseja é a reconstrução de acontecimentos por parte dos narradores, a influência daquele que entrevista deve ser limitada (MUYLAERT et al., 2014). Assim, dentre distintas abordagens metodológicas, optou-se nesse estudo por seguir o modelo de Entrevistas Narrativas (EN) proposto por Schutze e descrito por Jovchelovitch e Bauer (2002).

O cenário da pesquisa foi o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre. O SSC é composto por 12 unidades de saúde, em que trabalham equipes ampliadas de saúde, podendo contar com profissionais dos núcleos de terapia ocupacional, farmácia, psicologia, nutrição e serviço social, além da equipe mínima prevista na PNAB. É também campo dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e Residência em Medicina de Família.



O acesso às profissionais entrevistadas² foi por meio de divulgação da pesquisa em reunião de coordenadoras do serviço de saúde comunitária do GHC, também foram enviados convites aos e-mails institucionais de todas as unidades de saúde que compõe a gerência de saúde comunitária do GHC, além de contatarmos algumas profissionais pessoalmente. As entrevistas foram direcionadas às profissionais dos núcleos de enfermagem e medicina, o que se justifica por serem essas as profissionais que realizam as consultas de saúde da mulher, como as de acompanhamento pré-natal, de planejamento familiar, bem como de exame preventivo de câncer de colo de uterino (Papanicolau). Todas aquelas que manifestaram interesse em participar da pesquisa foram entrevistadas. Foram realizadas sete entrevistas, gravadas em áudio, com tempo médio de duração de 30 minutos. Nessas se pediu às participantes que narrassem cenas de seus cotidianos de trabalho em que o aborto ilegal estivesse presente.

A análise dos dados foi baseada na proposta apresentada por Schutze (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2002). Assim, após transcritas as entrevistas, foi feita a divisão do material em parte indexada (mais objetiva, ligado a fatos concretos) e não-indexada (mais subjetiva, que se refere a valores e juízos). Passou-se então pela procura do entendimento das trajetórias individuais e após comparações das trajetórias no sentido de compreender uma trajetória mais coletiva.

Ressaltamos os cuidados éticos presentes nesse estudo que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (parecer: 1.912.581). Antes de iniciada, cada entrevista contou com a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido -TCLE, além ter sido oferecida a possibilidade de validação das entrevistas às participantes após a transcrição dos áudios. Como meio de resguardar o sigilo, na escrita desse artigo o nome das profissionais foi modificado, escolhendo-se nomeá-las como diferentes espécies de árvores brasileiras. O local específico de trabalho não foi mencionado.

² Por serem majoritariamente mulheres as trabalhadoras da Atenção Básica, optamos por nos referir às profissionais entrevistadas no gênero feminino.



4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As participantes do estudo atuavam como trabalhadoras na APS há um tempo superior a 7 anos, à exceção de uma que se caracterizava por um tempo menor. As histórias relatadas tinham como palco os atuais locais de trabalho, mas também experiências anteriores, inclusive em outros municípios, mantida a especificidade de um trabalho na atenção básica.

Normalmente as profissionais acreditavam não ter se deparado com muitas histórias que envolvessem o tema do aborto, apesar de atenderem muitas mulheres. Esse fato era normalmente identificado como resultante de o aborto ser crime e que portanto não seria algo fácil para uma mulher dividir isso em um serviço de saúde. Também relacionavam isso a acreditarem que o espaço da APS não seria o mais procurado para que se pedisse algum tipo de auxílio, visto que as usuárias são comumente conhecidas pelas equipes de saúdes, além de ser sabido que esse nível de atenção não é resolutivo para situações complexas do ponto de vista clínico emergencial. A respeito disso, algumas trabalhadoras se mobilizavam bastante com os casos por entender que se haviam chegado até elas, não deveria estar sendo fácil para as mulheres romperem as barreiras do medo do julgamento moral e da possibilidade de prisão.

As histórias narradas se referem a distintas situações surgidas durante os atendimentos, desde o trabalho com mulheres que expressavam dúvidas sobre seguir com suas gestações, passando por pedidos de ajuda para abortar, complicações de abortos feitos recentemente, também tentativas de interrupção que falharam e ainda se desdobravam em gestações ou maternidades vividas de maneira mais ansiosas. As formas de narrar e os estilos de atendimento de cada enfermeira e médica, ainda que mantivessem uma linha comum de cuidado atravessado pelos princípios da APS, também explicitaram diferentes características de cada profissional, permitindo à entrevistadora descobrir as multiplicidades de possibilidades de atendimento prestado. Dentre todos os conteúdos presentes nas trajetórias narradas priorizamos para expor nesse artigo aqueles que mais se destacaram levando em consideração uma trajetória mais coletiva das profissionais e os objetivos do estudo.



Insegurança e Invisibilidade

O fato de no Brasil o aborto estar inserido em um cenário de criminalização judicial e moral faz com que este seja considerado um tema tabu, posto à margem de discussões em espaços formais, tratado como se não existisse. Podemos entender como resultado desse macro cenário de negação o desenvolvimento de narrativas marcadas por um despreparo dos profissionais para atuar diante de situações para as quais não dispõe de um aprendizado para atender.

A insegurança de não saber como agir foi um fator estressor para algumas das profissionais entrevistadas, principalmente nas primeiras experiências em que se viram diante de atendimentos que envolviam o aborto. Trajetórias como as da enfermeira Albízia: “aquele choque assim, ai agora o que eu faço, me senti desamparada ... com receio de cometer algo que não fosse o mais adequado” e da enfermeira Paineira: “Eu tenho certeza que não fui preparada para uma situação dessas. Como se essas situações inexistissem, mas elas existem e eu não me recordo em momento algum durante a graduação ter sido falado alguma coisa nesse sentido” evidenciam o vazio que atravessou as formações profissionais no que se refere à possibilidade de existência de mulheres que abortam ou mesmo consideram interromper uma gestação. Essa lacuna é estendida a uma percepção de silenciamento sobre o tema também nas unidades de saúde, onde os atendimentos não foram discutidos com a totalidade das equipes, resguardando-se o compartilhamento a colegas em quem se tivesse confiança.

É interessante refletir sobre como as formações na área da saúde, marcadas por um treinamento intenso no que concerne a um atendimento clínico, caracterizando-se por uma forma protocolar de exercer práticas de atenção à saúde e que priorizam um rigor clínico voltado ao corpo dos sujeitos e ações fragmentadas características de um modelo biomédico de saúde (FERTONANI et al., 2015) acaba não preparando os profissionais para lidarem com entraves de uma prática que extrapola protocolos clínicos. Filho (2004) entende que o trabalho no campo da saúde está atravessado pela incerteza advinda da indeterminação das demandas e por isso exige especificidades que contrastam com uma lógica linear. O Movimento da Reforma Sanitária, a partir da década de 80, marca a perspectiva de um cuidado em saúde que incluía além da



dimensão biológica, a histórica, sociológica e tecnológica (FILHO, 2004). No trecho a seguir tal problemática ganha contornos reais.

... a gente vem da faculdade querendo fazer um pré-natal e aí a gente se depara com uma demanda de mulheres que se surpreendem negativamente com a gravidez. Coisa que na faculdade a gente não discute, a gente já recebe uma mulher grávida e o nosso papel está pré-estabelecido, vamos fazer o pré-natal. Então acho que os primeiros momentos... é se dar conta, porque as pessoas começam a trazer... a ideia de que não é exatamente isso o que elas estão procurando. Então um dos primeiros impactos é a gente se dar conta de que o atendimento não é exatamente o único pré-estabelecido como a gente aprendeu. (Médica Guaraiuva)

Certamente por trás dessas lacunas há também o contexto de ilegalidade (não) orientando a atenção a situações que envolvam o abortamento. O impacto causado nas profissionais ao se depararem com atendimentos em que o tema do aborto se faz presente as leva a entrar em contato com dúvidas sobre como agir que podem ser fonte de sofrimento e insegurança, já que não há uma conduta objetiva a ser seguida. O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (2017) prevê no art. 73 a proibição de se “provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente.”. O art. 15 do Código de Ética Médica (2018) da mesma forma veda o descumprimento da legislação vigente a respeito do abortamento. Apesar de incertezas sobre a condução dos atendimentos as profissionais sabiam que realizar aborto é crime e, portanto, o que é feito e pensado relativo ao atendimento envolve o medo de serem punidas. Assim se vê:

Acho que o profissional que atende também fica preocupado com a questão de que todos os profissionais de saúde têm código de ética né... dentro das proibições tem um artigo que fala né é proibido incentivar ou ajudar ou participar de abortos de maneira ilegal. Então eu acho que isso acaba tendo algum peso na hora da consulta e na forma como tu vai conduzir. (Enfermeira Ingá)

Nesse sentido as narrativas trazem um desconforto quanto a não liberdade para uma atuação flexível e voltada à demanda de algumas de suas pacientes, as levando a trabalhar principalmente na perspectiva de um atendimento que, ainda que favoreça a autonomia para a tomada de decisão pelas pacientes, irá estar inevitavelmente mais direcionado ao seguimento das gestações, inclusive pela falta de possibilidades de se abortar de forma segura.



Os modos como a ilegalidade delinea a atenção de mulheres que hesitam em seguir com suas gestações transforma o conjunto dessas situações em silêncio. Não pode aparecer, as profissionais não podem expor as pacientes e não se tem uma ideia clara do quanto isso ocorre com os seus colegas e de como estes intervêm. Esse silenciamento é trazido pela enfermeira Ingá: “O que eu acho é que a gente não discute né, se a gente não leva nem esse tema para nossa equipe” e pela enfermeira Albízia: “é um assunto que ainda é muito na clandestinidade, ... a gente fala de canto com alguém, ...eu não tenho ideia do volume de atendimentos relacionados a esse tema surjam aqui nesse serviço de saúde”.

Podemos refletir a respeito do silenciamento percebido em relação ao tema do aborto nas unidades de saúde como decorrente da ilegalidade a que a prática está submetida. Aprofundando ainda mais, ele marca uma posição de invisibilidade a que as mulheres estão submetidas quanto à decisão sobre seus corpos. A ilegalidade atua de maneira a formalizar como o tema deve supostamente ser tratado: silêncio. Como referido por Gonzaga e Aras (2015) em relação aos discursos religiosos opostos ao aborto se configurarem como peças de uma engrenagem patriarcal, o discurso da lei sobre aborto serviria à manutenção da impossibilidade de escolha feminina a respeito de seu desejo de ser mãe se e quando lhe convier.

A partir das narrativas das médicas e enfermeiras entrevistadas identificou-se algumas vezes mais, outras menos claramente uma posição que buscou respeitar as histórias vividas por suas pacientes, entendendo que o aborto deveria ser assegurado como direito. Isso, ainda que com todas as contradições e dificuldades experienciadas, pode ter lhes possibilitado certa autonomia para lidar com essas situações complexas, ao menos através de uma escuta empática dessas mulheres.

Atenção Primária em Saúde – Possibilidades e Potencialidades

A despeito das inevitáveis lacunas e dos entraves existentes na atenção a situações que envolvam o aborto, que entendemos como decorrentes da realidade de nosso contexto de criminalização jurídica e moral, as trajetórias narradas pelas participantes da pesquisa contêm aspectos que se caracterizam por uma criatividade e



qualidade da atenção prestada. Procuramos aqui expor algumas cenas dessas narrativas que nos mostram possibilidades e potencialidades de uma prática pautada em princípios fortemente marcados por uma perspectiva de trabalho que é própria do nível de atenção primário em saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Como vimos, o fato de não ser permitido praticar aborto não impede que ele siga acontecendo (REBOUÇAS; DUTRA, 2011) e que os serviços de saúde encontrem tal problemática como uma de suas demandas de atenção. Longe do que é praticado em emergências hospitalares ou mesmo em clínicas clandestinas, serão expostas algumas ideias dos modos como a APS pode contribuir nesses atendimentos, ainda que muito aquém da forma como poderia, caso o aborto fosse uma escolha das mulheres e um direito assegurado pelo SUS. Ao longo das entrevistas apareceram práticas de atendimento que visam a um cuidado continuado, uma aposta no vínculo, no trabalho em equipe, na coordenação do cuidado, em uma atenção das pacientes de uma forma não reducionista, além de práticas de cuidado em saúde mental.

Um aspecto marcante das histórias narradas foi o modo de cuidado pautado na integralidade presente nos atendimentos das pacientes. São descritos como atributos da APS a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e o primeiro contato. A integralidade descreve uma atenção ampliada à maior parte das condições de adoecimento, tendo um olhar integral sobre os indivíduos a partir de um entendimento biopsicossocial (STARFIELD, 2002).

A integralidade da atenção pode ser percebida na multiplicidade de formas de cuidar envolvida nos atendimentos, e pode se referir a um cuidado processual. Assim esse processo de cuidado envolveu uma possibilidade de se acompanhar a decisão a ser tomada pela mulher, procurando-se estabelecer naqueles encontros um espaço de reflexão para que se pudesse escolher de forma mais consciente sobre o desfecho das gestações:

...uma paciente que estava muito precisando ser ouvida... a paciente acabou desistindo, mas ela pode escolher com mais clareza, não naquele momento de eu vou sair daqui e vou fazer, porque ela não tinha pensado muito a respeito, porque ela ficou numa situação muito sem chão assim... o que mais me marcou nessa história é que ela escolheu.... Acompanhei o pré-natal dela depois, agora acompanho o bebê... foi toda uma amarração, a gente via ela toda a semana, fez uma ecografia para poder ter certeza do período gestacional e aí isso nos deu uma tranquilidade de saber que caso ela optasse



por fazer ainda tinha tempo para pensar, que conversasse com pessoas, mais alguém pelo menos além dessa amiga. (Enfermeira Albízia)

Nesse trecho podemos identificar aspectos de um cuidado que olha para a subjetividade da mulher ao propor a escuta de suas opiniões e sentimentos sobre essa gestação indesejada, permitindo um espaço protegido para a tomada de decisão. Alinhado à escuta do mundo interno da paciente, vemos o acompanhamento do desenvolvimento gestacional através da solicitação de exames, algo importante nessa situação de incerteza e que marca uma atenção voltada também à sua dimensão física. A busca por inserir a rede de apoio da paciente para auxiliá-la a enfrentar esse momento pode ser relacionada a uma forma de trazer mais segurança e tornar o processo decisório amarrado ao seu contexto social.

A longitudinalidade na atenção à saúde tem um papel fundamental ao evitar a perda de referências, ao possibilitar a continuidade da relação clínica e a construção de vínculo, além de permitir o acompanhamento dos efeitos das intervenções em saúde e da história de vida dos usuários (BRASIL, 2017). Podemos ver no vínculo construído entre as profissionais e a paciente no relato da enfermeira Albízia, acima, e a potência deste na continuidade do acompanhamento em saúde dessa usuária ao longo de sua vida. O atributo da longitudinalidade está contemplado em outras narrativas como evidencia a médica a seguir:

... uma ideia de que a criança podia nascer doente... uma coisa assim de envolver essa criança num super cuidado, de esquecer de si mesma, de se sentir culpada, achar que o que a criança tinha, podia ser asma, uma bronquiolite, achar que era em função da tentativa (de aborto). E eu só descobri essas tentativas bem depois assim, depois da criança nascer... Isso apareceu por uma gestação mais ansiosa assim, de pessoas mais ansiosas, temerosas, querendo mais exames, depois querendo mais respostas em relação aos filhos e com muito medo de que o filho não fosse perfeito... (Médica Taiúva)

Aqui encontramos novamente o olhar da profissional voltado à subjetividade da paciente de forma ainda mais aprofundada. Essa possibilidade de a médica ter uma compreensão ampliada dos comportamentos e sintomas ansiosos da mulher atendida pressupõe, além de uma habilidade desenvolvida, a existência de um vínculo que é em muito característico de um acompanhamento mais longo. Dessa forma as histórias podem ir ganhando contornos na medida em que se vai conhecendo as mulheres



atendidas e a maneira como suas histórias pregressas de aborto seguem muitas vezes se desdobrando no presente. A ilegalidade e a moralidade que orientam os modos de ser mulher em nossa sociedade, negando o poder de escolha sobre destinos reprodutivos, atuam de forma a intensificar questões como a culpa de romper com papéis femininos pré-estabelecidos. Nesse sentido destacou-se as potencialidades do cuidado em saúde mental realizado pela profissional da atenção básica como se vê em seu relato:

...foi um momento muito difícil para ela, que ela estava muito insegura, que ela não desejava aquele filho, agora tudo o que ela queria, ela olha para ele e ama muito e se sente muito culpada, mas no momento da gestação era um momento que ela não queria mais assim, por tudo o que ela vivia com esse marido e por ter que dar conta desses filhos sozinha. Mas o que eu senti em relação a ela, muito uma coisa de tirar a culpa assim..., primeiro convencer que essa criança era saudável e segundo que era compreensível que ela tivesse sentido tudo aquilo naquele momento né. (Médica Taiúva)

Intervenções em saúde mental devem propor novos jeitos de mudar e qualificar modos de vida, produzindo saúde e não se restringindo à cura de doenças. Um cuidado ampliado que considere as múltiplas dimensões do sujeito, bem como seus desejos, valores e escolhas têm na Atenção Básica um campo fértil. Nesse nível as intervenções são construídas no “cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários”, possibilitando suporte emocional aos usuários (BRASIL, 2013, p.23).

A acessibilidade é um ponto importante no estabelecimento de uma relação de cuidado, pois aproxima e traz confiança para a usuária que necessita de atendimento. Ao pensarmos na busca por atendimento de saúde pós abortamento um acesso facilitado além de imprescindível por questões clínicas também se faz necessário pela insegurança subjetiva a qual a mulher está exposta. Na trajetória a seguir podemos identificar o funcionamento da unidade de saúde como porta de entrada, tendo a paciente buscado o serviço e sido acolhida sem necessitar agendamento de consulta.

...ela veio na unidade querendo conversar com a enfermeira, era uma demanda imediata, não pediu agendamento, daí ela passou comigo, estava com sangramento... acho que foi um pedido de ajuda porque uma questão clínica estava preocupando ela...fiz contato com a emergência pra ela se sentir mais segura... tentei fazer uma aproximação, o meu medo foi também que ela não fosse lá...o contato por telefone com a paciente na frente dizendo pra ela fazer contato com aquele profissional pra ela se sentir mais acolhida né.... ofereci outros atendimentos no sentido de poder acompanhar ela mais um tempo.... mais no sentido de também se trabalhar a questão do planejamento familiar né. (Enfermeira Ingá)



O atributo da APS primeiro contato, é descrito como a porta de entrada da saúde. Toda vez que um serviço é identificado como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade de saúde este será uma porta de entrada. O conceito compreende ainda a acessibilidade que se relaciona à capacidade de se obter cuidados em saúde rapidamente quando necessário (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No relato da enfermeira Ingá vemos presente a coordenação do cuidado, outro atributo da APS. A avaliação de a paciente acessar o hospital foi necessária no momento em que o atendimento na unidade da atenção básica foi entendido como não resolutivo para a situação do sangramento. Assim, a coordenação entre níveis assistenciais compreende uma articulação entre serviços e práticas de saúde de maneira a alcançar objetivos comuns, nesse caso uma ação curativa sobre o sangramento uterino resultante de um procedimento abortivo. Deve ainda responder de forma integrada a necessidades através de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Nesse caso vemos uma costura sendo feita entre a profissional do hospital e a paciente e também entre essa e a enfermeira Ingá que combina o retorno à atenção básica com o objetivo de dar seguimento ao acompanhamento e com foco no planejamento reprodutivo.

Por fim pudemos perceber nos discursos narrados a ocorrência de ações compartilhadas entre as equipes. Isso se fez presente de forma direta, através de atendimentos prestados às mulheres de forma conjunta ou intercalada, mas também indiretamente, por meio de discussões com vistas a planejar e qualificar ações e saberes entre núcleos ou mesmo entre colegas de um mesmo núcleo profissional.

Como já mencionado, a escolha de quais profissionais acionar para dividir as experiências vinculadas ao aborto leva em consideração principalmente o respeito à autonomia das mulheres para lidar com questões reprodutivas, o não julgamento ou envolvimento de opiniões pessoais acerca do tema, isso que não é uma característica presente na totalidade das equipes de saúde. Sabemos que realizar trabalho interdisciplinar e em equipe de forma a integrar diferentes técnicas e formações configura-se como uma das atribuições previstas para os trabalhadores da Atenção Básica (BRASIL, 2017). Assim houve menção a potencialidades no uso dessa



atribuição durante a maior parte dos casos atendidos, não foram mencionados entraves ou disputas durante os atendimentos, mas em algumas situações as profissionais não se utilizaram desse recurso afirmando não achar necessário ou não haver outro profissional disponível.

A partir do exposto acima podemos perceber nas falas da enfermeira Albízia e da médica Antônia a preocupação com a escolha do profissional para acompanhá-las na atenção às mulheres:

não é para qualquer profissional médico que eu vou pedir ajuda, né porque eu sei que a gente acaba envolvendo questões pessoais, se eu concordo ou não com isso, julgamentos.... a primeira coisa que me ocorreu é com quem que eu vou falar. E aí eu tive muita sorte nessa ocasião... conversei com uma colega médica e a gente conseguiu conversar um pouquinho e retornar e fazer uma consulta conjunta com essa paciente e o desfecho foi o melhor possível. (Enfermeira Albízia)

Nesse caso a enfermeira traz o cuidado para não expor a paciente atendida a julgamentos, mostrando um senso de responsabilidade frente à complexidade de um atendimento em que o aborto esteja presente. Também fica claro o empenho em oferecer um acolhimento qualificado ao se planejar a intervenção com a colega anteriormente à entrada no caso. A médica Antônia também traz a importância de uma atitude reflexiva na atenção a essas situações, revelando as suas impressões sobre as assimetrias a que estão expostas as equipes de saúde:

... situações complexas eu discuto, eu vou atrás eu quero, gosto de expor e me expor e conseguir ouvir a opinião de diversas áreas. Como esse já não é um tema discutido com todo mundo eu acho que o critério não é muito a multidisciplinariedade, mas quem eu sei que vai ouvir o que eu tenho a dizer, vai depender disso. (Médica Guaraiuva)

A enfermeira Paineira traz a importância das trocas entre a equipe multiprofissional como possibilidade de qualificação da atenção prestada através incorporação de outros saberes e atitude disposta à aprendizagem em serviço. Tal perspectiva se alinha a uma prática interdisciplinar, visto que propõe troca e aprendizado a partir da relação com outros núcleos (COSTA, 2007), prática que é atribuição comum a todos os profissionais da APS (BRASIL, 2017).

... a relação multiprofissional,... essa troca que existe entre áreas diferentes, seja da psicologia, seja do serviço social, sejam outras áreas tem essa troca de se sentar e conversar... Então nessa troca de como eu vou falar, de como eu posso apoiar, de como eu posso sugerir a ela um tempo para pensar, para ver



se realmente é isso que ela deseja fazer, não fazer algo no impulso ...
(Enfermeira Paineira)

O apoio entre colegas de equipe para o enfrentamento de situações complexas como o aborto também aparece nas trajetórias das profissionais entrevistadas. Esse apoio se relaciona à tomada de decisão das condutas em equipe como forma diminuir inseguranças, qualificar o atendimento e dividir responsabilidades e angústias com outros profissionais da equipe. Assim temos:

Acho que a gente estava muito preocupada assim em poder dar uma segurança para ela, em poder apoiar e ao mesmo tempo a gente estava sentindo a necessidade de se sentir apoiada enquanto equipe.... sei que posso discutir com o médico da equipe, com a psicóloga, com a assistente social, com quem está aí e eu sei que a decisão sempre vai ser compartilhada com outros profissionais. (Enfermeira Ingá)

A partir desses relatos pudemos perceber o quanto atuações compartilhadas por um conjunto de profissionais podem ter o potencial de qualificação de situações mesmo quando complexas como costumam ser os casos que envolvem o aborto. Isso, no entanto irá depender do nível de interação entre as equipes de saúde para que possam encontrar espaços de diálogo e apoio entre si.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa procurou refletir sobre o contexto brasileiro em que proibições legais e morais juntamente com uma formação em saúde marcada por ações protocolares e fragmentadas, típicas de um modelo biomédico, demonstram ser as principais dificuldades no atendimento de situações complexas como as que envolvem o aborto. O silenciamento encontrado sobre o tema nas formações e serviços da saúde é decorrente da ilegalidade a que a prática está submetida e é também reflexo de uma posição de invisibilidade a que as mulheres estão submetidas quanto à decisão sobre seus corpos.

A impossibilidade legal de que as mulheres e profissionais da saúde efetuem abortos é em um primeiro momento entendido como uma impossibilidade de atender pacientes que de alguma maneira expressem uma contrariedade ao fato de assumirem uma gestação. No entanto, durante as narrativas das profissionais foi possível perceber múltiplas possibilidades de atenção que envolvem um olhar ampliado sobre as



situações, pautado nos atributos e características da APS como integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, acessibilidade, trabalho realizado em equipe e cuidado em saúde mental. Nesse sentido a pesquisa procurou tecer algumas considerações a respeito de possibilidades e potencialidades vinculadas ao acolhimento de situações relacionadas ao aborto ilegal em serviços da Atenção Básica.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011b. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/atencaosaudedagestanteemaps.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento.pdf. Acesso em: 26 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. / Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em : 26 Jul. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em:



http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 29 Jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 29 jul. 2021.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental. Anencefalia. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54 ajuizada pela Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde Voto da Min. Carmem Lúcia. Plenário. Relator: Min. Marco Aurélio Mello. Brasília-DF, j.11/04/2012. Informativo do STF n. 661. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/informativo/documento/informativo661.htm#ADPF%20e%20interrup%C3%A7%C3%A3o%20de%20gravidez%20de%20feto%20anenc%C3%A9falo%20-%202026>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

CAMPOS, R. T. O.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, [online], v. 42, n. 6, p. 1090-1096, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2021.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, [online], v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312004000100004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem: Resolução nº 564 do Conselho Federal de Enfermagem, de 6 de novembro de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em 29 Jul. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de ética médica: Resolução nº 2.217 do Conselho Federal de Medicina, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

COSTA, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental, Barbacena*, v. 5, n.8, p. 107-124, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 29 jul. 2021. DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/653-660/>. Acesso em: 26 Jul. 2021.



FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract. Acesso em: 26 Jul. 2021.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [online], v.8, n.15, p. 375-380, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019. Acesso em: 29 jul. 2021.

GONZAGA, P. R. B.; ARAS, L. B. de. Mulheres Latino-Americanas e a Luta por Direitos Reprodutivos: o panorama da conjuntura política e legal do aborto nos países da América latina. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, [online], v. 9, n. 2, p. 51-58, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/16040/14329>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 90-113.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. (2009). Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em 29 jul. 2021.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, [online], v. 25, n.2, p. 193-204, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400002. Acesso em 29 jul. 2021.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. *Reprodução & Climatério*, v.30, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1413208715000254?token=410E94E11632B9D2A2EACD0A692E50F70A7A686BA32CE275128D773652D393847D50E2B1FE7FC6A62E4532B52D3503C0&originRegion=us-east-1&originCreation=20210730204427>. Acesso em 29 Jul. 2021.

MORTARI, C. L. H.; MARTINI, J. G.; VARGAS, M. A. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [online], v. 46, n. 4, p. 914-921, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400019. Acesso em 29 jul. 2021.



MUYLAERT, C. J., *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [online], v. 48, n. 2, p. 184-189, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000800184&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 29 jul. 2021.

OLIVEIRA, MARIA AMÉLIA DE CAMPOS, & PEREIRA, IARA CRISTINA. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 29 Jul. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. (2a ed.). Genebra: OMS. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acesso em: 29 Jul. 2021.

REBOUÇAS, M. S. S.; DUTRA, E. M. do S. (2011). Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. *Psicologia em Estudo*, v.16, n.3, p. 419-428, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300009. Acesso em: 29 Jul. 2021.

RUIBAL, A. M. Feminismo frente a fundamentalismos religiosos: mobilização e contramobilização em torno dos direitos reprodutivos na América Latina. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 14, p. 111-138, 2014. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-33522014000200111&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 Jul. 2021.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805?posInSet=1&queryId=beacf009-9904-491e-9135-3309d929ba38>. Acesso em: 29 Jul. 2021.

YU, P. C. *Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos*. 2010 (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-31082010-184101/publico/PaiChingYu.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2021.

Helena Biavaschi Grassiⁱ

Psicóloga, especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo programa de Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição. Atua na clínica psicanalítica. Integrante do Projeto Grádiva.

Contribuição de autoria: Autora principal.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4221-7761>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4826532643381133>

E-mail: helenagrassi@gmail.com



Christiane Silveira Kammsetzerⁱⁱ

Psicóloga do Grupo Hospitalar Conceição. Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), realizou Especialização pelo "Programa de Residência Integrada em Saúde, Aperfeiçoamento Especializado em Saúde Coletiva: Atenção Básica" (ESP- RS).

Contribuição de autoria: Coautora, orientadora da pesquisa.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8047-4502>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1703675496150309>

E-mail: christianekami@gmail.com

Editor responsável: Daniel Demétrio Faustino-Silva

Recebido em 31 de julho de 2021.

Aceito em 14 de outubro de 2021.

Publicado em 22 de novembro de 2021.

Como referenciar este artigo (ABNT):

GRASSI, Helena Biavaschi; KAMMSETZER, Christiane Silveira. Aborto ilegal no contexto da atenção primária à saúde: narrativas de profissionais da saúde. *Cadernos de Ensino e Pesquisa em Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 48-71, 2021.