

# Autoetnografia – a atenção sobre a saúde feminina

Autoethnography – attention on female health.

*Renata Gomes Carvalho Miguel<sup>1</sup>*

*Débora Cristina Bertussi<sup>2</sup>*

## RESUMO

O artigo analisa a evolução da saúde da mulher através dos avanços na ginecologia e obstetrícia, destacando melhorias e imposições. Utilizando uma abordagem autoetnográfica feminista, valoriza a subjetividade e critica estruturas estabelecidas. Enfatiza a necessidade de uma abordagem interseccional e humanizada conforme os princípios do SUS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulheres. Violência. Saúde Pública. Medicalização

## ABSTRACT

The article examines the evolution of women's health through gynecology and obstetrics, highlighting both improvements and impositions. It uses a feminist autoethnographic approach, valuing subjectivity and critiquing established structures. The study emphasizes the need for a comprehensive, intersectional, and humanized approach in line with SUS principles.

**KEYWORDS:** Women. Violence. Public Health. Medicalization

## RESUMEN

El artículo analiza la evolución de la salud de la mujer a través de la ginecología y obstetrícia, destacando mejoras e imposiciones. La violencia obstétrica en Brasil afecta al 25% de las parturientas. Utiliza un enfoque autoetnográfico feminista, valorando la subjetividad y criticando estructuras establecidas. Enfatiza la necesidad de un enfoque integral e interseccional según los principios del SUS.

**PALABRAS CLAVES:** Mujeres; Violencia; Salud Pública; Medicalización

\* \* \*

## Introdução

A saúde da mulher foi desenvolvida pelos avanços tanto da ginecologia quanto da obstetrícia, que se focam, respectivamente, no estudo da fisiologia

---

<sup>1</sup> Graduanda em medicina pela Universidade Municipal de São Caetano do Sul (USCS).

<sup>2</sup> Pós-doutoramento no Programa de Pós-graduação de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social (2020). Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Medicina UFRJ/Área de Concentração em Clínica Médica/Linha de Pesquisa Micropolítica do trabalho e o Cuidado em Saúde (2010). Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (2002), graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (1988).

E-mail: [renatagcmiguel@gmail.com](mailto:renatagcmiguel@gmail.com)

e patologia do corpo feminino, e no desenvolvimento do embrião, parto e concepção de um ser humano. Apesar de objetivos distintos, ambas as áreas tiveram "seu aprimoramento mediado pela medicalização – a transformação de processos orgânicos em processos que exijam a interferência médica – do corpo feminino e de suas fases de vida, sustentada pela crença no papel da mulher estrito à função sexual (FABÍOLA ROHDEN, 2002, p. 107)". Com isso, muitos dos avanços na saúde da mulher trouxeram intervenções que melhoraram a qualidade da assistência, mas também "trouxeram imposições violentas e indiscriminadas ao cuidado feminino, como o tratamento da masturbação feminina, que realizava a retirada do clitóris, técnica praticada por Baker Brown em 1820 (ROHDEN, 2002, p. 114)".

Embora muitos avanços tenham sido feitos na saúde da mulher devido às diversas lutas feministas ao longo dos séculos XIX, XX e XXI, ainda há violação do corpo feminino e uma visão precária da paciente apenas como uma função reprodutiva. "Como é atestado pelos índices de violência obstétrica, que, segundo a pesquisa Nacer no Brasil, atinge 25% das parturientes (GISLENE SILVA, 2024)". Pode-se considerar essa violência como aquela que fere os direitos da pessoa gestante durante a gravidez, parto ou puerpério, afetando fatores simbólicos, físicos ou psicológicos, por meio de intervenções excessivas e desnecessárias em muitos casos – episiotomias (procedimento de corte do períneo, região entre a vagina e o ânus), manobra de Kristeller (compressão da barriga da gestante), restrição ao leito, aplicação de ocitocina e até cesáreas realizadas indiscriminadamente – ou pela negligência do cuidado humanizado à gestante. Tal realidade contrasta com os direitos sexuais e reprodutivos, considerados como:

*“O terreno dos direitos sexuais e reprodutivos em termos de poder e recursos: poder de tomar decisões com base em informações seguras sobre a própria fecundidade, gravidez, educação dos filhos, saúde ginecológica e atividade sexual; e recursos para levar a cabo tais decisões de forma segura. (SONIA CORRÊA, 1994, p. 146)”*

Os princípios que baseiam esses direitos são os de igualdade, diversidade, autonomia pessoal e integralidade corporal. Esses ideais confluem com os direitos sociais, pois os direitos sexuais não envolvem apenas liberdades individuais, abrangem domínios que exigem a esfera pública para sua execução, como o acesso universal aos serviços de saúde, os quais deveriam partir da visão da mulher em toda a sua integralidade, respeitando sua autonomia, posição como agente moral ativo com anseios próprios e também de políticas públicas que assegurem a integridade corporal feminina de modo coletivo (CORRÊA, 1994, p. 154). Dessa forma, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos corresponde a enxergar o corpo feminino como ativo e pleno em todas as suas capacidades e habilidades, não rotulando-o apenas pelo seu lado reprodutivo. Ou seja, é necessário olhar para a assistência dentro da saúde da mulher como um todo, não excluindo outras dimensões daquela paciente, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais. Além disso, não se deve minimizar o sofrimento de uma pessoa, seja por um efeito adverso de medicação ou pela dor durante um procedimento, como a inserção do DIU (dispositivo intrauterino), um método contraceptivo. Também é importante aderir a técnicas mais participativas em que a paciente possa ser ativa durante a consulta, como a prática do autoexame ginecológico.

A melhoria dos serviços de assistência depende em parte de iniciativas individuais, mas também há um grande peso público, seja por suas políticas, como a criação do PNAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher) e a Rede Cegonha, com objetivos de melhorar e consolidar os cuidados integrais à saúde reprodutiva, planejamento familiar, combate à violência contra a mulher, redução da mortalidade materna, entre outros avanços. Seja por seus impedimentos, como no caso do aborto, cuja lei, com exceção de certos casos permitidos (anencefalia ou outra malformação incompatível com a vida, estupro e risco de vida à gestante), criminaliza a prática. "Consequentemente, levando a desinformação e estigmatização, barreiras ao cuidado dos abortos

espontâneos, discriminação e violência institucional nos serviços de saúde (BRASIL, 2021, p. 14)".

A questão do aborto, assim como a da violência obstétrica, exemplifica tanto a falta de garantia aos direitos reprodutivos e sexuais quanto a constante medicalização e estigmatização do corpo feminino, observado exclusivamente pelo papel sexual, ou seja, aquele que gesta e pari, mediante uma série de intervenções e violências simbólicas que, além de tudo, "postergam o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) relacionados à saúde e bem-estar – ODS 3 – e igualdade de gênero – ODS 5 – (OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – 2022, p. 3)". Considerando o exposto, este artigo tem como objetivo relatar experiências dentro dos campos de saúde da mulher como estudante de medicina, por meio do uso da autoetnografia, com o fim de trazer uma reflexão sobre a prática e a qualidade da assistência oferecida às mulheres brasileiras.

## **Métodos**

“O processo da construção da autoetnografia pode ser entendido além do uso das ferramentas narrativas da experiência individual, mas como uma forma de refletir sobre um problema social (Mary Hamilton, 2009, p. 7)”. Tal desenho de estudo, embora novo, pode ser caracterizado por apresentar: “visibilidade ao autor, papel reflexivo, engajamento pessoal, vulnerabilidade e, diferentemente da pesquisa positivista, rejeita conclusões finais (Fabiene Gama, 2020, p. 5).” Dessa forma, a autoetnografia propõe uma perspectiva subjetiva e individual que subverte a visão conservadora da forma como se faz a ciência, atribuindo conexão da experiência do indivíduo à esfera cultural, explicitando o porquê de ser tão relevante para a construção das humanidades e suas interdisciplinaridades com outras áreas.

A construção desse desenho de estudo para a saúde coletiva contribui para o aprimoramento e avanço da saúde como um todo, pois critica as estruturas

às quais estamos sujeitos por meio da exaltação da memória e reflexão individual daqueles submetidos à cultura que tece seus apontamentos. Desse modo, apesar das críticas quanto à sua confiabilidade e grande subjetividade, permite um campo de possibilidades de resistência, esperança e liberdade aos corpos vivos de uma sociedade, ampliando a justiça social e a pluralidade de existências.

Portanto, a fim de construir tais espaços, utilizam-se ferramentas como narrativas, alegorias, poesia, uso de figuras de linguagem, entre outras, “de modo a produzir conhecimento relacionando-se com práticas representacionais e éticas (Alec Grant, 2014, p. 9).” Para a confecção do presente artigo, foi utilizada a ferramenta do relato das experiências como acadêmica de medicina nos estabelecimentos de saúde da mulher em São Paulo capital e no ABC Paulista. Também foi baseado no relato de outros acadêmicos, profissionais da saúde e diversas mulheres que descreveram suas experiências no cuidado à saúde feminina nas redes sociais. Para garantir o anonimato dessas pacientes e serviços de saúde, serão omitidos nomes e outros dados pessoais ou jurídicos. Em um segundo momento, trago uma reflexão feminista sobre a atenção na saúde feminina de tal forma que, por meio da narrativa subjetiva, se atinjam aspectos sociais e culturais quanto à assistência à saúde feminina.

### **As vivências:**

Meu primeiro contato com o cuidado da saúde feminina foi, de fato, um tanto quanto assustador. Lembro-me de ter conseguido um estágio extracurricular durante o início do meu segundo ano de graduação, por meio da liga de saúde da mulher da minha faculdade, em uma maternidade. Inicialmente, estava muito animada para a chegada do grande dia. Como era meu primeiro contato com um hospital daquele tamanho, minha dupla e eu estávamos completamente perdidas. Fomos atrás da preceptora que estaria

nos esperando naquele final de semana, mas nenhum sinal dela. Falaram que ela estaria no setor do pré-parto, depois no descanso médico, depois na urgência... Enfim, lembro-me de ter rodado todo aquele complexo hospitalar antes de, de fato, iniciar a prática. Nossa sorte foi encontrar uma colega de universidade, uma veterana que, naquele dia, estava fazendo o plantão do internato. Nossa segunda surpresa foi ao nos depararmos com o setor do pré-parto onde ficamos. Havia várias gestantes, todas em suas macas, com soro de ocitocina, esperando o grande momento de dar à luz. Achei interessante que, além da semelhança entre todas aquelas mulheres, poucas estavam acompanhadas de seus parceiros, e quando estavam, eles pareciam estar alheios àquele momento. Estavam elas com alguém ao lado, porém sozinhas.

Seguindo a rotina, fomos pedidas pela residente para realizar o cardiotoco, um procedimento que visa avaliar a frequência cardíaca do feto e as contrações uterinas da gestante. Mas quem disse que a médica nos explicou como era feito? Minha dupla e eu ficamos sem a mínima noção do que deveria ser feito, até que a veterana nos explicou a técnica. Assim, fomos de leito em leito realizando o necessário. Percebemos e estranhamos que, durante todo esse processo, os demais profissionais pouco conversavam com as pacientes, e, quando falavam, eram diretos ou até ríspidos. Com o passar do tempo, começamos a agir da mesma forma que os demais profissionais, cada vez mais quietas, mais automatizadas e menos humanas com aquelas mulheres. No meio do estágio, houve duas situações que, tanto para mim quanto para minha dupla, foram espantosas e marcantes. A primeira foi uma gestante cujo parto não estava evoluindo. A residente, vendo a demora, utilizou a manobra de Kristeller bem na nossa frente, como se fosse algo rotineiro, básico e trivial, mesmo com os gritos e a expressão de dor da paciente. Foi minha primeira constatação consciente de uma violência obstétrica, embora outras medidas já descritas passassem despercebidas por mim. A segunda experiência desse dia foi uma gestante admitida em emergência devido a uma gravidez ectópica. Quase inconsciente, foi levada imediatamente à cirurgia e, apesar de tudo ter sido realizado bem, não conferiram uma coisa: a autonomia da paciente. Logo

após a cirurgia, ela foi encaminhada para uma transfusão de sangue, sem ao menos verificarem que era testemunha de Jeová. Após recuperar a consciência, ela e seu marido não alarmaram demais a equipe, mas era possível ver em suas faces o quanto seus desejos não foram respeitados.

Meses depois, tive outra oportunidade nesse mesmo hospital. Já mais preparada para o que iria vivenciar, fazia o que me era pedido sem muito pensar ou refletir. Afinal, era melhor “tocar o ritmo do serviço do que atrapalhar”. Desse dia, poderia sintetizá-lo com a palavra "cansaço". Assim como no primeiro estágio, não sabia direito o porquê de algumas coisas impostas ou do porquê realizar tal procedimento. Era tudo no automático. As pacientes passavam nas mesmas condições, presas, quietas e em solidão durante a dor do parto. Entretanto, outras duas situações me trouxeram grande reflexão. A primeira me trouxe a maior satisfação do dia. Uma gestante com mais de 35 anos, cujo parto não estava evoluindo, foi ajudada por mim e minha dupla durante todo o trabalho de parto. A enfermeira nos guiou durante o processo e também conversou com a paciente. Nós, como estudantes, também conversamos com ela, tentando entender sua história e oferecer alívio. Lembro claramente que seu parceiro ficou totalmente alheio à situação, mexendo no celular como se não se importasse, o que me afetou com bastante raiva. Contudo, ao final de todo o trabalho, a puérpera nos agradeceu imensamente.

A segunda situação desse dia me veio à reflexão um semestre depois, ao estudar sobre o que seria um pré-natal de qualidade. Foi um caso de cirurgia imediata, uma cesárea. O ponto foi que, por algum motivo desconhecido por mim, a gestante não parava de sangrar. Após horas para conter o sangramento e liberar a paciente, perguntei à médica sobre a cirurgia. Foi neste contexto que me apresentaram a diabetes gestacional, ou melhor, a diabetes não controlada, doença facilmente detectada e conduzida se feito o pré-natal de qualidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tive a oportunidade de observar esse pré-natal nas unidades básicas de saúde (UBS). Na maioria dos serviços, as consultas por médicos ou enfermeiros

duravam mais tempo, exploravam a paciente de forma integral e realizavam os exames necessários a tempo, sejam pelo SUS, sejam pelo setor privado.

Contudo, enquanto se tentava realizar um pré-natal de qualidade, poucas pacientes o completavam. A adesão das gestantes era baixa nas diversas UBS, e os profissionais se questionavam sobre os motivos, muitos afirmando que se devia ao transporte, trabalho ou até desinteresse da gestante. Aos meus olhos desatentos, essas motivações poderiam ser parcialmente verdadeiras. Não eram raros os casos em que as pacientes gestantes quase imploravam por um atestado devido às condições de trabalho, carregando pesos excessivos e ainda sendo chamadas de improdutivas pelos chefes. No entanto, havia mais razões para a baixa adesão, explicadas por outras áreas que envolvem a saúde da mulher.

Há, de fato, uma violência naturalizada na maioria desses serviços, seja pela criação de barreiras para a realização do exame Papanicolau, que em muitas unidades só era feito em um dia específico, sobrecarregando a agenda do profissional responsável, seja pela imposição moral de alguns profissionais que, ao colocarem seus próprios juízos de valor sobre os métodos contraceptivos, afastam, não acolhem e negligenciam suas pacientes. Não foram poucos os casos em que presenciei falas como: “o DIU é um método abortivo”, ou “sou 100% contra métodos hormonais, considero apenas os de barreira”, ou “elas vêm aqui no terceiro dia do ciclo querendo aplicar a injeção e depois não sabem por que engravidam”, entre outras. Em todas essas falas, era nítido que a paciente era desconsiderada, e nem se abria o diálogo para ao menos exercer a educação em saúde e a redução de danos.

Também presenciei casos em que as unidades não seguiam o preconizado pelo SUS, abstendo-se da responsabilidade de prevenção quaternária, com exames excessivos e medicalização sobre o corpo feminino. Isso sem contar a perspectiva dentro do ambiente acadêmico, que muitas vezes nega ou ignora as múltiplas identidades de gênero, ou até justifica a violência obstétrica com falas de ginecologistas formados, como “por mim, é fazer episiotomia para todas as gestantes”.



Entretanto, apesar dessa realidade brutal com as mulheres em muitos dos lugares que passei, ainda assim há estabelecimentos que prezam por táticas mais humanizadas, por mínimas que sejam. Em outra maternidade que pude frequentar, tive a chance de auxiliar uma parturiente por meio de aromaterapia e musicoterapia. Além disso, era disponibilizado um chuveiro caso quisesse se banhar durante o parto. Já em outro lugar, dessa vez um ambulatório, tive contato com um olhar feminista perante a saúde da mulher. Foi até surpreendente algumas estratégias, como o uso do autoexame, mas também, foi de grande sensibilidade para aquelas mulheres atitudes pequenas como pedir permissão para a estudante acompanhar a consulta, haver um lugar de troca de roupa com um roupão disponibilizado, e o mero ato de ouvir as pacientes como um todo. Ademais, diria que foi minha primeira oportunidade de ver um acolhimento ao pré-natal que levantava se a paciente queria aquela gestação e a orientava sobre as alternativas possíveis e seguras, não parabenizando automaticamente por aquela gestação sem ao menos saber o que ela representava para a pessoa à sua frente.

Experiências como essas angustiam por mostrar que é possível um cuidado mais humanizado para as mulheres. Contudo, em sua grande maioria, perpetua-se a negligência e a objetificação desses corpos. Ainda se preza por um atendimento industrial em que não se veem pessoas, mas sim órgãos “desfuncionais” que precisam de rápida intervenção. Claro que a medicina trouxe inúmeros avanços por meio de seu pragmatismo: hoje menos pessoas morrem devido ao parto, há tratamento para diversas doenças, desde as infecciosas até as síndromes genéticas raras, e estudos diversos indicam a aplicação dos rastreios de enfermidades na população para garantir mais benefícios. Porém, mantém-se a relação médico-paciente fria e distante, resultando em possíveis erros de conduta por causa de uma escuta não cautelosa, na qual não se ouve a pessoa, mas sim a julga, condena e ordena regras para ela.

Desse modo, ao repensarmos as formas de atenção em saúde, é necessário atentar-se para a existência de outro ser humano à sua frente, que apresenta

recortes sociais de gênero, classe, religião e etnia. A escuta deve ser o princípio dessa relação, e é de suma importância considerar as múltiplas diversidades de existência, com o fim de impedir que mais pessoas tenham seu momento de cuidado e vulnerabilidade tratado apenas como mais um corpo no meio de vários, presos a seus leitos, quietos e invisíveis.

### **Reflexão sobre o cuidar**

Segundo Naomi Wolf, em seu livro "O Mito da Beleza": "Médicos que tratam da saúde respeitam o corpo saudável e invadem o doente apenas como último recurso. Os cirurgiões estéticos chamam corpos saudáveis de doentes para poderem invadi-los (Wolf, 1992, p. 346)." Embora sua crítica seja voltada para as incessantes modificações corporais das mulheres devido aos padrões de beleza, essa invasão corporal se estende para quase toda a saúde da mulher. As dinâmicas dos serviços de saúde explicitam a objetificação, negligência e medicalização. As práticas vivenciadas e relatadas neste artigo são apenas uma das facetas da omissão de um cuidado humanizado dentro da saúde feminina.

Paradoxalmente, a autora reflete sobre como as mulheres são educadas a terem mais empatia pelo outro (um feto, um filhote de foca, uma criança ou um primata) do que por si mesmas. Esse processo é escancarado quando as mulheres, que são a maioria e as mais assíduas dentro dos serviços de saúde, além de exercerem o papel de cuidadoras, são tratadas de forma insensível ao levarem suas queixas e demandas, muitas vezes atendidas por outras mulheres profissionais de saúde. É evidente que a sociedade atribui o papel de cuidar como algo feminino, apesar de invisibilizado, subvalorizado e acompanhado de violência.

Essa cuidadora, geralmente, não possui outra alternativa a não ser lidar sozinha com toda a dor que possa surgir. Afinal, se algo é invisibilizado, esse algo, portanto, não existe! "Então, se ninguém acredita nela, a não ser você,

sua dor é loucura, histeria ou sua própria incapacidade de se adequar (Wolf, 1992, p. 367).” Todo o sofrimento decorrente do cuidado se expande ainda mais quando se aborda a sexualidade feminina, “ainda tratada pelas instituições como se fosse hipotética (Wolf, 1992, p. 359).” Isso é demonstrado pelas taxas de rastreio do Papanicolau: “89,7% para mulheres cis heterossexuais e 66,7% para mulheres lésbicas e bissexuais (Brasil, 2013, p. 16).” Esse dado reforça o paradigma da dor solitária feminina nos ambientes em que se espera cuidado e acolhimento. Quanto mais oprimida por outros fatores sociais, menos incluída essa mulher se sente para frequentar esses espaços e levar suas próprias demandas, dúvidas e queixas. Ela sabe que sua dor é negada e que seu corpo pode ser violado no ambiente de saúde.

Ademais, a violação é concomitante ao processo de medicalização feminina, já descrito neste estudo. Acima de tudo, essa é uma relação de poder emergente da sociedade patriarcal, segundo Elisabeth Meloni Vieira.

*“Não será apenas na direção de domínio da medicina para e sobre a condição feminina que se dá o processo medicalizador. Também o movimento dialético em direção oposta lhe pertence e o qualifica: o quanto o corpo feminino e a condição de ser mulher, por ter ditos dos primeiros e historicamente original objetos de interesse e manipulação daquele poder, é substrato para seu próprio entendimento, enquanto prática que desqualifica atos, conhecimentos e sujeitos, mas ao mesmo tempo qualifica outros atos, conhecimentos sujeitos. Processo que se pode apreciar não só pela transgressão prática e violência simbólica, senão pelo conjunto contraditório de valores éticos que criou – como técnica, ciência e socialidade (VIEIRA, 2002 pp. 13)”*

Seu pensamento converge com a singularidade apresentada ao passo que expande o conceito para o controle do corpo, cujas motivações estão atreladas à sociedade patriarcal e à posição do feminino em sua dinâmica de poder. Isso justifica toda a violência que possa vir a ocorrer, os possíveis erros são racionalizados e as melhorias são mitigadas. Nesse cenário, é essencial

reforçar que, “a saúde é mais do que uma condição física, abrangendo toda uma esfera cultural, social e psicológica (BRASIL, 2011, p. 9).” O tratamento médico deve se basear nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como estipulado pela Lei 8080, que originou o SUS. É tão necessário quanto abrir perspectivas interseccionais, incluindo a de gênero, para a construção de um modelo de assistência à saúde feminina que assegure os direitos de todas aquelas que necessitarem do serviço.

### **Considerações finais**

O presente artigo, por meio de suas subjetividades e individualidades permitidas pelo desenho de estudo, aborda as perspectivas sobre o cuidar feminino e as dinâmicas envolvidas. Busca, por meio da reflexão sobre determinadas realidades, incitar o debate sobre como devemos ver e abordar a saúde da mulher.

### **Referências**

ROHDEN, F.. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX.

Horizontes Antropológicos, v. 8, n. 17, p. 101–125, jun. 2002.

SILVA, Gislene de França Ribeiro da; ALVES, Maria Fernanda Paniagua; SOUSA, Tatiane de Paula Branquinho; SANTOS, Diana Góis dos. A INCIDÊNCIA DE CASOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA POR MEIO DE CONDUTAS INADEQUADAS PELO O PROFISSIONAL DE SAÚDE. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, [S. l.], v. o 10, n. 4, p. 552–569, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i4.13397. Disponível em:

<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13397>. Acesso em: 31 jul. 2024.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R.. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1-2, p. 147–177, 1996.

MURPHY, M. Immodest Witnessing: The Epistemology of Vaginal Self-Examination in the U.S. Feminist Self-Help Movement, *Hyphen*, v. 30, n. 1, p. 115–147, 2004.

BRASIL. Gravidez indesejada na atenção primária à saúde (APS) as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar 2021. ANIS – Instituto de Bioética e Sociedade brasileira de medicina da família e comunidade, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: OMS, 2022.

HAMILTON, M. L.; SMITH, L.; WORTHINGTON, K. Fitting the Methodology with the Research: An exploration of narrative, self-study and auto-ethnography. *Studying Teacher Education*, v. 4, n. 1, p. 17–28, maio 2008.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*, n. v.45 n.2, p. 188–208, 13 abr. 2020.

RAIMONDI, G. A. et al.. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 12, p. e00095320, 2020.

GRANT, Alec. Inaugural Conference of British Autoethnography Keynote. *Autoethnography: threat and promise. Brighton Journal of Research in Health Sciences*, v. 1, n. 1,

WOLF, N. O Mito da Beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Brasília: Conselho Federal, 1990.

ELISABETH MELONI VIEIRA. A medicalização do corpo feminino. São Paulo: FM-USP, 2002

Recebido em Novembro de 2024.  
Aprovado em Julho de 2025.