



Anales del Instituto de Arte Americano
e Investigaciones Estéticas "Mario J. Buschiazzi"

■ DIREITOS DA MULHER E ESPAÇOS DIGNOS: ENTENDIMENTO E PROPOSTAS ARQUITETÔNICAS PARA CLÍNICAS DE ABORTO

Maribel Aliaga Fuentes, Carolina Pescatori y Valentina Moura



CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Aliaga Fuentes, M., Pescatori, C. y Moura, V. (2021). Direitos da Mulher e Espaços Dignos: Entendimento e Propostas Arquitetônicas para Clínicas de Aborto. *Anales del IAA*, 51(1), pp. 1-14. Recuperado de: <http://www.iaa.fadu.uba.ar/ojs/index.php/anales/article/view/381/642>

Anales es una revista periódica arbitrada que surgió en el año 1948 dentro del Instituto de Arte Americano e Investigaciones Estéticas "Mario J. Buschiazzi" (IAA). Publica trabajos originales vinculados a la historia de disciplinas como el urbanismo, la arquitectura y el diseño gráfico e industrial y, preferentemente, referidos a América Latina.

Contacto: iaa@fadu.uba.ar

* Esta revista usa Open Journal Systems 2.4.0.0, un *software* libre para la gestión y la publicación de revistas desarrollado, soportado, y libremente distribuido por el Public Knowledge Project bajo Licencia Pública General GNU.

Anales is a peer refereed periodical which first appeared in 1948 in the IAA. The journal publishes original papers about the history of disciplines such as urban planning, architecture and graphic and industrial design, preferably related to Latin America.

Contact: iaa@fadu.uba.ar

* This journal uses Open Journal Systems 2.4.0.0, which is free software for management and magazine publishing developed, supported, and freely distributed by the Public Knowledge Project under the GNU General Public License.

DIREITOS DA MULHER E ESPAÇOS DIGNOS: ENTENDIMENTO E PROPOSTAS ARQUITETÔNICAS PARA CLÍNICAS DE ABORTO

WOMEN RIGHTS AND DIGNIFIED SPACES: UNDERSTANDING AND ARCHITECTURAL PROPOSALS FOR AN ABORTION CLINIC

DERECHOS DE LA MUJER Y ESPACIOS DIGNOS: COMPRENSIÓN Y PROPUESTAS ARQUITECTÓNICAS PARA CLÍNICAS DE ABORTO

Maribel Aliaga Fuentes*

Carolina Pescatori**

Valentina Moura***



<https://orcid.org/0000-0001-8244-8412>

<https://orcid.org/0000-0002-4361-2598>

<https://orcid.org/0000-0002-7254-8855>

Anales del IAA #51 (1) - enero / junio de 2021 - (1-14) - ISSN 2362-2024 - Recibido: 06/05/2020 - Aceptado: 22/11/2020.

■ ■ ■ Enquanto uma questão sócio-política, o aborto é frequentemente problematizado como um direito da mulher e uma questão de saúde pública, no entanto raramente é discutido em sua dimensão arquitetônica. Este artigo procura preencher esta lacuna através de dois caminhos metodológicos complementares. Primeiro, através da argumentação teórica e histórica, é mostrado que o aborto legal tem uma dimensão espacial relacionada à qualidade arquitetônica dos espaços de saúde física e mental onde o processo ocorre. Em segundo lugar, através da análise do caso do Programa de Interrupção Gestacional previsto por Lei (PIGL) do Hospital Materno Infantil de Brasília, capital do Brasil. Expõe-se a precariedade e a improvisação de espaços de saúde para o aborto legal. Assim, o artigo confirma a hipótese de que a arquitetura tem um importante papel social a desempenhar para proporcionar dignidade, segurança e abrigo às mulheres que decidem exercer seus direitos reprodutivos.

PALAVRAS-CHAVE: arquitetura, aborto, mulheres, dignidade.

REFERÊNCIAS ESPACIAIS E TEMPORAIS: Brasil, século XXI.

■ ■ ■ As a socio-political issue, abortion is often understood as a woman's right and public health issue. However, is rarely discussed in its architectural dimension. This article seeks to fill this gap through two complementary methodological paths. First, through a theoretical and historical argument, it demonstrates that legal abortion has a spatial dimension related to the architectural quality of physical and mental health spaces where the process takes place. Second, through the critical analysis of a case study - the Gestational Interruption Program envisaged by Law (PIGL) of the Mother's care and Children Hospital in Brasília, capital of Brazil. The case proves the precariousness and improvisation of health spaces for legal abortion. Thus, the article confirms the hypothesis that architecture has an important social role to fulfill in order to provide dignity and security to women who decide to exercise their reproductive rights.

KEYWORDS: architecture, abortion, women, dignity.

SPACE AND TIME REFERENCES: Brazil, XXIst Century.

■ ■ ■ En tanto cuestión sociopolítica, el aborto es frecuentemente problematizado como un derecho de la mujer y una cuestión de salud. Sin embargo, rara vez se debate su dimensión arquitectónica. Este artículo busca cubrir esta brecha por dos caminos metodológicos complementarios. En primer lugar, por una argumentación teórica e histórica, se demuestra que el aborto legal tiene una dimensión espacial relacionada con la calidad arquitectónica de los espacios de salud física y mental donde se lleva a cabo el proceso. En segundo lugar, a través del análisis de caso de PIGL (Programa de Interrupción Gestacional proporcionado por la Ley) del Hospital Materno Infantil de Brasília, capital de Brasil, se revela la precariedad y la improvisación de los espacios de salud para el aborto legal. Así, el artículo confirma la hipótesis de que la arquitectura tiene un importante papel social que desempeñar en la prestación digna de seguridad y acogida a las mujeres que deciden ejercer sus derechos reproductivos.

PALABRAS CLAVE: arquitectura, aborto, mujeres, dignidad.

REFERENCIAS ESPACIALES Y TEMPORALES: Brasil, siglo XXI.

* ** *** Instituto Central de Ciências, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília (ICC-FAU-UnB).

Este trabalho é parte do projeto de pesquisa feminista "Arquitetura (re)vista" da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (FAU-UnB).

Introdução

O Estado não tem o direito de obrigar uma mulher a permanecer grávida. Se homens fossem grávidos o aborto já seria legal faz tempo. Criminalizar uma convicção diferente não é razoável. Criminalizar é uma forma autoritária e intolerante de lidar com o problema.

Luís Roberto Barroso, Ministro do Supremo Tribunal Federal
(Rodas, S., 2018, Em evento do Rio, Barroso é alvo de vaias e aplausos ao falar sobre aborto. *CONJUR*, 4)

O aborto é um dos grandes tabus da sociedade contemporânea, rodeado de julgamentos morais, éticos, filosóficos, religiosos e políticos, com debates de grande complexidade e conflito. Profundamente relacionado aos direitos da mulher, o aborto é debatido, estudado e problematizado por diversas áreas do conhecimento, com ênfase no direito, bioética, medicina, psicologia, sociologia e antropologia. Entretanto, a inserção do aborto como objeto de estudo na Arquitetura, se não inexistente, muito rara, causa um desconhecimento generalizado no campo sobre a dimensão espacial e as especificidades arquitetônicas dos espaços de saúde relacionados ao assunto. Este trabalho é parte de uma pesquisa sobre clínicas de aborto realizada para um trabalho final de curso em Arquitetura e Urbanismo, que inseriu o tema no campo acadêmico e permitiu falar abertamente sobre o assunto. A proposta teórico-projetiva procura expandir e incentivar a participação da arquitetura em uma direção socialmente engajada e responsável e explora um campo contestado e politizado. É incomum que arquitetos sejam contratados para consultorias ou projetos de clínicas de aborto, pois os gerentes desses estabelecimentos freqüentemente adaptam espaços existentes em centros de saúde ou hospitais, sem arquitetos, e realizam apenas readaptações que não conseguem atender às inúmeras necessidades da mulher que decide ou precisa passar por esse complexo procedimento.

Os profissionais de arquitetura precisam conhecer as questões de *design* envolvidas no projeto de clínicas de aborto, tais como as demandas de atendimento clínico, funcional, psicológico e terapêutico, para que possam projetar adequadamente uma tipologia pouco estudada e discutida, seja para melhorar o atendimento no atual quadro legal do aborto, seja para aumentar o atendimento em um cenário hipotético de sua descriminalização mais ampla.

Este documento visa identificar, problematizar e tornar conhecido o programa arquitetônico e as qualidades espaciais desejadas para os espaços dedicados ao aborto legal. Para isso, vai se desdobrar um estudo de caso do Programa de Interrupção Gestacional previsto por Lei (PIGL) do Hospital Materno Infantil de Brasília, capital do Brasil. Isto permitiu: compreender os processos burocráticos, sócio-psicológicos e clínicos de atendimento às mulheres que decidem fazer um aborto e que são fundamentais para o projeto arquitetônico; compreender o programa de necessidades de uma clínica de aborto; apresentar uma análise urbana e arquitetônica crítica da qualidade destes espaços.

Metodologicamente, o estudo de caso foi desenvolvido a partir de visitas ao local, pesquisa fotográfica, entrevista com o membro da equipe médica responsável pelos procedimentos de aborto e avaliação da qualidade espacial, com base em extensa pesquisa bibliográfica sobre aborto em áreas relacionadas, tais como bioética, direito e sociologia, e especialmente as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2013).

A questão do direito reprodutivo feminino é tratada por Silvia Federici no livro *O Calibã e a bruxa* em vários momentos da história, em que narra por exemplo, como o patriarcado aplica isso nas relações da escravidão imposta às mulheres comercializadas como escravas:

A partir de meados do século XVI, ao mesmo tempo em que os navios portugueses voltavam da África com seus primeiros carregamentos humanos, todos os governos europeus começaram a impor sanções mais severas à contracepção e ao infanticídio (Federici, 2017, p. 174).

É interessante observar como a religião toma para si a defesa da criação, muitas vezes além da vida das mulheres. Federici resgata palavras de Lutero que defendeu que as mulheres são "necessárias para produzir o crescimento da raça humana [e que] independentemente de suas fraquezas, as mulheres possuem uma virtude que as anula a todas: elas têm um ventre e podem dar à luz" (Federici, 2017, p. 171).

Esta visão do corpo feminino tem sido difundida no Brasil desde a época do Império. Ao longo da história, muito tem sido dito sobre os direitos reprodutivos femininos, sempre com um olhar coercitivo em relação às mulheres. De 1830 a 1988, as leis do país preocupavam-se com a criminalização do aborto, tanto para aquelas que o realizavam quanto para aqueles que o praticavam. Em 1988, a Constituição defende o direito das mulheres à vida, mas ainda não discrimina. Legalmente, em 2005, a palavra da mulher é entendida como verdade nos casos de estupro. Em 2012, devido à pandemia do vírus Zika, as mães podem abortar os fetos anencefálicos. Em 2013, a primeira mulher presidente do Brasil, Dilma Rousseff, entende o problema como saúde pública e propõe através de uma lei a padronização do atendimento emergencial, abrangente e multidisciplinar em qualquer hospital do Serviço de Saúde Unificado. Infelizmente com o revés político pelo qual o país passou no pós-convento de 2015, um congresso composto principalmente por políticos masculinos e evangélicos, propõe uma emenda à constituição que defende que "a vida começa na concepção e, conseqüentemente, criminaliza o aborto em todos os casos ainda em tramitação" (Mudalen, 2017).

Conforme a linha do tempo, observe-se que a primeira legislação sobre o corpo da mulher e suas escolhas é do tempo do Império e data de 1830, que criminaliza a quem realiza, com penas que variam de 01 a 12 anos. Em 1890 o Código Penal da República, vai penalizar também as mulheres que praticam o aborto, com uma pena que varia de 01 a 5 anos e uma pena de 6 meses a 24 anos para aquelas que ajudaram na expulsão ou não do feto e resultaram na morte.

O aborto causado por mulheres grávidas ou com seu consentimento é um crime caracterizado no Código Penal Brasileiro de 1940, com pena de detenção de um a três anos, com exceção dos casos de Término Terapêutico da Gravidez ou quando a gravidez é resultado de estupro, único caso de Interrupção Voluntária da Gravidez autorizada no país (Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, 1940).

No curto período de democracia no Brasil, a Constituição Federal de 1988 define preceitos fundamentais como o direito das mulheres à vida, dignidade, cidadania, não discriminação, liberdade, igualdade, saúde e planejamento familiar, entre outros. Ainda nesta mesma onda libertária, o dia 28 de setembro de 1990, como o Dia da Luta pela Descriminalização do Aborto na América Latina.

Em 2005, período de importantes conquistas democráticas do primeiro governo de Lula, o Ministério da Saúde publica a norma técnica para o Aborto Humano, que exclui a necessidade de um Documento Policial, ao entender a palavra da mulher como verdade. A conquista é duplamente importante, por entender a mulher neste momento e por tratar o tema como caso de saúde pública.

Desde 2012, a Suprema Tribunal Federal (STF) incluiu a possibilidade de aborto em casos de anencefalia, um dos tipos de Término Seletivo da Gravidez (Secretaria de Atenção à Saúde, 2012). Por oito votos a dois, os ministros legalizam a interrupção da gravidez em casos de ausência do cérebro. Outro avanço importante aconteceu no primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, em 2013 quando ela sancionou a Lei 12.845, que padroniza o atendimento "emergencial, abrangente e multidisciplinar" em qualquer hospital do Serviço Único de Saúde (SUS), e exige o encaminhamento para os serviços específicos no caso de você querer fazer um aborto.

Ainda no processo de transição, em novembro de 2016 a Primeira Instância do STF considerou que a interrupção da gravidez até o terceiro mês de gravidez não constitui crime, ao derrubar um caso específico de prisão preventiva de cinco médicos e funcionários de uma clínica de aborto. Porém, como já disse, este direito está em risco por propostas legislativas ultraconservadoras em tramitação no Congresso Nacional, que se aproveitam de brechas legais para tentar inserir pautas antiaborto na constituição.

Conceptualizações e categorias legais

Para iniciar uma discussão sobre o aborto é necessário apresentar as conceitualizações e categorias com as quais trabalhar, pois, como Diniz e Almeida advertem, "cada categoria tem sua força na guerrilha lingüística, às vezes sutil, que está por trás dos cenários selecionados" (1998, p.126). Em primeiro lugar, existem três tipos de aborto: *acidental*, que ocorre como resultado de um trauma físico, como uma queda de uma escada ou um acidente de carro; *espontâneo*, que ocorre natural e involuntariamente da mãe, na maioria das vezes durante as primeiras doze semanas, isso é 15% das gestações, que pode ocorrer devido a fatores biológicos, psicológicos ou sociais; e *induzido*, que ocorre voluntariamente, de acordo com a vontade da mulher. Neste documento, discutiremos o aborto *induzido*, porque ele tem um peso maior de consequências e dilemas legais, éticos, morais e psicológicos. Segundo Diniz e Almeida (1998, p.126), existem três tipos de aborto *induzido* que consideram a vontade da mulher. Ou seja, quando ela consente ou decide conscientemente pelo aborto: quando em caso de risco da mulher grávida, em caso de má formação do feto, ou em casos de estupro. Há dois métodos de abortamento induzido seguro: farmacológico através de um medicamento abortivo, utilizado até doze semanas de gestação, e cirúrgico através da aspiração intra-uterina manual (AMIU). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que o aborto medicamentoso, nas primeiras 9 semanas de gravidez, é considerado seguro e mais apropriado (Organização Mundial de Saúde, 2012).

O aborto deve ser realizado até vinte e duas semanas de gestação ou até que o feto complete 500 gramas, o que ocorrer primeiro. Para solicitar o procedimento, a mulher deve comparecer ao hospital, submeter-se a avaliações médicas e assinar os documentos necessários. Não requer autorização judicial e em casos de estupro, não é necessário um relatório policial, pois a palavra da mulher deve ser tomada como verdade. Se o médico ou hospital se recusar a realizar o procedimento, é possível recorrer em juízo porque se trata de uma violação dos direitos previstos por lei. Infelizmente, com o crescimento do conservadorismo, as barreiras acontecem antes mesmo das mulheres chegarem à equipe médica.

A Pesquisa Nacional sobre Aborto em 2016 (PNA, 2016) é o principal estudo nacional sobre o assunto (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017). O estudo abordou o perfil etário,

racial, regional, educacional e religioso daqueles que abortaram e cobriram o Brasil urbano, referindo-se a 83% da população; o que significa que os dados apresentados podem ser subestimados, já que as mulheres mais frágeis são as do meio rural ou as que têm pouca escolaridade. Uma conclusão importante do estudo é que mulheres abortam, independente da sua classe social, raça ou religião.

Em um país do tamanho do Brasil, existem apenas 37 hospitais/clínicas que realizam o procedimento legal na rede pública, os únicos permitidos (Figura 1). Entre eles, 30 somente em caso de anencefalia e 27 em caso de risco de morte para as mulheres, todos para casos de estupro. Em sete estados do país, não há serviço em operação e em apenas quatro estados há serviços fora das capitais (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017). O mapa desses locais de atendimento deixa clara sua concentração nas maiores cidades, especialmente nas capitais, e deixa a maioria da população sem atendimento.

A criminalização é incompatível com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, a autonomia feminina, a integridade física e mental da mulher grávida e a igualdade de gênero. A mulher não pode ser obrigada pelo Estado secular a manter uma gravidez indesejada e deve ter o direito de tomar suas decisões existenciais preservadas, já que é ela quem sofre, em seu corpo e psicologicamente, os efeitos da gravidez.

A fim de discutir a questão de forma imparcial, o posicionamento tendencioso das principais influências religiosas a favor ou contra o aborto deve ser posto de lado e substituído pela seguinte pergunta: ¿uma mulher deve ser encarcerada? O aborto deve ser tratado como uma questão de saúde da mulher e de saúde pública. Portanto, não é necessário ser a favor do aborto para ser a favor de sua descriminalização. O que está em jogo é o direito de escolha de uma mulher e sua liberdade.

Desigualdade social e criminalização

É amplamente conhecido que a criminalização do aborto não impede a sua ocorrência. A PNA 2016 demonstra quantitativa e qualitativamente que o aborto é "um fenômeno freqüente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões: em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos de idade, já tinha feito pelo menos um aborto. Em 2015, aproximadamente 416.000 mulheres eram" (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017, p. 653).

Entretanto, a mesma pesquisa mostra que a incidência de aborto é maior em mulheres jovens entre 12 e 19 anos de idade, o que representa 29% dos casos (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017, p. 655). Também foi demonstrado que há uma maior incidência de aborto entre as mulheres das regiões mais pobres do país, Norte/Médio Oeste e Nordeste (15% e 18%); com escolaridade até a quarta/quinta série (22%); com renda familiar de até 1 salário mínimo (16%); e em mulheres amarelas, negras, pardas e indígenas (13% a 25%) (Diniz, Medeiros, Madeiro, 2017, p. 654).

As mulheres que têm condições financeiras recorrem a clínicas clandestinas onde o custo médio de um aborto é de 5.000 reais (Somos todas clandestinas, 2013) ou viajam para países onde o procedimento é mais amplamente legalizado. As mulheres em situações de vulnerabilidade social são aquelas que se submetem, todos os dias, a métodos perigosos e acabam mortas ou presas.

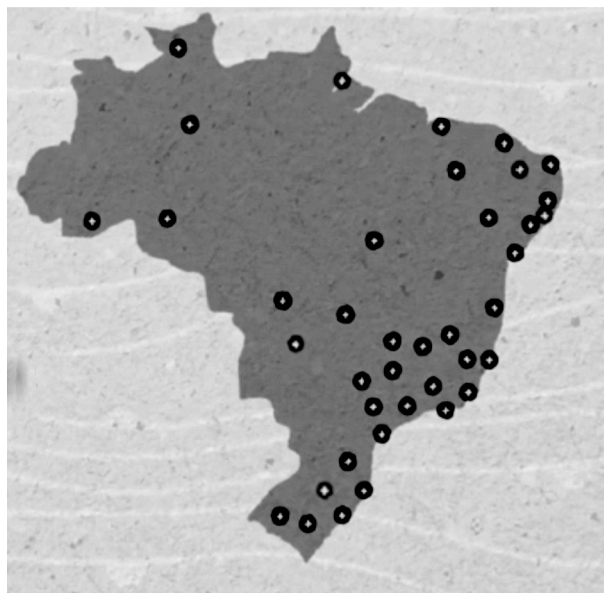


Figura 1: Localização dos 37 locais de atendimento para aborto legal no Brasil. Fonte: Think, 2017.

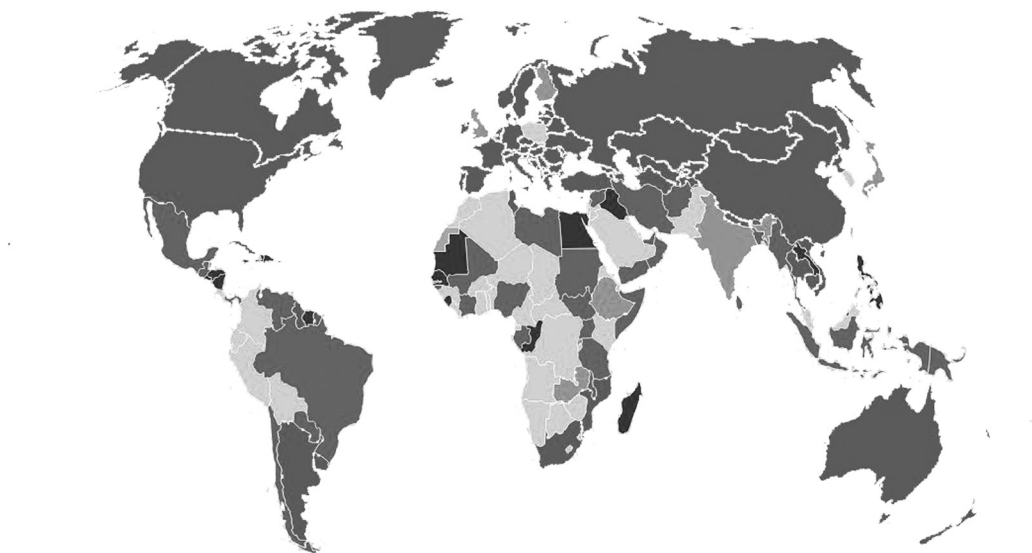
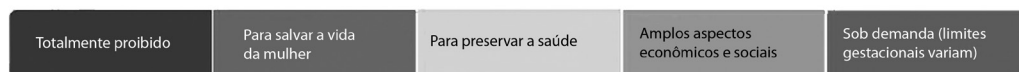


Figura 2: Leis de aborto em todo o mundo. Fonte: Adaptado de Center for Reproductive Rights, 2020.

Há também aqueles que chegam aos hospitais com complicações após abortos e não podem dizer a verdade porque correm o risco de serem denunciadas por profissionais de saúde. Nestes casos "o cuidado tende a ser punitivo e discriminatório, gerando nas mulheres sentimentos de insegurança, angústia, culpa e humilhação, em flagrante desrespeito às diretrizes que defendem o direito de todos a um cuidado humanizado e de qualidade" (Lemos e Russo, 2014). Muitas vezes, os profissionais de saúde utilizam seus próprios critérios morais em suas práticas de atendimento e excedem os limites estabelecidos pelo sigilo profissional. Operam com poderes de justiça e polícia na definição de uma "verdade sobre o aborto", como demonstrado por Diniz, Medeiros e Madeiro (2017).

Pesquisas mostram que há muita ignorância e abuso de autoridade por parte dos médicos no reconhecimento dos direitos das mulheres, que, ao contrário da lei, não têm sua palavra como elemento suficiente para garantir o aborto. As autoras indicam que "cerca de dois terços dos médicos acreditavam que a autorização judicial era necessária para realizar o aborto previsto por lei; [...] [há provas] de que 81,6% deles solicitaram um Documento Policial ou outro tipo de documento (como o relatório Instituto Médico Legal, a autorização do comitê de ética hospitalar ou a permissão judicial)" (Madeiro Pereira e Diniz, 2016, p. 564).

Mesmo quando as mulheres preenchem os critérios legais para o aborto, ainda é um desafio significativo, seja devido à extrema restrição de acesso aos serviços, seja devido ao amplo entendimento coletivo de que se trata de uma prática "com forte caráter clandestino", conforme definido por Milanez, Oliveira, Barroso, Martinelli, Esposti e Santos (2016). Para as autoras, especialmente na América Latina, o aborto afeta seriamente a saúde física e/ou mental da mulher, mesmo quando sua realização é reconhecida como legal.

O mapa da Figura 2 fornece uma visão global das leis aplicadas sobre o assunto em cada país. A maioria dos países com leis contra a descriminalização do aborto estão na América Latina, África e Ásia, coincidentemente países em desenvolvimento com taxas mais altas de desigualdade social e de gênero. Atualmente, aproximadamente 25% da população mundial vive em nações com leis abortivas restritivas, mas existem países muito conservadores, como os Estados Unidos, que legalizaram o aborto em todos os casos. Onde o aborto foi legalizado, a prática se tornou menos comum e o número de abortos realizados diminuiu. Entre 1994 e 2014, a taxa global caiu de 46 para 27 abortos por 1.000 mulheres em idade reprodutiva (Think, 2018). Nestes casos, as mulheres recebem assistência na rede de saúde pública e recebem instruções sobre métodos contraceptivos e planejamento familiar. É possível conhecer as falhas na política de saúde a fim de corrigi-las e agir mais efetivamente na prevenção de gravidezes indesejadas, para garantir ao mesmo tempo o aborto como um direito.

Caso de um espaço abortado: inserção na cidade e projeto arquitetônico

A arquitetura, enquanto campo disciplinar, tem se eximido de problematizar os espaços para o aborto, são raríssimos os trabalhos acadêmicos nesse sentido. Uma exceção importante é a pesquisa da arquiteta e professora Lori Brown, da Escola de Arquitetura da Universidade de Syracuse, em seu livro *Contested Spaces: Abortion Clinics, Women's Shelters and Hospitals - Politicizing the Female Body* (2013). Nesta pesquisa, Brown (2013) aborda a dimensão política da arquitetura diante de um cenário de aumento de restrições e exigências para a realização do aborto nos Estados Unidos (EUA). A autora analisa políticas públicas

de direitos reprodutivos das mulheres na América do Norte (EUA, Canadá e México), com foco particular nas clínicas de aborto e suas relações urbanas, tanto na esfera pública quanto no espaço público, e relações arquitetônicas, para compreender como a arquitetura pode apoiar a ampliação do acesso aos direitos reprodutivos das mulheres. Em um escopo mais ampliado, a pesquisadora analisa como o Estado “influencia e manipula leis sobre a assistência de saúde reprodutiva e como essas impactam o direito das mulheres de abortar” (Brown, 2013, p.6). Ainda que o contexto sociopolítico da América do Norte seja muito diferente do brasileiro, Brown definiu critérios importantíssimos para a análise dos espaços para o aborto, certamente relevantes para o Brasil.

Primeiramente, Brown analisa como as clínicas estão inseridas na rede urbana, inclusive aquelas clandestinas, no caso de países como o Brasil. Estas são frequentemente empurradas para a periferia das comunidades, onde é mais fácil escondê-las e camuflá-las. E se elas fossem integradas ao nosso espaço cotidiano, já que é uma prática tão comum? Brown também pergunta, provocativamente, por que eles não estão localizados em shoppings? Tratar estes lugares como normais é parte da quebra de paradigma e contribuiria para a normalização e desestigmatização do procedimento. A autora também discute os efeitos do projeto arquitetônico apropriado sobre as paisagens de acesso aos cuidados com a saúde reprodutiva. Ao visitar clínicas em todos os Estados Unidos, Brown descobriu que várias enfrentaram grande dificuldade para encontrar espaço físico, já que muitos proprietários se recusam a conceder imóveis para este fim, e leva as entidades a se instalarem em qualquer imóvel de uma forma adaptada, em espaços que estão longe de ser ideais, como é o caso do Programa de Interrupção Gestacional previsto por Lei (PIGL) do Hospital e Maternidade Infantil de Brasília (HMIB), estudo de caso desta pesquisa.

A pesquisa de Brown (2013) começou com o objetivo de examinar o projeto arquitetônico de clínicas de aborto, mas logo ela percebeu que esses eram praticamente inexistentes. Como esses espaços carecem de uma arquitetura intencionalmente concebida, ficou ainda mais claro que o projeto arquitetônico poderia resolver problemas logísticos, de acolhimento, proteção e satisfação das pacientes, com estratégias projetuais como entradas menos hostis, salas de espera reservadas que não expõem as mulheres ao escrutínio público, acessos que garantam privacidade e caminhos internos mais respeitosos. O ambiente construído deve honrar e apoiar a decisão da mulher e a arquitetura tem um papel fundamental a desempenhar nesse sentido.

Para contribuir na discussão da arquitetura dos espaços de aborto, trazemos o estudo de caso do Programa de Interrupção Gestacional previsto por Lei (PIGL) da Hospital e Maternidade Infantil de Brasília (HMIB), que é um hospital público, voltado ao atendimento pediátrico e à saúde de mulher. Não se pode chamar o espaço PIGL de clínica, porque é uma adaptação do espaço hospitalar não específico, cujas atividades não são separadas das da maternidade do hospital. É a situação mais comum no Brasil, e tratar-se de um caso emblemático e relevante. É essencial destacar a imensa área de cobertura deste serviço, o único disponível para atender toda a Área Metropolitana de Brasília, com mais 4 milhões de habitantes, isso é mais de trinta municípios (Figura 3). A existência de apenas um posto de atendimento para interrupção da gravidez em um território tão amplo é claramente insuficiente e elimina a mulher periférica deste serviço essencial de saúde pública.

O Hospital está localizado em Brasília, na Asa Sul, em uma das avenidas longitudinais do Plano Piloto, a L2. É bem servido por transporte público e pode ser considerado bem localizado e acessível à cidade de Brasília (Figura 4).

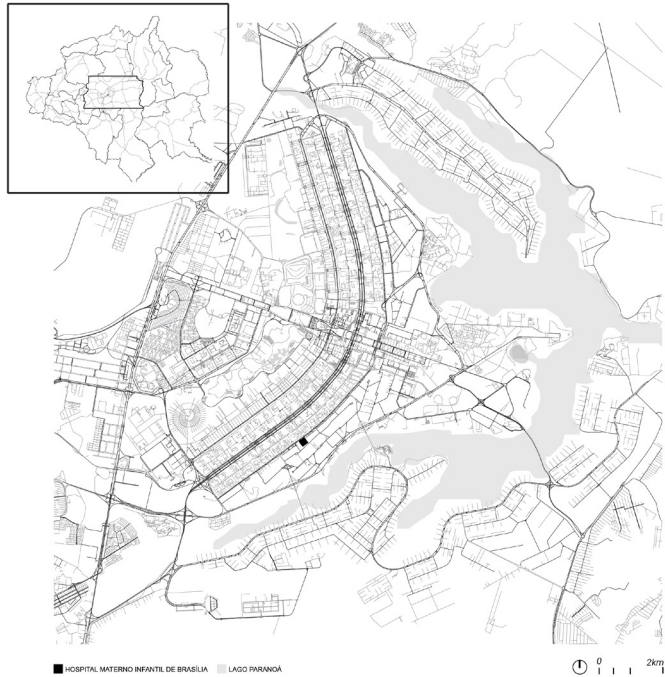


Figura 3: Mapa da Área Metropolitana de Brasília e mapa de localização do HMIB. Elaboração: Ione Almeida, 2021.



Figura 4: Mapa de localização do HMIB. Elaboração: Ione Almeida, 2021.

Etapas do aborto e descrição dos espaços arquitetônicos

O PIGL cobre todos os casos de interrupção da gravidez sob a lei brasileira. Deve-se notar que, no caso de estupro, não é necessária nenhuma autorização judicial ou relatório policial. A norma do Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde, 2012) e a OMS permitem o aborto para gravidezes de até 22 semanas. Entretanto, o PIGL aceita gravidezes de até 20 semanas, já que o processo de consulta e as avaliações levam cerca de 1 a 2 semanas. A seguir, se apresentam as etapas do atendimento no PIGL conjuntamente às análises dos espaços onde se realizam as diversas atividades.

1ª etapa - Sala de espera para atendimento: a paciente espera em um corredor pelo momento de ser atendida dentro dos espaços do PIGL. Não há uma sala de espera isolada dos demais fluxos do hospital e o espaço exíguo não garante conforto e privacidade às pacientes (Figuras 5 e 6).

2ª etapa - Cuidados psicossociais na sala de recepção: a paciente é atendida, sem a necessidade de agendamento. Ela entra num espaço mais humanizado, com poltronas, onde é atendida por um psicólogo e uma assistente social (Figura 7). A primeira etapa do atendimento consiste na avaliação médica, assistência social e psicológica, com pelo menos uma consulta nas duas primeiras especialidades e, idealmente, três psicológicas. Mesmo em conformidade com os critérios legais, a assistente social informa sobre suas outras opções: manter a criança e entregá-la para adoção ou criá-la.

O processo e o relatório do paciente, assinado pelo paciente, são registrados manualmente por profissionais e arquivados fisicamente em uma pasta individual do paciente. Não há registros digitais para garantir a confidencialidade do processo. Nesta fase, um acompanhante é autorizado. Se qualquer profissional que acompanhar o caso considerar necessário, poderá ser solicitada uma avaliação não acompanhada. A abordagem é explicativa e não clínica e a intenção é entender a condição da paciente.

3ª etapa - Cuidados médicos na sala ginecológica: a paciente marca um retorno para ser submetida a uma avaliação médica no consultório com cama ginecológica e equipamento de ultra-som, com um acompanhante (Figura 8). De acordo com a recomendação da OMS (2013), o ultrassom é realizado para identificar a idade gestacional e definir o procedimento apropriado. No caso brasileiro, o exame também serve para comparar as datas do episódio de violência com a idade gestacional. Dois médicos devem documentar, concordar e assinar cada caso. Após as avaliações, todos os profissionais se reúnem para discutir o caso.

4ª etapa - Pré-procedimento com macas: uma vez aprovada no programa, a paciente programa seu aborto. Uma dose de Cytotec é introduzida na vagina para amolecer o colo do útero. O acompanhante está autorizado.

5ª etapa - Sala de procedimentos: nesta fase o acompanhante não é autorizado. Se a idade gestacional for de até 12 semanas, a paciente será submetida ao procedimento de AMIU (aspiração intra-uterina manual). Trata-se de um procedimento mais simples, recomendado pela OMS (2013), que dura entre 10 e 15 minutos com sedação venosa. O material coletado é armazenado no hospital em uma câmara fria por seis meses.

6ª etapa - Sala de recuperação anestésica: a paciente fica sob observação por 30 a 60 minutos até que se recupere da anestesia. É necessário um equipamento de monitoramento de sinais vitais. Acompanhamento não é autorizado.



Figuras 5 e 6: Sala de espera no corredor e entrada do programa. Fonte: produção própria, 2019.



Figura 7: Espaço para acolhimento e cuidados psicossociais. Fonte: produção própria, 2019.



Figura 8: Cuidados médicos na ala ginecológica. Fonte: produção própria, 2019



Figura 9 e 10: Box de atendimento compartilhado para parturientes e mulheres em procedimento de aborto. Detalhe: cama de procedimento. Fonte: produção própria, 2019.

7ª etapa - Cama de pré-procedimento com macas: a paciente retorna ao leito pré-procedimento por um período de 3 a 4 horas até a alta. O acompanhante está autorizado.

8ª etapa - Retorno: Não há necessidade de retorno, exceto em casos atípicos. A paciente é recebida na sala de recepção. Não é necessário exame médico ou cama ginecológica se não houver reclamação.

No caso de uma gravidez superior a 12 semanas, o feto já tem um esqueleto protótipo e não passa através das cânulas de MVA. Portanto, a paciente não passa pelo centro cirúrgico, e o método farmacêutico é utilizado. Neste caso, o 1º e 2º estágios são iguais a gestações menos desenvolvidas.

3ª etapa - Cama de procedimento: Repetidas doses de Cytotec são inseridas na vagina 4 horas de cada vez até que a mulher tenha contraído, dilatado e expelido o feto como no parto. Pode levar de 24 horas a 5 dias e a escolta é autorizada. Em caso de eliminação incompleta, ela pode ser submetida à sucção manual na sala de procedimentos.

Como podemos ver, os leitos de procedimento de abortamento estão localizados na ala de parto, ou seja, estão na mesma área de parto do hospital, sem qualquer especificidade, separação, isolamento (Figuras 9 e 10). O espaço destinado ao procedimento tem as características de uma enfermaria hospitalar coletiva, apenas com separação visual entre as camas. O espaço do constrangimento, coloca mulheres em situação de absoluta vulnerabilidade após um procedimento invasivo, muitas vezes resultado de violência, lado a lado com mulheres felizes que acabaram de realizar seu sonho de maternidade. Nada justo para ambas e completamente degradante para as mulheres em geral.

Retorno: A paciente é recebida na sala de recepção. Não é necessário exame médico ou cama ginecológica se não houver reclamação.

Análise Crítica

Os principais pontos críticos do espaço PIGL são sua concentração em relação à Área Metropolitana de Brasília e o fato de não ser uma clínica especificamente destinada ao aborto, já que é parte de uma maternidade. No caso dos espaços do PIGL, apesar da qualidade do pessoal técnico e dos procedimentos clínicos, seus espaços físicos não são totalmente adequados para o desenvolvimento dos processos clínicos e psicológicos de aborto, muito menos se considera as demandas psicossociais atreladas à decisão de abortar. Destaca-se a não assistência aos princípios de respeito à dignidade da pessoa, de não discriminação, a exigência de confidencialidade e de privacidade. A integração com o hospital é profundamente questionável, especialmente dentro de uma instalação de maternidade e pediatria, cujo público são mulheres grávidas, bebês e crianças. Esta exposição da mulher que procura cuidados em um momento tão difícil pode levar a um maior sofrimento e conflito psicológico para aquelas que decidem fazer um aborto. Por razões de organização espacial, elas estão em contato direto com as etapas da gravidez e seus personagens centrais, exatamente no momento em que a gravidez é origem e fruto de sofrimento físico e psicológico. A integração com outros fluxos hospitalares impede uma atenção pública que salguarde a dignidade das mulheres, privando-as de seu direito à privacidade, confidencialidade e proteção. Por fim, a situação de improviso de seus espaços internos, desde o mobiliário precário até o dimensionamento reduzido das salas de atendimento, também denuncia a falta de priorização do programa na política pública de assistência à mulher.

A sociedade brasileira alcançou a ampliação dos direitos reprodutivos mínimos das mulheres ao longo de muitos anos e esforços coletivos. No entanto, as clínicas credenciadas são mal distribuídas geograficamente no território nacional, estão localizadas nos centros urbanos e não onde a maioria da população reside, e apresentam má qualidade espacial, como exemplificado pelo caso do PIGL em Brasília. Todos esses aspectos dificultam o acesso à realização plena dos direitos da mulher. Ademais, se a arquitetura reconhece a importância de espaços dedicados à saúde da mulher, como clínicas, casa de parto e maternidades, é necessário e urgente incluir nesta discussão os espaços do aborto legal como lugares merecedores de dignidade e acolhimento, para andar rumo à justiça de gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, L. A. (2013). *Contested Spaces: Abortion Clinics, Women's Shelters and Hospitals: Politicizing the Female Body*. London, UK: Routledge.
- Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
- Diniz, D. e Almeida, M. (1998). Bioética e Aborto. En Garrafa, V. (orgs.). *Iniciação à Bioética*. (pp. 125-137). Brasília, Brasil: Conselho Federal de Medicina.
- Diniz, D. Medeiros, M. e Madeiro, A. (2017) Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência e saúde coletiva*, 22(2), pp.653-660.
- Federici, S. (2017). Calibã e a bruxa. São Paulo, Brasil: Elefante.
- Lemos, A. e Araújo Russo, J. (2014). Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. (pp.301-12). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0754>.
- Madeiro Pereira, A. e Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
- Milanez, N., Oliveira, A. E., Barroso, A. D. V., Martinelli, K. G., Esposti, C. D. D., Santos, E. T. (2016). Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 22. Recuperado de: 10.1590/1984-6487.sess.2016.22.06.a
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2012). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Mudalen, J. T. (2017). Relatório da proposta de emenda à Constituição No 181-A de 2015. Câmara dos Deputados. Recuperado de: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01u2rn2dk5207p1x6u9zmu7p1ia18730549.node0?codteor=1586817&filename=Tramitacao-PEC+181/2015
- Organização Mundial de Saúde (2012). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf?sequence=7
- Organização Mundial de Saúde, UNFPA e World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (2012). Safe and unsafe induced abortion - Global and regional levels in 2008, and trends during 1995-2008. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75174/WHO_RHR_12.02_eng.pdf;jsessionid=BA4DEC37674F58BFCAA1BE154FADBD45?sequence=1
- Rodas, S. (2018). Em evento do Rio, Barroso é alvo de vaias e aplausos ao falar sobre aborto. *CONJUR*, 4. Recuperado de: <https://www.conjur.com.br/2018-ago-04/evento-barroso-alvo-vaias-aplausos-falar-aborto>
- *Somos todas clandestinas* (2018). Recuperado de: <https://somostodasclandestinas.milharal.org>
- Think, O. (2018). Especial | Descriminalização do aborto. Recuperado de: <https://thinkolga.com/ferramentas/especial-discriminalizacao-do-aborto>
- ----- (2017). F.A.C - Aborto. Recuperado de: https://thinkolga.com/wp-content/uploads/2019/10/ThinkOlga_FAQ_Aborto_Anis.pdf

BIBLIOGRAFIA

- Brown, L. A. (2015). Zoned Out: Buildings and Bodies. *Harvard Design Magazine*, 41.

Maribel Aliaga Fuentes

Arquiteta, urbanista e professora de projeto arquitetônico pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (Fau-UnB). Mestre em Teoria da Arquitetura e Urbanismo pelo Programa de Pesquisa e Pós-Graduação em Arquitetura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROPAR-UFRGS.) Doutora em Teoria e História da Arquitetura pela UnB. Sua pesquisa segue o caminho da memória, principalmente a institucional, relacionada com os primeiros da cidade de Brasília. Estuda os diálogos entre feminismo e arquitetura, buscando resgatar a memória das narrativas, bem como reconhecer as mulheres que construíram a capital. Feminista e Pesquisadora do Observatório Amar.é.linha.

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília (FAU–UnB)
Instituto Central de Ciências (ICC Norte-Gleba A)
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Asa Norte - Caixa Postal 04431 / CEP: 70842-970
Brasília / DF

arqmarialiaga@gmail.com

Carolina Pescatori

Arquiteta, urbanista e professora pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (Fau- UnB). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação (PPG-FAU-UnB). Doutora em Arquitetura e Urbanismo pela FAU-UnB e mestre em Arquitetura da Paisagem pela Pennsylvania State University (PSU-EUA). Desenvolve pesquisas que debatem, a partir de uma perspectiva histórica, o papel da iniciativa privada na dispersão urbana, especialmente empresas urbanizadoras, e suas relações com o Estado. Também desenvolve pesquisas sobre as relações entre gênero e cidade, sendo pesquisadora do Observatório Amar.é.linha.

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília (FAU–UnB)
Instituto Central de Ciências (ICC Norte-Gleba A)
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Asa Norte - Caixa Postal 04431 / CEP: 70842-970
Brasília / DF

pescatori@gmail.com

Valentina Moura

Arquiteta e urbanista pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília (FAU-UnB). Desenvolveu como trabalho final de graduação o projeto ACOLHER, um edifício para acolher o processo de interrupção gestacional prevista em lei a partir da análise do espaço físico do Hospital Materno Infantil de Brasília (Hmib), único local que realiza o procedimento legalmente no Distrito Federal. Atualmente trabalha como arquiteta e coordenadora de projetos em arquitetura.

Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade de Brasília (FAU–UnB)
Instituto Central de Ciências (ICC Norte-Gleba A)
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Asa Norte - Caixa Postal 04431 / CEP: 70842-970
Brasília / DF

valentinacunha@gmail.com