



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



Monique França Carneiro

**“LARGADA SOZINHA, MAS TUDO BEM”: PARADOXOS DA EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA
HOSPITALIZAÇÃO POR ABORTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL**

**Salvador, Bahia
2012**

Monique França Carneiro

**“LARGADA SOZINHA, MAS TUDO BEM”: PARADOXOS DA EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA
HOSPITALIZAÇÃO POR ABORTO EM SALVADOR, BAHIA, BRASIL**

Artigo apresentado à Banca Examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, concentração em Ciências Sociais em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart
Co-orientadora: Prof. Dr^a Greice Maria de Souza Menezes

BANCA EXAMINADORA

Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart
Prof^a. Dra. Greice Maria de Souza Menezes
Prof^a. Dra. Cecília Anne McCallum
Prof^a Dra. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

**Salvador, Bahia
2012**

Ficha Catalográfica
Elaboração – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

C289I Carneiro, Monique França.

“Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por aborto em Salvador, Bahia, Brasil / Monique França Carneiro.-- Salvador: M.F. Carneiro, 2012.

131 f.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Jorge Alberto Bernstein Iriart.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Greice Maria de Souza Menezes.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Aborto Provocado. 2. Experiência da Internação. 3. Humanização da Assistência.
4. Avaliação de Serviços. I. Título.

CDU 614



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

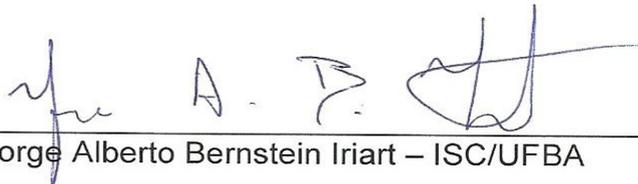
MONIQUE FRANÇA CARNEIRO

***“Largada sozinha, mas tudo bem”:* Paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por aborto em Salvador, Bahia, Brasil**

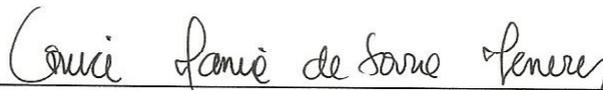
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de Março de 2012

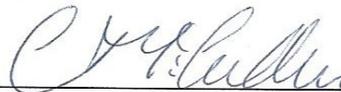
Banca Examinadora:



Prof.º. Jorge Alberto Bernstein Iriart – ISC/UFBA



Prof.ª. Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA



Prof.ª. Cecília Anne McCallum- FFCH/UFBA



Prof.ª. Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves

Salvador
2012

AGRADECIMENTOS

Escrever não é tarefa fácil, ainda mais quando temos a responsabilidade de traduzir em palavras alguns aspectos da vida humana que não são sempre tangíveis. Ao mesmo tempo em que entendemos a complexidade dos problemas do mundo concreto, é recompensador saber que os esforços que fazemos assumem o compromisso com a crença de que, sim, é possível transformar as relações em que vivemos.

Ao final de uma trajetória, sempre fazemos um balanço do nosso aprendizado e das conquistas. Mas nenhum caminho é solitário, e nenhuma vitória faz sentido se desligada daquilo em que acreditamos e daqueles que nos acompanharam, nos apontaram a direção, nos ajudaram a ficar de pé e manter-se firmes nos nossos propósitos, mesmo com alguns tropeços na vida. Dessa forma, agradeço às(aos) que me estimularam a continuar caminhando – com o perdão às omissões daquelas(es) que foram importantes neste percurso.

Agradeço ao professores Dr. Jorge Iriart e Dra. Greice Menezes, pelas tantas coisas que não caberiam nestas poucas linhas. A eles, que estiveram ao meu lado em todos os momentos deste trabalho e com quem pude compartilhar alguns dos desafios que se puseram nesta etapa da minha vida. Pelas horas de dedicação; pelas competentes, preciosas e cuidadosas orientações e críticas; pela oportunidade de crescimento acadêmico e pessoal; pela força e acolhimento nos momentos difíceis; por acreditarem nas minhas capacidades e colaborarem na superação dos meus limites; por tudo mais, a minha profunda gratidão e sincera amizade.

As professoras Dra. Estela Aquino e a Dra. Cecília McCallum pelas valiosas contribuições ao trabalho fornecidas em seus momentos diversos. Seja no Exame de Qualificação ou na Defesa da Dissertação, agradeço a ambas e à professora Dra. Maria Teresa pela disponibilidade e presteza em aceitar a participação na Banca Examinadora.

A toda equipe do MUSA (pesquisadoras, funcionárias, colaboradoras e colegas estudantes) pelo convívio estimulante, pela disponibilização dos dados necessários para esta pesquisa e pela cordialidade com a qual sempre fui recebida, em especial à Edileuza e Fran.

Agradeço à equipe de professores do ISC, pela oportunidade do aprendizado e pelas experiências dentro e fora de sala de aula. Em especial ao professor Jairnilson pela amizade, incentivo e inspiração – que, muitas vezes, só a vivência dos grandes desafios nos revelam. Também à equipe de funcionários pela disposição em atender às solicitações e pela cordialidade e pela gentileza das pequenas e grandes ações de apoio, sobretudo a equipe da Secretaria – Anunciação, Sônia, Marlos, Bia, Antônia – Antônio e o amigo Gilmar.

Às amigas e amigos Ana Rico, Monique Brito, Carla Soares, Thaís Rossi, Gustavo Costa, Rosânia Santiago, Maria Clara, Yeimi López e todas(os) as(os) demais colegas do mestrado e doutorado pelo apoio, solidariedade, pelo respeito e pelas muitas emoções compartilhadas nestes dois anos. Com certeza, as dificuldades do foram aliviadas com a sua amizade. Às(aos) amigas(os) e camaradas, principalmente Anderson, Camila, Carlos, Renata, Nise, Hugo, Fagner, Yuri e Samir pelo apoio, incentivo, carinho e compreensão, por terem sido, em momentos distintos, meu refúgio e minha fortaleza quando nem eu mesma já me suportava. Aos amigos Glauber Almeida e Marcos Vinícius Ribeiro, pelas inestimáveis contribuições para que isto tudo pudesse, enfim, ser concretizado. Pela escuta paciente das dúvidas, angústias e desabafos, pelo apoio dedicado, enfim, pela amizade. À amiga Débora Saes, pela valiosíssima colaboração nos momentos finais da pesquisa, além do carinho e das ótimas risadas por telefone.

À minha família, especialmente aos meus pais Marília e José, tia Angela Simone e vovó Dalvinha pelo incentivo, apoio, conforto e amor incondicionais, e principalmente por compreenderem a minha presença quase sempre ausente nestes últimos anos. A vocês dedico esta conquista.

A Deyvis, companheiro de todas as horas e presença marcante nesta jornada, pela confiança, amor e apoio, por confiar em mim e segurar minha mão nos momentos de maior dificuldade. Por todos os momentos felizes que vivemos e que ainda desejamos viver.

Às mulheres que participaram desta pesquisa, por confiarem no trabalho ao compartilhar conosco um pouco de suas vidas.

Ao CNPq/DECIT, pelo financiamento da pesquisa através do Edital MCT / CNPq / MS SCTIE DCIT/CT Saúde da Mulher / Edital 22/2007 – Saúde da Mulher, Linha de Apoio 1.2.1.

Todas as Vidas

*Vive dentro de mim
uma cabocla velha
de mau-olhado,
acocorada ao pé do borralho,
olhando pra o fogo.
Benze quebranto.
Bota feitiço...
Ogum. Orixá.
Macumba, terreiro.
Ogã, pai-de-santo...*

*Vive dentro de mim
a lavadeira do Rio Vermelho,
Seu cheiro gostoso
d'água e sabão.
Rodilha de pano.
Trouxa de roupa,
pedra de anil.
Sua coroa verde de são-caetano.*

(...)

*Vive dentro de mim
a mulher do povo.
Bem proletária.
Bem linguaruda,
desabusada, sem preconceitos,
de casca-grossa,
de chinelinha,
e filharada.*

(...)

*Vive dentro de mim
a mulher da vida.
Minha irmãzinha...
tão desprezada,
tão murmurada...
Fingindo alegre seu triste fado.
Todas as vidas dentro de mim:
Na minha vida –
a vida mera das obscuras.*

(Cora Coralina)

RESUMO

CARNEIRO, M.F. **“Largada sozinha, mas tudo bem”**: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por aborto em Salvador, Bahia, Brasil. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

O trabalho teve por objetivo compreender os significados da experiência de mulheres na internação por aborto, a partir das suas trajetórias nas diferentes etapas da atenção nas maternidades, da interação com profissionais de saúde e outras mulheres internadas e da percepção sobre a assistência recebida. Este artigo teve origem de uma pesquisa etnográfica que combinou entrevistas semiestruturadas e observação participante, durante nove meses entre 2008 e 2009. Foram analisadas 19 entrevistas com mulheres que declararam ter abortado em três maternidades públicas de Salvador, Bahia, Brasil. Para a interpretação qualitativa dos dados, utilizou-se a técnica da análise de conteúdo. Os relatos indicaram a preponderância das experiências anteriores de aborto e também partos, sejam delas próprias ou de mulheres conhecidas, na significação da experiência corporal e emocional em cada etapa da internação. A hospitalização foi marcada, sobretudo, por sentimentos negativos (medo, solidão, culpa e arrependimento) além de dor física e emocional, mas também pelo alívio com o fim da gravidez e dos sintomas físicos. Sofrimento adicional foi condicionado pela organização (inadequada) da assistência. A falta de apoio emocional e de informação, a convivência com a dor, a sensação de abandono pela equipe e um cuidado visivelmente tecnicista – com pouco acolhimento às demandas das mulheres – evidenciaram o não cuidado às mulheres, com o descumprimento das normas de atenção humanizada. Algumas delas consideraram estes aspectos a forma pela qual se manifestava a discriminação por terem abortado. Paradoxalmente, as mulheres tenderam a avaliar positivamente a assistência, sendo discutidos sete elementos que contribuíram para esta percepção. A relação com as outras mulheres cumpriu papel positivo, na qual a troca de experiências e o apoio mútuo tornaram a hospitalização mais suportável. Por fim, o trabalho demonstra que profissionais, gestores e governos devem garantir esforços para promover o atendimento humanizado e de qualidade às mulheres com abortamento, buscando alternativas que levem em consideração as experiências das mulheres no ajustamento das atuais condutas, além da revisão das leis que criminalizam o aborto.

Palavras-chave: Aborto provocado; Experiência da internação; Humanização da assistência; Avaliação dos serviços de saúde.

ABSTRACT

CARNEIRO, M.F. **“Left alone, but that’s okay”**: paradoxes in the experience of women hospitalized for abortion in Salvador, Bahia, Brazil. 2012. Dissertation (Master of Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2012.

The study aimed to understand the meanings of the experience of women hospitalized for abortion from their trajectories in the different stages of care in maternity hospitals, the interaction with healthcare professionals and other women hospitalized and perception of care received. This article was originated from an ethnographic research that combined semi-structured interviews and participant observation for nine months between 2008 and 2009. We analyzed 19 interviews with women who reported having induced abortion in three public maternity hospitals in Salvador, Bahia, Brazil. For qualitative interpretation of the data, we used the technique of content analysis. The results indicated the preponderance of previous experiences of abortion and birth, whether their own or women known, the significance of bodily and emotional experience in each stage of hospitalization. Hospitalization was characterized mainly by negative feelings (fear, loneliness, guilt and regret) as well as physical and emotional pain, but also for relief at the end of pregnancy and physical symptoms. Additional suffering was conditioned by inadequate organization of care. The lack of emotional support and information, the experience of pain, the feeling of abandonment by the healthcare professional team and a technician care – with low attention to the demands of women – showed the lack of care for women, with the breach of the rules of humanized. Some believed these aspects of the way in which discrimination was manifested for inducing abortion. Nevertheless, women tended to evaluate positively the received assistance, being discussed seven elements that contributed to this perception. The relationship with other women was positive, in which the exchange of experiences and mutual support have made the hospitalization more bearable. Finally, the study demonstrates that professionals, managers and governments must ensure efforts to promote the humanized and quality care to women with abortion, seeking alternatives that take into account the experiences of women in the adjustment of actual conducts, besides the revision of laws criminalize abortion.

Keywords: Induced abortion; Experience of hospitalization; Humanization of care; Evaluation of health services.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	METODOLOGIA	14
3	O ABORTO NA MATERNIDADE: EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM A ASSISTÊNCIA	17
3.1	RECEPÇÃO	18
3.2	TRIAGEM E ADMISSÃO	19
3.3	PRÉ-PARTO (PP)	23
3.4	SALA DE PROCEDIMENTOS	27
3.5	ENFERMARIA	29
3.6	ALTA	33
4	MULHERES E SUA PERCEPÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA: DESVENDANDO UM PARADOXO	35
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICE	48
	Apêndice A – TABELA 1 – Perfil das mulheres entrevistadas, segundo características socioeconômicas, conjugais e reprodutivas	49
	Apêndice B – TABELA 2 – Perfil das mulheres segundo história clínica e dados da entrevista	50
	Apêndice C – Projeto de Dissertação apresentado à Banca Examinadora para Qualificação	51
	ANEXOS	115
	Anexo A – Termo de Consentimento Informado – TCI	116
	Anexo B – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	119

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho parte do pressuposto de que a experiência das mulheres na internação por aborto se relaciona intimamente com a atenção recebida nas maternidades, sendo significada por elementos prévios à hospitalização – mas também por aqueles que se constituem no decorrer da assistência, incluindo a sua interação com os demais sujeitos que participam deste momento.

Devido à criminalização do aborto no Brasil, parcela importante das mulheres recorre a métodos inseguros para realizá-lo (ADESSE, MONTEIRO, LEVIN, 2008). Apesar da proibição, o aborto é amplamente praticado no país, fazendo parte da vida reprodutiva das mulheres. Ao completar 40 anos, uma em cada cinco mulheres residentes na zona urbana e alfabetizadas já fez aborto, com metade afirmando tê-lo induzido com medicamentos, particularmente o misoprostol ou Cytotec® (DINIZ, MEDEIROS, 2010).

Se por um lado, a disseminação do uso do misoprostol no Brasil – adquirido clandestinamente – levou à maior autonomia e segurança das mulheres durante o abortamento (BARBOSA, ARILHA, 1993), por outro as obrigou a completar o processo de abortamento nas maternidades públicas, devido a efeitos como dor e sangramento. Dessa forma, a curetagem pós-aborto é o procedimento cirúrgico mais realizado na rede pública (excluindo-se partos, cirurgias cardíacas e cirurgias que não requerem internação): aproximadamente 3,1 milhões entre 1995 e 2007, representando 238 mil internações por ano no país (YU, 2010).

A clandestinidade e a condenação social fazem do abortamento um evento muitas vezes vivido de maneira sofrida e solitária. Para parcela importante das mulheres que abortam, o hospital se configura como a última etapa de um processo que pode ter se iniciado dias, semanas ou até meses antes. No entanto, as maternidades ainda não estão preparadas para cuidar das mulheres que abortam. Segundo McCallum, Reis e Menezes (2006), sua cultura institucional – que têm nos nascimentos a sua “razão de ser” – dificulta ou mesmo impossibilita o atendimento humanizado, com práticas pouco atentas às

demandas das mulheres que abortam, consideradas pelos profissionais de saúde menos legítimas que das parturientes e seus bebês.

Esta forma de lidar com as mulheres em abortamento, para além da condenação moral, também tem suas raízes na concepção médico-curativa que orienta o modelo de atenção à saúde. Ayres (2006) critica este modelo, argumentando que o avanço das tecnologias assistenciais não resultou na humanização das práticas em saúde, que progressivamente têm se tornado distantes e insensíveis à satisfação das necessidades das pessoas. A isso, o autor contrapõe a perspectiva do Cuidado Humanizado como elemento capaz de ressignificar o ato assistencial, conferindo-lhe sentido. As aspirações dos sujeitos ao bem estar devem ser o horizonte normativo (as referências éticas e morais) das práticas de saúde. Para Ayres, estas práticas somente podem subverter o atual modelo, marcado por um “agir sem sentido”, quando compartilhadas com os sujeitos, que devem participar com os profissionais sobre as escolhas sobre sua saúde.

Reconhecendo a existência de discriminação e maus tratos na assistência ao aborto, o Ministério da Saúde lançou, em 2005, o documento *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica*, que já conta com uma segunda edição revista e ampliada (BRASIL, 2011). Com base nos pressupostos do cuidado humanizado, a Norma Técnica enfatiza a garantia de direitos e a promoção de novos “padrões culturais de atenção com base nas necessidades das mulheres” no âmbito do SUS (BRASIL, 2005, p. 5). Este documento, ao preconizar a qualificação da atenção e a articulação entre os componentes técnico e relacional da assistência, reconhece as mulheres como objeto das técnicas de saúde, mas também sujeitos autônomos e aspirantes ao bem estar (AYRES, 2000). Entretanto, os valores negativos associados ao aborto e a hegemonia da concepção médico-curativa que orienta as práticas de saúde e a formação quase que estritamente biomédica ainda comprometem estas iniciativas de mudança.

Em exaustiva revisão sobre a produção científica brasileira sobre aborto, constatou-se a insuficiência de trabalhos sobre a atenção prestada às mulheres (BRASIL, 2008). As pesquisas identificadas foram realizadas em maternidades públicas e ressaltam a fragilidade emocional das mulheres, em meio a sentimentos diversos e contraditórios como culpa, remorso, medo da morte e de ser julgada (PEDROSA, GARCIA, 2000; MARIUTTI, ALMEIDA,

PANOBIANCO, 2007), mas também alívio por não ter mais de conviver com uma gravidez que não desejavam (NERY et al., 2006; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010). Além disso, constatam que lhes é ofertado um cuidado impessoal e centrado na execução de técnicas, com pouca atenção às suas demandas (MOTTA, 2005; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010; REBOUÇAS, 2010). Outros estudos, apesar de identificarem algumas críticas das mulheres aos serviços, revelam uma tendência à avaliação positiva da atenção (MOTTA, 2005; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010; REBOUÇAS, 2010), caracterizando um aparente paradoxo (MACCALLUM, REIS, MENEZES, 2006).

Neste trabalho, procurou-se abordar a experiência das mulheres a partir do seu percurso e das interações que estabelecem com profissionais e outras mulheres nas diferentes etapas da atenção nas maternidades. Tomando-se como base a afirmação de Rabelo e Alves (2004, p. 182) de que “o corpo é o fundamento da nossa experiência no mundo”, se considera que o corpo das mulheres seja lugar privilegiado da experiência de internação por aborto, a partir do qual constituem os sentidos desta vivência. Esses autores partem da concepção de que a experiência não remete apenas à repetição de fatos similares, mas se relaciona com a forma de “ser-no-mundo” dos sujeitos. Ela pressupõe a pertença dos sujeitos a uma tradição, que lhes fornece conceitos prévios pelos quais significam aquilo que é vivido; ao mesmo tempo, funda-se nas formas como os sujeitos são envolvidos pelas situações que se apresentam segundo o seu contexto cultural, informando-lhes suas possibilidades de ação.

Dinsdale et al. (2000) reconhecem que a experiência dos usuários nos serviços públicos é mediada pela conjunção de diversos fatores, individuais e sociais. Para os autores, esta experiência é influenciada por características individuais, pelas próprias percepções sobre os serviços públicos e sobre os profissionais que os atendem, e pelas expectativas constituídas a partir de informações prévias sobre os serviços, das necessidades pessoais que desejam ser satisfeitas e das vivências concretas (passadas e presentes) com estes.

A experiência da internação das mulheres que abortam se reveste de particularidades, uma vez que a assistência oferecida também é influenciada pelo estigma social em torno do aborto, com posturas discriminatórias pelos profissionais. Segundo Farfán (2006), a prática do aborto conta com uma criminalização moral, além de jurídica, que é

internalizada pelas mulheres causando-lhes sentimentos negativos como vergonha, desonra e medo de exclusão social – e, conseqüentemente, restrição de direitos.

O presente trabalho teve por objetivo compreender os significados e as experiências das mulheres na internação por aborto, visando subsidiar a elaboração de políticas públicas para a melhoria da atenção prestada pelos serviços públicos de saúde.

2. METODOLOGIA

Este trabalho integra a pesquisa mais ampla *“Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia”*, desenvolvida pelo Programa Integrado em Gênero e Saúde – MUSA do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e financiada pelo Edital MCT / CNPq / MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde 22/2007 – Saúde da Mulher / Edital 22/2007 – Saúde da Mulher, Linha de Apoio 1.2.1. Esta teve por objetivo compreender de maneira comparativa as experiências, práticas e opiniões sobre o aborto induzido para usuárias do SUS, profissionais diretamente ligados à atenção ao abortamento e gestores de saúde, na cidade de Salvador, Bahia.

A pesquisa foi realizada em três maternidades públicas (um hospital geral de médio porte com unidade obstétrica, situado na periferia da cidade; uma maternidade de grande porte; e uma terceira unidade onde eram desenvolvidas atividades de formação profissional na área da saúde), combinando entrevistas semiestruturadas e observação participante, durante nove meses entre 2008 e 2009.

Com relação às usuárias, participaram apenas as maiores de 18 anos, que declararam aborto provocado ou relataram sua indução até três anos antes, tendo sido internadas por este motivo. Estas foram entrevistadas por três antropólogas e uma assistente de pesquisa¹, ainda nas maternidades ou após a alta em local de escolha das entrevistadas. O roteiro de entrevista abordou de modo aprofundado a experiência e os significados associados ao aborto, em cada fase de internação hospitalar, sua visão sobre a assistência recebida e sobre a interação com profissionais de saúde e outras pacientes. As entrevistas foram gravadas e tiveram tempo médio de uma hora, sendo posteriormente foram transcritas.

Para a realização deste trabalho, foram selecionadas 19 das 70 entrevistas realizadas naquela ocasião². Estas foram escolhidas levando-se em consideração as características

¹ Luisa Belaúnde, Clara Lourido, Jurema Machado (antropólogas) e Fábria Santana (assistente de pesquisa).

² Deve ser considerado que somente entrevistas foram utilizadas na elaboração do presente trabalho, não tendo sido utilizados registros dos diários de campo da observação participante

socioeconômicas, reprodutivas e clínicas das mulheres (conforme pode ser verificado nos Apêndices A e B), conferindo a heterogeneidade do universo pesquisado – uma vez que não se exige das pesquisas qualitativas a representatividade da amostra, e sim a diversidade dos significados. Além disso, utilizou-se o critério de saturação em pesquisa qualitativa em saúde segundo discutiram Fontanela, Ricas e Turato (2008) – para os quais têm pertinência e validade a seleção intencional.

As informantes que originaram os 19 relatos selecionados tinham idade entre 18 e 39 anos, sendo a maioria negra, jovem, com até 24 anos de idade. Metade possuía ensino fundamental completo, era seguidora de religião cristã e exercia alguma atividade remunerada. Quase todas haviam engravidado dos seus maridos, namorados ou ex-companheiros; a maioria já possuía filhos e nunca havia abortado antes, e cerca de um terço nunca havia sido internada anteriormente.

A partir do roteiro semiestruturado, foram utilizados os fragmentos de entrevistas referentes aos blocos I (“Atendimento”), V (“O Aborto dos Outros” e “Reflexão sobre a Própria Experiência”), VII (“Avaliação da Experiência”), e “Fala livre sobre experiência”, além de, ocasionalmente, outros fragmentos cujos dados relacionavam-se com os objetivos da pesquisa.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977; BAUER, 2003; MINAYO, 2006), sendo identificadas de categorias prévias referentes aos objetivos do trabalho (GASKELL, 2003) e também criadas novas categorias a partir de unidades de significação destacadas do texto. Foram estas: *O aborto na maternidade: experiências das mulheres com a assistência*, que aborda os elementos mais significativos da vivência das mulheres em cada etapa da assistência, além da relação com os sujeitos com quem interagem; e *Mulheres e sua percepção sobre a assistência: desvendando um paradoxo*, que dialoga com os sentidos mais gerais a respeito da internação, explorando as percepções e avaliação das mulheres quanto ao atendimento recebido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA (Parecer nº 005-08) e realizada mediante a aceitação do *Termo de Consentimento Informado* pelas participantes, estando em conformidade com a Resolução 96/196 da Comissão Nacional de

Ética em Pesquisa. Foram conferidos nomes fictícios para as entrevistadas para preservá-lhes o anonimato.

Apesar da autora do presente trabalho não ter realizado as entrevistas, sua formação profissional em Enfermagem lhe propiciou conhecimento da atenção ao abortamento em contexto hospitalar, nos estágios obrigatórios do curso de graduação. Por outro lado, as disciplinas cursadas ao longo do mestrado permitiram aproximação com as técnicas qualitativas de pesquisa.

Compreende-se que existam importantes distinções entre as experiências de abortamento e de internação entre mulheres de diferentes raças/etnias, gerações, aquelas que já tiveram ou não filhos, ou experiências anteriores de abortamento. Explorar estas relações possibilitaria identificar como as desigualdades sociais se reproduzem na atenção ao aborto e penaliza mais algumas mulheres do que outras. Entretanto, optou-se por não realizar a análise dos dados a partir destes recortes, por demandar o aprofundamento em aspectos pouco abordados pelas entrevistas.

3. O ABORTO NA MATERNIDADE: EXPERIÊNCIAS DAS MULHERES COM A ASSISTÊNCIA

Para abortar, 17 das 19 mulheres referiram o Cytotec® como o principal método, utilizado isoladamente ou combinado com chás, confirmando a ampla disseminação do uso do misoprostol na indução de abortos (BARBOSA, ARILHA, 1993). Praticamente todas as entrevistadas procuraram o hospital por causa de sinais e sintomas decorrentes do aborto, sobretudo dor e sangramento. Entretanto, o percurso entre o aparecimento destes até a obtenção da assistência nas maternidades não foi direto para muitas delas, durando dias ou semanas.

Várias razões foram citadas para o retardo na procura por estes serviços, sobretudo o medo de ser maltratada – o que contribuiu para o agravamento do estado de saúde de algumas mulheres. Este percurso, marcado por diversas dificuldades de acessibilidade aos serviços será objeto de trabalho futuro. Outros trabalhos também mencionam como a expectativa de um tratamento desrespeitoso por parte dos profissionais pode interferir na busca pelo cuidado no abortamento (PEDROSA, GARCIA, 2000; KUMAR, HYMAN, 2004).

Na sua relação com os serviços, as mulheres antecipam uma possível discriminação, caracterizando o que alguns autores denominam de estigma sentido ou *felt stigma* (CORRIGAN, LUNDIN, 2001) mediante a percepção de ser portador de alguma característica socialmente desvalorizada, o que favorece sentimentos como culpa, vergonha, ansiedade, medo, etc.

Quase sempre elas informaram expectativas negativas quanto ao atendimento que receberiam nas maternidades. Baseadas nas experiências de internação por aborto delas próprias e, sobretudo, de conhecidas suas, as mulheres esperavam sofrer discriminação e maus tratos como punição dos profissionais por terem abortado, expressando medo de serem julgadas:

Fiquei com medo porque eu já tive umas amigas que já fizeram isso e falaram pra mim como é que eles tratam. [...] disse que elas xingam, que elas humilham, que elas largam lá muito tempo. [...] Eu tenho pra mim que em todos [os hospitais] faz isso, né? (Fabrícia, 35)

Estes achados são convergentes com resultados de pesquisas realizadas com mulheres com abortamento interadas na rede pública, em cidades brasileiras (PEDROSA, GARCIA, 2000; MARIUTTI, 2004).

3.1 RECEPÇÃO

A recepção é a primeira etapa da internação hospitalar, exceto quando as mulheres chegam reguladas de outras unidades ou em condições graves de saúde. Há procedimentos comuns às recepções das maternidades: as mulheres devem apresentar documento de identidade e informar as queixas a recepcionistas para que sejam então atendidas.

As entrevistadas chegaram quase sempre com outras mulheres, que acompanharam parte ou todo o processo abortivo. Isto, em certa medida, contraria a imagem que os profissionais têm das mulheres que abortam – de que estão quase sempre desacompanhadas e escondendo o aborto do seu meio social (MARIUTTI, 2004). Já na recepção relataram ter havido questionamentos indevidos, por parte do pessoal administrativo, sobre o tipo de aborto. Principalmente pelos sintomas agudos apresentados, mas também para evitar estas perguntas, muitas mulheres delegaram o preenchimento da ficha às suas acompanhantes.

Metade das entrevistadas disse ter esperado pouco até a triagem, referindo a gravidade dos sintomas ou a ausência de filas como os motivos para a celeridade. O atendimento ágil e facilitado foi pontuado como um elemento positivo da atenção recebida, consoante com a Norma Técnica (BRASIL, 2011). Entretanto, para outras houve uma espera prolongada, de até algumas horas, não só pela grande demanda, mas também pela priorização do atendimento às parturientes, o que foi percebido como discriminação:

É que lá é por fila, entendeu? Inclusive, você pode tá morrendo, mas tem que esperar. [...] O que eu achei um pouco esquisito foi por que a gente ficou lá esperando, [...] em frente da porta, enquanto ela fazia o parto das outras. O que eu achei errado foi assim, sabe? [...] atenderam todas elas [grávidas], porque eu fui a última. (Laura, 21)

A recepção foi o setor onde as mulheres menos referem interação com profissionais da maternidade. Mesmo aquelas que foram prontamente atendidas, o preenchimento da ficha cumprira apenas uma etapa formal e obrigatória antes da triagem. Ali, as mulheres começaram a elaborar os primeiros significados da experiência vivida no hospital, reportando preocupação com o estado de saúde e com o corpo, incluindo o receio de não conseguir mais ter filhos, mas principalmente sentimentos negativos como culpa e arrependimento por ter abortado:

Eu me senti muito nojenta, culpada, porque na real eu não queria que acontecesse isso. Mas eu também não tinha condição de criar outra criança, entendeu? Eu senti o sentimento de culpa mesmo por eu estar fazendo isso e eu sei que vou pagar por essa coisa toda. (Priscila, 27)

3.2 TRIAGEM E ADMISSÃO

A consulta de triagem com médico(a) marca a primeira etapa de um processo de transformação das mulheres em pacientes, que se completará com os procedimentos da internação. Esta etapa obrigatória, exceto nas transferências entre unidades de saúde, visa o acolhimento e a organização adequada do acesso das mulheres ao atendimento (BRASIL, 2011).

Em geral, as mulheres referiram ter entrado sozinhas no consultório, permanecendo quase sempre dessa forma até o final da internação. A Norma Técnica (BRASIL, 2011) não trata sobre acompanhantes para mulheres que abortaram; assim como ocorre na atenção às parturientes, as maternidades não reconhecem a presença daqueles como um benefício, mas como um problema a ser administrado (DIAS, 2006).

Parte das mulheres referiu ter sido bem tratada pelos profissionais, sendo tranqüilizadas ou informadas sobre sua saúde e cuidados recebidos. A ausência de maus tratos e a atenção às demandas emocionais, já apontadas em pesquisas anteriores (MARIUTTI, 2005; MOTTA, 2005; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010), foram citados como elementos que positivaram a percepção de algumas mulheres sobre a assistência:

Ela [enfermeira] ficou falando comigo que era pra eu ter paciência, que não ia ter nada demais, que ia dar tudo certo, que o nervoso era normal, mas que era pra eu ficar tranqüila e que ia correr tudo bem. [...] [O médico] explicou assim, no caso: eu tinha que ficar em observação porque se minha temperatura aumentasse, eu corria o risco de ter uma infecção e aí ia ser mais complicado. (Leticia, 36)

Entretanto, o relato mais frequente foi de um tratamento distanciado e mediado pela execução de procedimentos técnicos, não sendo muito raros os relatos de discriminação, julgamentos e, por vezes, maus tratos, como identificaram outros autores (MOTTA, 2005; NERY et al., 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

Perguntas como feitas a Laura – “*Você botou o que aí dentro?*” – evidenciavam a suspeição dos profissionais quanto à indução do aborto, constringendo-as e intimidando-as. A maioria das entrevistadas declara ter falado “*a verdade*” sobre o aborto, relatando que o fizeram para evitar indisposições com a equipe caso o aborto fosse descoberto, atentas a possíveis punições pelo duplo delito de ter abortado e mentido sobre isso. Outras, temendo ter seus sintomas agravados e não terem acesso ao tratamento adequado, mencionaram também terem se sentido compelidas a falar a verdade ao médico – profissional para quem “*não se deve mentir*”:

[Falei a verdade] porque ou ele ia descobrir, ou então poderia até me prejudicar. Porque uma amiga minha [...] falou que tinha tomado uma queda [...]. Aí [o médico] virou pra ela e falou assim: “Se você não quiser me falar a verdade, eu não posso te ajudar. Você mentiu”. [...] Aí foi que ela voltou atrás [...] Disse que o médico disse pra ela: “Tem tanta mãe aí querendo botar filho no mundo e você podendo, faz uma injustiça dessa”, não sei o quê, “Vocês têm que morrer”. Falou um monte de coisa horrível pra ela. (Sônia)

Eu ia falar, mas quando eu vi ele fazer aquela grosseria comigo [no exame de toque], fiquei com medo. [...] Eu cheguei lá novamente na terça-feira e aí a médica pegou e falou... [...] “Você botou o que aí dentro?”, aí eu comecei a chorar e falei pra ela [...] que minha colega tinha botado um canudo de mamona e tal, pra eu poder perder. (Laura, 21)

A revelação do tipo do aborto provoca distintas reações nos profissionais. As mulheres contaram que alguns médicos simplesmente prosseguiram com a consulta, no máximo aconselhando-as a buscarem o planejamento familiar. Muitas referiram terem sido alertadas sobre os riscos que correram e, sentindo-se bem cuidadas, tenderam a concordar com a postura destes profissionais, considerando seus conselhos algo “*para o seu bem*”.

Outras disseram ter sido quase imediatamente repreendidas após a confirmação do aborto, chegando à agressão verbal, como relatada por Flávia, de 18 anos – elemento também identificado por McCallum e Reis (2006) em estudo com jovens parturientes na cidade de Salvador – como pode ser ilustrado no relato que segue:

Ele ficou falando um bocadinho de coisa, eu nem lembro. Tudo com a maior ignorância! Me tratando mal... [...] o médico foi super grosso! Eu até discuti com ele e disse que ele era muito ignorante. Aí ele disse que eu ia ficar lá esperando um dia... Ele disse: “Agora você vai ficar curtindo sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã.” [...] (Flávia, 18)

A maioria não reagiu ou ficou indiferente aos maus tratos, permanecendo silenciosa, como estratégia para evitar possíveis punições. Alguns autores apontam que a não reação é comum em várias situações de vida das usuárias de baixa renda, pelo medo de retaliações e de perder o acesso aos serviços dos quais necessitam (VAITSMAN, ANDRADE, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006). No caso das entrevistadas, isso evidencia o estigma social e o medo de exclusão social, com a consequente privação de direitos, pelo fato de ter abortado (FARFÁN, 2006). A fala de Miralva sintetiza a situação:

[...] a enfermeira era bruta, ignorante, por que elas disseram: “Por que não veio cedo? Deixou pra vim essa hora? [...] Ah, esse povo acha que a gente é empregada”. Com a maior ignorância. [...] Isso aí é que eu achei chato, essa brutalidade. [...] Também não falei nada. Fiquei quieta. Vou falar o quê? [...] quando eu ia falar com ela, ela disse: “Olhe, não quero nem saber! Isso não é hora de você vim pra cá!”. Eu não falei mais nada. (Miralva, 24)

Para muitas mulheres, aquele era o primeiro aborto ou mesmo a primeira experiência de hospitalização. Dessa forma, desconheciam o ambiente, as etapas do atendimento e os procedimentos aos quais se submeteriam, apresentando ansiedade e medo. Os seus depoimentos indicam que a maioria recebeu orientações incompletas ou não recebeu quaisquer informações sobre seu estado de saúde e os cuidados que receberiam tanto na internação quanto no pós-aborto, contrariando a Norma Técnica (BRASIL, 2011), a qual valoriza a informação como elemento importante da qualidade da atenção. Assim como verificado por Motta (2005), foram raras as ocasiões em que relataram ter recebido explicações espontâneas dos profissionais sobre o atendimento por vir.

Os cuidados admissionais são de responsabilidade da equipe de Enfermagem, que preparavam os corpos das mulheres para a internação – como etapas de um “ritual” de

passagem, consolidando a sua transformação em pacientes da maternidade. Primeiro, as mulheres receberam as roupas do hospital, abandonando suas vestes e adereços pessoais, mesmo as peças íntimas, que foram colocadas em sacos e, quando possível, entregues aos acompanhantes. Neste momento, muitos destes foram informados sobre a internação, sendo orientados a ir embora. A troca das roupas foi, portanto, simbólica, materializando nos corpos das mulheres a sua despersonalização – numa padronização obrigatória para que sejam incorporadas à “massa” de mulheres internadas (AZEVEDO, RAMOS, 2006).

O banho e o jejum às vezes fizeram parte dos cuidados recebidos. Mesmo não tendo sido exigido nas maternidades, muitas referiram ter removido seus pêlos pubianos para estarem “feitas” quando fossem atendidas. Banho, tricotomia e jejum são procedimentos antecipados pelas mulheres e incorporados a partir do conhecimento prático adquirido nas experiências de consultas ginecológicas, internações por abortos e, principalmente, de partos, vivenciados sob o dominante modelo tecnocrático de atenção discutido por Davis-Floyd (2001), no qual os corpos da mulheres é objeto de intervenções e de discursos medicalizantes, que lhes retiram sua autonomia e as despersonalizam. Atendendo às expectativas das maternidades, as mulheres – reconhecendo que isto as valoriza por estarem em prévia conformidade com o que imaginam serem as exigências da maternidade – demonstravam sinais de disciplinamento dos seus corpos frente às necessidades das instituições médicas (FOUCAULT, 2004).

Finalizou esta etapa a instalação do acesso venoso, por meio do qual as mulheres ficaram presas ao leito ou com restrições de mobilidade devido ao suporte de metal que fixava o soro e as medicações recebidas. Finalmente, muitas foram colocadas em cadeiras de rodas ou macas e levadas a outros setores da maternidade, deixando de locomover-se por conta própria e intensificando assim a perda de autonomia.

O processo admissional marca uma espécie de transformação das mulheres, deslocando-as do seu meio social, padronizando e apagando dos seus corpos os vestígios do “mundo lá fora” e limitando sua liberdade. Ao final do processo, as mulheres deixaram de ser Amandas, Déboras, Priscilas e tornaram-se, enfim, pacientes, as “curetas” do leito 1, 2, 3... A fala de Milene ilustra claramente esse processo, enumerando um por um os objetos

personais como se fossem atributos identitários dela retirados, lembrando um ritual pelo qual se transfigurava em paciente:

Me botaram numa cadeira de rodas. Aí mandou eu tirar tudo: tirar brinco, tirar minha pulseirinha, tirar meu anel, tirar tudo. Aí disse: “Agora você vai ficar internada”. Aí eu comecei a chorar, chorar. [...] Me senti sozinha. Não gosto de ficar sozinha não. (Milene, 23)

Milene sentiu-se solitária não porque ficaria sozinha no hospital – já que estava rodeada por outras pacientes e profissionais de saúde – mas porque permaneceria sem “os seus”, marcando a ruptura com as pessoas do seu meio social.

A hospitalização é, portanto, um processo ritualizado. Nele, os sujeitos adquirem a identidade de pacientes, com seus corpos submetidos às lógicas, saberes e técnicas institucionais, as quais restringem sua autonomia e sobrepõem-se às suas experiências e seus saberes prévios.

3.3 PRÉ-PARTO (PP)

As mulheres admitidas sem complicações aparentes aguardaram no PP até alcançarem as condições requeridas para o esvaziamento uterino. Em algumas maternidades, a depender da demanda, este espaço é dividido com parturientes, o que nem sempre foi avaliado positivamente pelas mulheres:

Ah, era todo mundo chorando, mulher gritando de um lado. [...] Acordei com dor de cabeça, porque eu não tive uma noite tranquila [...], toda hora eu acordava assustada. [...] Eu nem sabia como era [uma sala de pré-parto]. [...] Foi horrível passar a noite lá. Eu já tava impaciente. Eu pensei até em ir embora. (Valdete, 21)

Apesar da recomendação da Norma Técnica (BRASIL, 2011) quanto à garantia de privacidade e confidencialidade das informações, a falta de privacidade e o pouco respeito ao pudor e ao sigilo das informações foram relatadas pelas mulheres quer na pouca atenção dada ao fechamento das portas ou na obrigatoriedade do uso das roupas hospitalares que não cobriam adequadamente seus corpos, o que contribuiu para que se sentissem expostas.

Estes aspectos já foram anteriormente identificados em estudos com parturientes, mas também com mulheres em abortamento (MOTTA, 2005; DIAS, 2006; MCCALLUM, REIS, 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009), sendo alvo de críticas ao serviço.

As falas indicam a precária interação com os profissionais no setor, que pouco se dirigiam a elas, exceto quando estes necessitavam executar cuidados: “*Não [explicava], só chegava pra olhar os exames, minha pressão, ajeitar a cama, dar roupa de cama, tudo, agora sobre estado [de saúde], não.*” (Otília, 28). A longa espera, as informações escassas, a reduzida interação com os profissionais e o pequeno número de procedimentos recebidos causaram em algumas entrevistadas a impressão de que foram pouco assistidas ou até abandonadas:

Eu fiquei assim sem saber o que estava acontecendo. Eu fiquei lá de nove e pouco da manhã, só fiz três e meia a curetagem e eles não me diziam nada, nada. Não conversavam comigo [...]. Se eu tivesse pressão alta, acho que era capaz de morrer e eles nem sabiam por que, porque não tiravam minha pressão nem nada. (Laura, 21)

[...] eu fiquei internada sozinha, as enfermeiras a gente gritava e não aparecia ninguém, estavam dormindo a noite toda... Se a gente sentisse dores, a gente que ficasse lá até passar. (Flávia, 18)

O convívio com a dor foi um dos elementos mais marcantes da experiência das mulheres no PP. Para parcela importante das entrevistadas, a dor foi prolongada até a realização da curetagem, sem que lhes fossem oferecidos medicamentos ou apoio verbal que lhes tranqüilizassem. Ainda que haja o reconhecimento da dor como fenômeno fisiológico, este é também emocional e cultural, influenciado pelo “medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento” (BRASIL, 2011, p. 38).

EGO: Ah, eu me sentia muito mal, porque ela atendia, né, mas era mais uma coisa de deixar você num canto, não iam conversar, não procuravam saber nada. [...]

ENT: E era uma dor muito grande?

EGO: Muito grande! Muito, muito. Muito dolorido. [...] aqui eu comi muita dor e esperei bastante! Fiquei de sete da manhã às cinco da tarde. (Sonia)

O tratamento da dor física por parte da equipe evidenciou não somente a desqualificação das queixas das mulheres, mas também materializou nos corpos destas os sentidos negativos do aborto e de uma assistência desumanizada. A dor, nesse sentido, funcionou como o signo do sofrimento que as mulheres consideraram merecer (e também

alguns profissionais) demarcando uma experiência moralmente e corporalmente desconfortável.

Sufrimento adicional foi condicionado ao perceberem situações de discriminação no atendimento pelo fato de terem abortado. Em alguns casos, elas comentaram que se sentiram preteridas na assistência em relação às parturientes e àquelas com abortamento espontâneo, denunciando uma punição velada que se materializa através de um cuidado postergado e da falta de orientações:

Entrou outras pessoas e perguntavam se era curetagem e não davam muita importância. Estava todo mundo mais voltado para a moça que ia ter neném e estava correndo riscos porque estava com pressão alta. [...] Teve uma hora que meu soro saiu da veia e eu tive que chamar alguém pra colocar e olha que a sala estava cheia de enfermeiras [...]. Não davam muita importância pra mim e pra gente [que fez aborto] não. [...] Mas pra mim, que não tinha mais nada, eles nem chegaram muito perto. (Sara, 27)

Diante do sofrimento físico e emocional, poucas palavras de apoio eram dirigidas pelos profissionais às mulheres. Investigando duas unidades de emergência de Ribeirão Preto, Espírito-Santo e Vieira (2007) constataram que os profissionais de saúde negavam ou não reconheciam o sofrimento das mulheres que abortaram. Na percepção destes, estas não sofrem tanto quanto aquelas que abortam espontaneamente, já que não demonstravam abalos emocionais, levando-os a dedicarem-se menos a elas. Entretanto, Nery et al. (2006) constataram que mulheres atendidas por abortamento espontâneo também não tiveram suas demandas emocionais acolhidas, sugerindo que este é um problema recorrente na atenção ao aborto, seja ele espontâneo ou induzido.

As mulheres que abortaram ficam relativamente invisíveis na maternidade: suas vozes não são escutadas e, suas demandas, negadas. Para McCallum, Reis e Menezes (2006), aspectos organizacionais das maternidades privilegiam a atenção ao parto e aos nascimentos e reproduzem por meio de seus agentes (os profissionais de saúde) práticas que discriminam as mulheres que abortaram. Segundo as autoras, esta noção é internalizada pelas mulheres que abortam, as quais passam a considerar as demandas das parturientes mais importantes que as suas, como expressaram algumas entrevistadas no presente estudo.

Em geral, as mulheres argumentaram que, face à postura dos profissionais, não devem reagir com “ignorância”, pois “vai ser pior”. Elas avaliavam que devem se “controlar”, sem emitir expressões de insatisfação ou gritos de dor para evitar “perversidade”, “pirraças”, punições enfim:

Senti muitas dores, mas não gritei. Eu me torcia de dor, me esticava toda, mas não gritava. Ficava só chamando: “Meu Deus, meu Deus”. [...] Eu acho que pelo fato de ser aborto, se eu gritasse ela poderia falar: “Ah, além de você ter provocado aborto ainda fica aí gritando?”, e podia me pirraçar. Muitas delas fazem isso. (Laura, 21)

Não ficar lá gritando [...]. E lá [no hospital] é pior, porque quanto mais a pessoa grita, elas fazem perversidade. [...] Deixa esperando ainda mais. (Milene, 23)

Mediada pela dor, a interação social entre as próprias mulheres que se encontram no PP é precária e na maioria das vezes não ocorre. As poucas conversas existentes abordaram suas experiências de vida, sobretudo com o aborto. A dor limitou suas possibilidades de comunicação, com muitas preferindo resistir a ela sozinhas.

No PP, as mulheres continuaram a reelaborar suas percepções e sentimentos com relação ao aborto. Foi comum a culpa, o desespero e o arrependimento pelo aborto realizado, mas também a preocupação com o estado de saúde e o medo de morrer. O recurso à espiritualidade/religião foi aspecto bastante comum na fala das mulheres frente a esses sentimentos, sendo frequentemente relacionado ao sentimento de culpa e arrependimento, com referências constante a Deus, articulando sentimentos de culpa mas também de perdão e proteção. Este aspecto não foi aprofundado neste artigo, tendo sido discutido por Menezes, Reis e Belaúnde (2011) em outra análise sobre este material por fugir ao tema proposto.

Além de sentimentos negativos, a reflexão sobre a experiência vivenciada até ali possibilitou também a emergência de sentimentos positivos, relacionados ao desejo de ter a saúde recuperada, de rever os filhos e de retornar ao seu cotidiano – motivações que as fizeram suportar a internação e quererem “ficar boas”.

3.4 SALA DE PROCEDIMENTOS

O centro cirúrgico ou sala de curetagem se destaca das demais pela presença de equipamentos diferenciados e mais sofisticados. Esta aparelhagem, necessária à realização do esvaziamento uterino e ao suporte às possíveis complicações, de certa forma surpreende as mulheres e lhes fornece outra percepção sobre os riscos aos quais se submeteram ao provocar o aborto. O temor das mulheres foi agravado pela ausência de informações sobre o procedimento. Muitas consideravam a curetagem um procedimento arriscado e desconhecido, referindo medo de morrer e ansiedade, sobretudo aquelas que o realizavam pela primeira vez:

Estava ansiosa e com medo. Quando eu cheguei na sala de cirurgia eu tremia o corpo todo. [...] Eu tremia de medo. Par mim aquilo ali era tudo novo. Eu nunca tinha passado por uma experiência dessas. Foi a primeira e única. (Valdete, 21)

Apesar da obrigatoriedade do uso de anestésicos para o controle da dor causada pelo procedimento (BRASIL, 2011), o relato de casos de mulheres que passaram pela curetagem sem anestesia, como foi dito à Milene por uma das mulheres no PP, gerava a expectativa de um procedimento bastante doloroso: “A que tava na sala comigo disse que doía, que a dor era pior que a dor de parir. Mas como eu não senti nada... Ela disse que lá no Município X não dão anestesia [...]”. Assim como Milene, a maioria foi submetida à anestesia sem ter recebido informações esclarecedoras, chegando a confundi-la com outros procedimentos:

Agora eu não entendi... Porque eu estava no soro, aí me deram uma injeção que doeu mais ainda e colocaram uma coisinha no meu nariz. Eu não sei se ali era o oxigênio ou se era a própria anestesia porque eles não falam nada, não explicam nada. (Sara, 27)

Ao falar da anestesia e da curetagem, as mulheres utilizam elementos de vivências prévias e percepções do senso comum para explicar o que ocorreu sobre seus corpos, incorporando modificações ao discurso médico. Os densos relatos sobre a anestesia e seus múltiplos significados mereceriam uma análise mais aprofundada, que não pode ser feita neste artigo. O relato habitual das mulheres é de que “apagaram”, mas também que ficaram em um estágio de semiconsciência, com “delírios” em que os sentimentos de culpa e

arrependimento retornaram. Pela desinformação acerca dos efeitos da droga, algumas pensaram estar morrendo:

Aí, daqui a pouco eu comecei a sentir falta de ar assim, sabe, aí: “Meus Deus! Eu vou morrer, vou morrer de falta de ar” [...]. Aí eu fiquei delirando. Eu me lembro que eu fiquei falando assim: “Jesus te ama, Jesus me ama, Jesus me perdoe, me perdoe”, eu falava assim. (Laura, 21)

Quase todas as entrevistadas realizaram curetagem para esvaziamento uterino, a despeito da indicação da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) como método preferencial para gestações até 12 semanas (BRASIL, 2011), pela sua maior eficácia e menores custos, incômodos físicos e complicações posteriores. Das entrevistadas, somente Vanessa (26 anos, universitária) foi submetida à AMIU, seguindo indicação de sua ginecologista. Esta foi a única com quem a equipe compartilhou a decisão sobre as técnicas disponíveis e que recebeu informações completas sobre o procedimento.

Kumar e Hyman (2004) apontam que às mulheres deve ser garantida a autonomia e a participação na escolha do procedimento de esvaziamento uterino, fundamentada a partir de informações completas e precisas – sendo este um requisito para uma atenção de qualidade. No presente trabalho, a maioria das entrevistadas não foi informada adequadamente sobre o procedimento e nem participou da escolha do método, contrariando a Norma Técnica (BRASIL, 2011).

A partir das informações de conhecidas ou do que puderam visualizar do procedimento de outras mulheres enquanto ainda acordadas, grande parte acreditava que a “coletagem”, como muitas a denominavam, consistia em “pôr o útero para fora” e “raspá-lo” para retirar “restos de parto” ou de Cytotec e, às vezes, “queimá-lo” com substâncias curativas:

Olhe, é assim: quando eu fui entrando lá na sala, eu vi uma menina lá aberta, um negócio vermelho pro lado de fora... Eu achei que fosse o útero. Mas como eu já estava meio vacilando, eu já estava até sentindo febre, então eu creio que foi coisa da minha cabeça. Mas eu acredito que não. Porque depois eu perguntei a enfermeira e ela disse que achava que era mais ou menos isso. Então eu acredito que bota o útero para o lado de fora e faz uma raspagem pra depois queimar. Eu acredito que foi assim né... (Priscila, 27)

ENT: E o que é que você acha que o médico fez? Assim, qual a idéia que você tem de como é o procedimento da curetagem.

EGO: Como os outros me falam, né, que eu não vi, eles tiram meu útero fora, limpa e depois põem lá de novo. É o que me falaram.

ENT: Quem lhe falou isso?

EGO: Minha mãe... Um bocado de gente mais velhas assim que eu procurei me informar. (Amanda, 20)

As mulheres compararam a curetagem a uma “limpeza”, apropriando-se de uma metáfora comumente utilizada pelos profissionais de saúde para falar sobre o objetivo da técnica: uma “limpeza” simbólica, que remove a “sujeira” ou desordem causada pelo aborto realizado, que recuperava seus corpos.

O procedimento é de execução rápida, o que surpreendeu as mulheres. Após a anestesia, muitas despertam sozinhas, atordoadas pelo efeito da droga e “*sem noção do tempo*”, tentando compreender o que se passava. A sensação ao despertar foi, sobretudo, de alívio por não mais apresentarem sinais e sintomas do aborto, o que lhes certificou que “correu tudo bem”.

A efetividade e a rapidez dos procedimentos realizados contribuíram para uma percepção positiva acerca da atenção recebida: “[*Sentia*] *Que eu tava boa. Boa para o que eu estava né, porque o doutor disse que eu estava em risco de perder o útero, né, então...*”. (Milene, 23). Ao contrário, a permanência dos sintomas após a curetagem foi fator para que considerassem o atendimento ruim.

A maior parte das mulheres, por não apresentar condições graves após a curetagem, seguiu até a enfermaria para receber os últimos cuidados e aguardar a alta.

3.5 ENFERMARIA

Apesar da diferença estrutural das maternidades, as rotinas comuns às enfermarias incluem o banho e as visitas dos médicos no turno matutino, os horários específicos para refeições, medicamentos e coleta de material para exames e a alta hospitalar ao final da manhã. As mulheres comentaram ter recebido poucas visitas, permanecendo sozinhas ou com outras mulheres, sendo algumas puérperas com seus recém-nascidos.

Apesar da omissão da Norma Técnica (BRASIL, 2011) quanto ao alojamento, a convivência com os bebês levou algumas mulheres a se imaginar no lugar das parturientes e a pensar num futuro que poderia ter se concretizado. Este convívio, em termos simbólicos, evidencia a lógica presente na organização das maternidades na assistência às mulheres que abortam, deixando claro que não pertencem a este lugar e, por conseguinte, colabora para uma experiência mais sofrida:

Muita mulher com bebezinho. Tanto que eu nem queria dormir aqui por isso. [...] Eu vejo tanto nenê e isso me dá um peso na consciência. Eu vejo as mães com tanto cuidado, né, com seus filhos. Quando eu olho pros outros nenês assim, eu fico com uma dor no coração danada! Porque eu poderia ter passado por esse processo de gestação, parto, mas eu não vou poder sentir nada disso... (Valdete, 21)

Esses relatos são convergentes com a pesquisa de Ribeiro (2008), em que profissionais de uma maternidade pública em Porto Alegre-RS reconheciam os constrangimentos desta convivência. As entrevistadas do presente trabalho relataram situações nas quais eram perguntadas sobre seus bebês, sentindo-se veladamente julgadas. Algumas delas manifestaram claramente o desejo de compartilhar o espaço apenas com outras mulheres que abortaram, revelando preocupação com a influência do ambiente no seu bem-estar:

EGO: Aí você chega num lugar desses e vê um bocado de criança nascendo, os outros ficam perguntando a você: “Cadê o seu bebê?”. Aí você: “Não, eu perdi”. Aí dá uma sensação de vazio na gente.

ENT: Você acha que o fato de ser atendida numa maternidade que também tem bebês, foi isso que lhe provocou essa sensação? Assim, se tivesse uma instituição de saúde que não tivesse bebês onde você pudesse fazer a curetagem, seria melhor?

EGO: Eu acho que sim. Eu acho que não buliria tanto com o psicológico da gente. (Letícia, 36)

Tem uma menina que falou assim: “Pra mim quem faz isso é um monstro”. Só que ninguém sabe como a gente se sente, o que a gente passa, né? (Valdete, 21)

Entretanto, apesar do constrangimento com a presença dos bebês, a precária interação social com os profissionais e as escassas visitas tornaram muitas vezes a convivência com as puérperas a única forma de fugir da solidão e superar o isolamento social: *“Não, eu preferia até estar com ela, estar com alguém, porque pelo menos o tempo passa mais rápido. A gente conversa e vai passando o tempo.” (Letícia, 36).*

O diálogo com as outras mulheres foi considerado bastante positivo pelas entrevistadas, tendo importância principalmente para aquelas que nunca abortaram ou foram internadas antes. Algumas vezes, as conversas foram momentos preciosos nos quais buscavam apoio e compreensão para enfrentar a experiência da internação e do próprio aborto: *“Eu estava precisando muito conversar e a gente conversou muito. Foi bom ter a companhia das meninas.”* (Flávia, 18, primeira internação por aborto).

A interação com outras mulheres lhes permitiu pensar sobre seus relacionamentos, suas vidas, enfim, o que lhes havia acontecido, ajudando-as a elaborar as primeiras narrativas sobre o vivido, além de reflexões sobre a moralidade do aborto e em que condições a sua realização seria justificável. Algumas mulheres disseram ter reforçado a concepção prévia de que o aborto, sobretudo em determinadas circunstâncias, era um ato moralmente condenável:

[...] ela disse: “É, eu disse a você que tome um choque, mas foi mentira. Eu tomei dois Cytotec”. Aí eu falei: “Menina, você é maluca? Com seis meses?”. Grávida de gêmeos... que coração, viu? (Milene, 23).

Outras admitiram mudanças nas posições anteriormente contrárias, uma vez que a experiência pessoal com o aborto lhes havia fornecido outro ponto de vista. Segundo Ardaillon (1997), na experiência com o aborto, as mulheres permanecem numa constante mediação entre ideologias, sua realidade social e seus desejos, onde fica evidente a disjunção entre crenças e comportamentos. Para a autora, suas consciências são, portanto, construídas na práxis, na experiência (sobretudo corporal) com a situação concreta do aborto, segundo o que Petchesky (1986 *apud* ARDAILLON, 1997) chamou de “moralidade da situação” – permitindo às mulheres realizar o aborto e considerá-lo correto sob aquelas circunstâncias, mesmo que posteriormente continue sendo moralmente equivocado.

Um aspecto importante assinalado foi a relação de cuidado, ajuda e solidariedade mútua entre as mulheres que abortaram, preenchendo lacunas deixadas pela falta de apoio dos profissionais, sendo comuns os conselhos sobre o estado de saúde, aspectos da vida pessoal e da experiência com o aborto. Entretanto, isso não foi suficiente para evitar a impressão quase habitual de abandono. A sensação de que foram “largadas sozinhas” se relacionava à expectativa de ter os profissionais mais perto de si, o que não se efetivou. Ao contrário, o tratamento distanciado e meramente técnico de muitos profissionais, os poucos

procedimentos e a constante falta de informação evidenciava-lhes descaso, além de punição por terem abortado:

Mas só que aqui a gente faz tudo sozinha. [...] Aí vem dar injeção, vem e fura, vem e faz não sei o quê, mas não falam nada. [...] É esse fato aqui, né, que a gente é quem tem de forrar a cama, a gente tem que ir pro banheiro, tirar a roupa, tomar banho, fazer tudo com isso aqui na mão, sozinha. [...] eu tive que eu mesma forrar a cama. É a gente que forra. Eles deixam tudo aqui. (Karina, 33)

Deve ser por que foi um aborto, né? Uma coisa que é discriminada, né, o aborto, quase ninguém aceita, então deve ter sido por isso, sei lá. Eu tô sozinha largada aqui, ninguém vem me ver. Deve ser por isso. [...] Na mente deles isso é um crime. [...] Se fosse um caso pior, acho que estaria na mesma situação. Estaria aqui largada sozinha. (Miralva, 24)

A situação pareceu se inverter, entretanto, nos casos em que se descompensaram clínica e, sobretudo, emocionalmente. Nestes, as mulheres passaram a ser objeto de maior atenção, inclusive de outros profissionais como assistentes sociais e psicólogos – cuja presença, recomendada desde as primeiras etapas da assistência pela Norma Técnica (BRASIL, 2011), foi raramente mencionada. Via de regra, estes profissionais só eram requisitados em situações específicas, diante de demandas que não podiam ser resolvidas com os cuidados técnicos costumeiros:

Porque teve um momento que eu me desesperei lá, sai chorando pelos corredores pra falar com minha mãe. Porque eu lembrei do que eu fiz, e aí fiquei desesperada e liguei pra minha mãe dizendo que queria meu filho. Aí pronto, todo mundo do hospital veio, a assistente social veio conversar comigo, veio a médica também. (Flávia, 18)

A falta de sensibilidade e a dificuldade em lidar com as peculiaridades da atenção às mulheres em abortamento se expressa também quando os profissionais de saúde as chamavam de “mães”, forma de tratamento usual dado a parturientes em maternidades do nordeste brasileiro (MCCALLUM, REIS, 2006). Entretanto, as mulheres reconheceram nessa atitude mais uma postura amigável da equipe e menos qualquer tipo de discriminação.

Na ausência de complicações, a internação por aborto foi curta, não ultrapassando 48 horas. Apesar disso, a escassez de informações sobre a alta intensificava para muitas mulheres a sensação de demora, deixando-as ansiosas, inquietas e insatisfeitas – especialmente aquelas que ficaram sozinhas na enfermaria ou eram internadas pela primeira vez.

Após o fim dos sintomas físicos, muitas eram informadas de que já poderiam ter alta, mas ainda permaneceram horas sem avaliação médica, aguardando o resultado de exames ou apenas a formalização da alta. Para estas, a espera cumpria uma “burocracia” sem sentido, imposta pelas maternidades e até mesmo uma forma de castigo por ter abortado:

Só acho que me deixaram lá esperando por eu ter feito aquilo, né, por eu ter feito isso [aborto]. Aí mainha também achou a mesma coisa. Mainha disse: “Não tá tomando soro, não tá tomando medicação nenhuma, tão lhe prendendo aqui”. [...] Se eu não tava tomando medicação mais nenhuma, não tava sentindo nada, eles estavam me prendendo lá não sei pra quê! (Milene, 23)

Diante deste quadro, algumas solicitaram a alta para a equipe, entretanto, seus pedidos esbarravam na negativa dos profissionais, sob o alerta de que poderiam correr riscos à saúde. Ao mesmo tempo, estas as amedrontavam ao dizer-lhes que não garantiriam novo atendimento caso apresentassem piora. A insatisfação com a internação levou mulheres como Milene à evasão da maternidade:

[...] suportei até quarta-feira, até quinta, né, que eu fui embora, que eu fugi... [...] ela [a médica] só foi lá de manhã, aí eu perguntei a enfermeira [...]: “Quer dizer que não tem alta pra mim?”, ela disse: “Não”. Aí fiquei lá esperando mainha me visitar. [...] Aí eu falei: “Foi? Pois espere ainda, eu vou me ‘picar’ é agora”. [...] eu vesti a roupa, vesti o roupão e saí. Ninguém me viu. [...] Passei pelo corredor do hospital com roupão, quando cheguei no elevador, tirei o roupão, enrolei no extintor do elevador e fui embora! [...] Me piquei. Aí eu falei: “Vou contar isso a Dália [nome fictício] quando eu chegar lá em casa” [Risos]. (Milene, 23)

3.6 A ALTA

Na alta deveriam ser repassadas orientações sobre sinais de recuperação ou de alerta em caso de complicações, mas também sobre autocuidado e, principalmente, contracepção pós-aborto (BRASIL, 2011). Entretanto, as mulheres mencionaram poucas informações recebidas ainda na maternidade, sendo raras aquelas sobre o resguardo, retorno à atividade sexual e, principalmente, métodos contraceptivos, tal como constatado por Carvalho et al. (2006) em pesquisa com mulheres internadas por aborto num hospital universitário de Londrina-PR.

As poucas que saíram com receita para contraceptivo, sempre hormonal, geralmente mencionavam não ter participado desta escolha, e nenhuma das mulheres referiu orientação sobre o uso de preservativos. Além do reforço à medicalização do corpo por via da anticoncepção (VIEIRA, 1999), estas práticas reforçam a responsabilidade da contracepção sobre as mulheres (MOREIRA, ARAÚJO, 2004) e focalizam a prevenção apenas para a gravidez – expondo-as ao risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ao não promover a ação educativa e a dupla proteção com preservativo. Kumar e Hyman (2004) apontam ainda que a imposição de métodos contraceptivos, sem que sejam consideradas as circunstâncias sócio-culturais daquele aborto e da vida das mulheres, violam seus direitos humanos e comprometem a qualidade da atenção, sua autonomia, saúde e bem estar.

Nenhuma das entrevistadas, contrariamente ao que recomenda a Norma Técnica (BRASIL, 2011), relatou ter sido agendada consulta de revisão ou terem sido oferecidos métodos contraceptivos – algo que tem se repetido na atenção ao aborto (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010). No máximo, foram aconselhadas a procurar o planejamento familiar por conta própria, revelando a ausência de uma relação formalizada entre as unidades de atenção à saúde da mulher, preconizada pela Norma Técnica na perspectiva da integralidade (BRASIL, 2011). Apenas uma delas relata ter solicitado esterilização, tendo sua demanda acolhida pela assistente social.

A alta hospitalar representou o fim da experiência da internação. A volta para casa, ao permitir o retorno ao seu cotidiano e o contato com seus filhos e com as pessoas do seu meio social, propiciou a retomada das suas identidades. Com a alta, muitas esperam ter encerrada a trajetória de sofrimento, que marcam a maior parte da experiência do aborto e da internação, mesmo que nem sempre esperassem o fim do sofrimento emocional:

Olhe, na realidade, eu tava mais aflita de vir pra casa ver meus filhos. Eu não queria e eu estava me sentindo tão suja pelo que fiz e eu queria sair daquela situação porque eu via muitas pessoas chegando lá pelo mesmo motivo. Então eu começava a me sentir mal com aquilo... (Priscila, 27)

[...] eu até hoje penso e não durmo direito. (Carol, 31)

Mas nada é como estar na sua casa. Eu preciso chegar em casa e relaxar, pra poder deixar isso pra trás. (Valdete, 21)

4 MULHERES E SUA PERCEPÇÃO SOBRE A ASSISTÊNCIA: DESVENDANDO UM PARADOXO

No presente estudo, a percepção das mulheres acerca do atendimento recebido nas três maternidades foi, sobretudo, positiva, com estas tendendo a valorizar mais os elementos positivos da experiência do que os negativos – mesmo quando reconheceram deficiências na atenção, tal como identificaram outros autores (MOTTA, 2005; NERY et al., 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009).

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), usuários de serviços públicos tendem a serem pouco críticos com relação à atenção recebida, ressaltando as dificuldades que enfrentam na obtenção da assistência – o que reduz suas expectativas sobre a mesma. Da mesma forma, aqueles com menor renda e escolaridade têm baixas expectativas quanto aos serviços de saúde – como é o caso das entrevistadas nesta pesquisa – tendendo à maior satisfação com o atendimento, ainda que de baixa qualidade assistencial (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

A análise das narrativas das mulheres possibilitou identificar alguns aspectos que merecem ser sinalizados, e que permitem compreender a aparente discrepância entre a baixa qualidade da atenção e a avaliação positiva das mulheres.

O primeiro deles foi a pouca dificuldade de acessar o atendimento e conseguir internação, sendo um dos principais qualificadores do atendimento. *Ter conseguido vaga na unidade* significou às mulheres a sensação de que tiveram acolhidas as suas demandas de saúde – assim como consideram Vaitsman e Andrade (2005, p. 606), para quem “o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas”.

A *rapidez no atendimento*, critério já consagrado nos estudos de satisfação do atendimento (VAITSMAN, ANDRADE, 2005; ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010), foi destacado pelas mulheres principalmente quanto à admissão hospitalar e à curetagem, denotando-lhes qualidade na assistência.

O *cumprimento de rotinas e cuidados técnicos*, expresso na regularidade na execução dos procedimentos técnicos, contrapunha-se à expectativa de algumas entrevistadas de que seriam negligenciadas – sendo um aspecto muito associado a uma percepção positiva do atendimento recebido, mesmo na presença de uma interação impessoal e discriminatória com os profissionais.

Ter suas solicitações atendidas pela equipe permitiu às mulheres experimentar a sensação de que foram alvo de um cuidado específico e de que não foram abandonadas como algumas delas relataram, convergindo com as expectativas sobre o que consideraram um atendimento adequado; do mesmo modo, o não atendimento das solicitações resultou numa percepção negativa da assistência.

Ainda, o atendimento recebido ainda surpreendeu boa parte das entrevistadas exatamente por se tratar de um serviço do SUS. A sensação de conviver com *um SUS que funciona* pareceu funcionar como um elemento surpresa, já as mulheres compartilhavam a percepção do senso comum acerca da precariedade da rede pública.

Um elemento importante na avaliação final das mulheres sobre o serviço foi o fato de *não terem se sentido maltratadas, julgadas ou discriminadas* pelos profissionais como esperavam, ou igualmente de *terem se sentido bem tratadas*. Como apresentado, muitas situações de desumanização não foram reconhecidas como tal por várias delas. As que não perceberam maus tratos explícitos (*“brutalidade”, “ignorância”*) ou que tiveram experiências positivas na relação com alguns profissionais tenderam a se considerar bem cuidadas – algumas delas, inclusive, confundiram *“ser bem tratada”* e *“ser bem atendida”*.

O alívio dos sintomas físicos e a ausência de complicações graves foram valorizados pelas mulheres, afastando o medo que tinham da morte iminente. Dessa forma, *ter o problema de saúde resolvido* constituiu um parâmetro de efetividade dos cuidados recebidos. Sentindo que *“correu tudo bem”*, as mulheres positivaram o atendimento.

A despeito da avaliação positiva, a análise *per si* de cada uma das etapas da internação permitiu identificar as críticas e a insatisfação das mulheres sobre aspectos específicos do atendimento que receberam. As ambivalências presentes nos relatos são um

aspecto singular da narrativa das mulheres sobre a assistência recebida, e permeiam toda a experiência das mulheres que abortam.

Uma característica comum a todo o atendimento, mas raramente percebida pelas mulheres foi a impessoalidade com a qual foram tratadas, presente em todas as etapas da atenção. Muitas entrevistadas sequer sabiam quem eram e a quais categorias pertenciam os profissionais que as atenderam, uma vez que estes quase nunca se identificavam às mulheres, segundo seus relatos. Para elas, a equipe limitava-se a perguntar ou solicitar, de forma imperativa e às vezes ríspida, o necessário para viabilizar o atendimento. Algumas vezes, disseram que os profissionais realizavam bruscamente procedimentos como o exame de toque, sem considerar suas queixas de dor.

No entanto, parte das queixas das mulheres foi pontual e feita com ressalvas. O tratamento ríspido ou impessoal a elas dirigido muitas vezes foi considerado uma característica individual de certos membros da equipe ou típico de uma categoria profissional, geralmente médicos, ou mesmo uma prática que só ocorre em alguns plantões.

Para as mulheres, esta forma lidar com sua demanda não aparece necessariamente ligada aos valores dos profissionais com relação ao aborto, muito menos com os valores e aspectos culturais que orientam a organização da assistência por parte das maternidades. Para McCallum, Reis e Menezes (2006), a forma como as mulheres são tratadas pelos profissionais tem grande relevância na sua experiência, entretanto a questão central é como se organiza o cuidado ao aborto, a partir de uma cultura institucional que privilegia os partos. Por outro lado, Rebouças (2010) argumenta que os esforços para a humanização dos serviços públicos de saúde podem estar contribuindo para reduzir as práticas consideradas negativas pelas mulheres e reduzir a percepção de problemas da atenção por parte destas.

Ao mesmo tempo, algumas opinaram que o atendimento seria melhor se houvesse profissionais ou serviços de saúde específicos para atender mulheres que abortam. Isto porque a discriminação e os maus tratos pela suspeição de terem provocado o aborto se constituíram na queixa mais importantes das mulheres, expressos na rispidez com a qual alguns profissionais as trataram ou naquilo que foi mais comumente relatado pelas mulheres: o

abandono que experimentaram durante a internação. Estes aspectos colaboraram fortemente para uma percepção negativa da assistência recebida.

Quanto às expectativas sobre o atendimento, algumas mulheres mencionaram que os profissionais têm uma obrigação ética e moral de lhes garantir um atendimento de qualidade, pois têm o direito de receber os cuidados necessários, não cabendo reclamações ou julgamentos ao atender quem aborta. Dessa forma, como discutido por Menezes, Reis e Belaunde (2011), as mulheres consideraram que nem profissionais e nem outras mulheres poderiam julgá-las sobre suas atitudes, a não ser Deus – com quem estabelecem uma relação pessoal de intimidade e a quem cabe um julgamento para perdão ou punição pelos seus atos.

À luz da Norma Técnica (BRASIL, 2011), foi flagrante a falta de informações das mulheres acerca dos cuidados recebidos no hospital e, sobretudo, de orientações no momento da alta – situação que se mostrou comum na atenção ao aborto. Entretanto, esta muitas vezes passou despercebida pelas mulheres, e poucas entrevistadas, espontaneamente, a perceberam como uma deficiência do atendimento, mas a expressão do padrão impessoal de relação com os profissionais de saúde na rede pública, característica do modelo de atenção vigente:

Nada, ninguém me disse nada! Na verdade, eles não falam nada. Eles tratam bem, agora assim, informação, eles negam muito. Falam muito pouco! Eles tratam bem a pessoa, dão medicamento, dá o medicamento na hora certa, mas não dá satisfação nenhuma, nenhuma. Eles fazem o trabalho dele, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele. Eles tratam a gente muito bem, mas não dão informação nenhuma. (Sara, 27)

A comparação desta hospitalização com a internação por parto não foi investigada neste trabalho, o que suscitaria discussões mais amplas sobre a atenção obstétrica. Se para uma parte das entrevistadas, os cuidados que tiveram ao parir foram mais bem avaliados (sobretudo pela maior proximidade da equipe, garantindo-lhes o apoio emocional que necessitavam e expressando a valorização do ato de tornar-se mãe), para a maioria das mulheres, de forma surpreendente, a atenção recebida no abortamento foi considerada melhor. A demora e as dificuldades de conseguirem atendimento e internação, a sensação de abandono durante o trabalho de parto e mesmo após o nascimento do bebê, além da

referência aos maus tratos foram mencionados, sugerindo que as características do modelo tecnocrático de atenção ao parto (DAVIS-FLOYD, 2001), também estão presentes na atenção ao aborto. Estas são ainda acrescidas do estigma social e da criminalização moral e jurídica que orientam valores e atitudes hegemônicos negativos com relação às mulheres que o praticam (FARFÁN, 2006).

Para além da percepção da qualidade da atenção recebida, ao final, as mulheres consideram ter sido esta experiência a mais difícil que vivenciaram. Apesar disso, esta se constituiu numa oportunidade para reavaliarem aspectos das suas vidas. Muitas mencionaram terem adquirido mais maturidade, responsabilidade e independência emocional, além de um senso de valorização pessoal que também reflete na postura frente aos parceiros e o desejo de retomar sonhos e projetos de vida.

Avaliando o vivido, elas se prometem mais cuidado consigo e o engajamento em uma contracepção segura para não mais abortar, internalizando a responsabilidade social que é atribuída às mulheres nas questões relativas à gravidez e contracepção. A grande maioria delas rejeita quase imediatamente a possibilidade de passar por um novo aborto. Apesar de tudo, o alívio após perceberem que “*deu tudo certo*” as anima, por não mais estarem em risco de vida e conseguirem finalizar uma gravidez que traria consequências com as quais não desejavam ou não estavam aptas a lidar.

O melhor é que quando passa as coisas e a gente pára pra analisar a situação, a gente acaba percebendo que por mais que tenha sido difícil, que a gente tenha feito uma coisa errada... [...] Eu ainda tenho planos pra minha vida, eu tenho faculdade pra fazer [...] querendo ou não, um filho iria me atrapalhar. (Flávia, 18)

O melhor é que agora estou como queria mesmo, tenho outros filhos, vou cuidar desses mesmos, estão todos pequenos, são crianças ainda, eu tenho que cuidar. (Fabrícia, 35)

Este também é um dado sentido e ressignificado no corpo, quando a ausência de sintomas do corpo grávido lhes informam o retorno à normalidade, e a reconquista de uma condição (corporal, moral, social) que havia sido interrompida com aquela gravidez:

Eu estou sozinha, estou livre, então foi melhor pra mim. Eu tô livre. [...] Livre dos dois. Eu não queria os dois [o marido e o filho]. (Priscila, 27)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência das mulheres na internação foi marcada, sobretudo, pelo sofrimento físico e emocional por terem abortado. Sentimentos negativos moldaram essa vivência, principalmente o medo (da morte, do desconhecido, de ser maltratada), culpa e arrependimento, mas também alívio por não correrem mais riscos de vida e terem conseguido finalizar aquela gravidez.

Os relatos sobre o atendimento apontam na direção de um “não cuidado”, distanciado da proposta de humanização preconizada para a atenção ao aborto (BRASIL, 2011). Este não cuidado pode estar sendo a forma pela qual a discriminação às mulheres que abortam ocorre nas maternidades públicas. O desrespeito ao pudor e privacidade das mulheres, o abandono e o isolamento aos quais muitas estão submetidas, o não manejo adequado da dor física e, sobretudo – aquilo que mais se sobressaiu nas falas das entrevistadas – a falta de informações e de apoio emocional compõem este quadro. Verificou-se que as mulheres foram submetidas a uma desassistência, através da qual nem mesmo alguns aspectos da atenção clínica de qualidade – preconizados pela Norma Técnica (BRASIL, 2011) – foram atendidos. O não cumprimento da Norma representa a privação das mulheres dos seus direitos, o que nem sempre foi percebido na prática por elas – que tenderam a avaliar positivamente a atenção recebida.

Face aos poucos estudos sobre a atenção ao aborto, futuras pesquisas abordando satisfação e responsividade destes serviços deveriam ser empreendidas, a exemplo do que propuseram Andrade, Vaistman e Farias (2010), colaborando para a efetivação de um cuidado humanizado ao embasar melhorias na assistência às mulheres que abortam. Levando-se em conta as experiências das mulheres e os parâmetros de qualidade da atenção, indicados em documentos como a Norma Técnica (BRASIL, 2011) e por outros trabalhos (ROGO et al. 1998; AADS, 2001; SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA, 2001; KUMAR, HYMAN, 2004), a avaliação dos serviços pode indicar aspectos que podem ser melhorados.

Alguns aspectos citados ao longo deste trabalho foram abordados mais profundamente e requerem investigações específicas. Um deles foi a passagem das mulheres por setores específicos da maternidade, sobretudo as experiências na UTI e a visualização do feto e auscultação dos batimentos cardíofetais durante a ultrassonografia, merecem análises particulares. Além disso, os relatos de casos de expulsão do feto no hospital, quando na ocasião de aborto tardio, parecem fornecer elementos que conformam mais dramaticidade à experiência, evidenciado pela inabilidade da equipe em lidar com a situação com acusações de infanticídio e ameaças, concretizadas ou não, de acionar a polícia (DINIZ, CASTRO, 2011).

Elementos estruturais da organização da assistência nas maternidades e a forma com que os profissionais lidam com o aborto causaram nas mulheres um sofrimento adicional e desnecessário. O valor moral negativo relacionado ao aborto e o paradigma biomédico, que orienta as práticas de saúde e também a formação dos profissionais (CAPRARA, FRANCO, 1999) constituem importantes barreiras para a mudança das práticas de saúde.

Nesse sentido, são necessárias intervenções na formação dos profissionais de saúde, desde a educação profissionalizante até a educação continuada nos serviços, tomando o Cuidado e a Humanização como eixos transformadores das práticas de saúde (AYRES, 2006). Os profissionais envolvidos na atenção às mulheres que abortam deveriam estar expostos a informações e reflexões sobre aspectos epidemiológicos, clínicos, jurídicos, sociais, culturais e políticos do abortamento, com grupos de discussão permanentes nos serviços. Por sua vez, gestores devem estar sensibilizados e estimulados para garantir o cumprimento das políticas e normas referentes à humanização da assistência hospitalar e ao abortamento, corresponsáveis pela sua efetivação.

Por fim, nenhum passo na direção da humanização pode ser completo sem a revisão das leis que criminalizam o abortamento, compromisso internacionalmente assumido pelo Brasil (BRASIL, 2011). Promover o aborto seguro e gratuito nos hospitais públicos é uma forma de reduzir o impacto das iniquidades sociais que condicionam diferentes desfechos do abortamento para mulheres de distintas classes sociais, além de garantir-lhes avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos – sendo encarado por Hessini e Smith (2005) como passo fundamental para o desenvolvimento humano.

A legalização e descriminalização do aborto, além de um compromisso com a saúde pública, colaboram no combate ideológico à criminalização moral, o preconceito e a discriminação sofrida pelas mulheres e, conseqüentemente, com o sofrimento que marca a experiência da maior parte daquelas que necessitam a ele recorrer.

REFERÊNCIAS

- AADS. **Atenção Pós-abortamento**. Marco conceitual da qualidade da atenção ao abortamento. *Ações Afirmativas em Direito e Saúde*: 2001. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=187>. Acesso em: 25 fev. 2012.
- ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Panorama do aborto no Brasil – grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis – Comunicação em Saúde**, n. 66. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, fev. 2008.
- ANDRADE, G.R.B. de.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, pp. 523-534, 2010.
- ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Estudos Feministas**, ano 5, n. 2, sem. 2, 376-388, 1997.
- AYRES, J.R. de C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interfaces – **Comunicação, Saúde Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, 2000.
- _____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- AZEVEDO, R.C.S.; RAMOS, F.R.S. Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15 (esp.), p. 55-63, 2006.
- BARBOSA, R.M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 408-17, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1977.
- BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. (eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BAZOTTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepção e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n. 1, p. 147-154, 2009.
- BERTOLANI, G. B. M.; OLIVEIRA, E. M. de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.
- BRASIL. **Atenção Humanizada ao Abortamento** – norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisa no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento** – norma técnica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAPRARA, A.; FRANCO, A.L. e S. A relação médico-paciente: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul.-set. 1999.

CARVALHO, M.L.O. et al. Gestações não-planejadas e contracepção: estudo sobre pacientes internadas por abortamento em um hospital universitário. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 7, 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, UDESC, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/D/Duarte-Cestari-Carvalho-Maciel_11.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2011.

CORRIGAN, P.; LUNDIN, R. **Dont'n call me nuts: coping with the stigma of mental illness**. Illinois: Abana Press, 2001.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. University of California Press, 1992.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, n. 75, S5-S23, 2001.

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ, D. CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, 2011.

DINIZ, D. MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, supl. 11, 2010.

DINSDALE, G.B. et al. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Caderno n. 20. Brasília: ENAP, 2000.

ESPÍRITO-SANTO, E.F.; VIEIRA, E.M. Percepções sobre o aborto: um estudo com profissionais de saúde. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v.1, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/viewFile/65/80>>. Acesso em: 15 set. 2008.

FARFÁN, E. O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis: UFSC, UDESC, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth_Farfan_11.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2011.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FONTANELA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.

HESSINI, L.; SMITH, C.H. O acesso das mulheres ao aborto seguro: estratégias essenciais para alcançarmos as metas do milênio. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 15, jan. 2005. Disponível em: <www.aads.org.br/arquivos/FSM2005_lpas.doc>. Acesso em: 20 fev. 2012.

KUMAR, A.; HYMAN, A.G. O que é a atenção integral ao abortamento e com ênfase na mulher? Tradução de Eliete Lemer Cornet. Revisão técnica de Leila Adesse. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 12, jul. 2004. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/ABORTAMENTO_final.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.

MARIUTTI, M.G. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARIUTTI, M.G. et al. Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 83-88, jan.-abr. 2005.

MARIUTTI, M.G. ALMEIDA, A.M. de; PANOBIANCO, M.S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-am. Enfermagem** [Online], Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2010.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, jul. 2006.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. dos. MENEZES, G.M. de S. **Práticas e concepções sobre o aborto em uma maternidade pública de Salvador-Bahia**. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30, Caxambu, Minas Gerais, 2006.

MENEZES, G.M.S.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, 2009.

MENEZES, G.M.S.; REIS, A.P.; BELAÚNDE, L.E. **Decisões reprodutivas, interrupção da gravidez e agencialidade feminina em Salvador-Ba**. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DO MERCOSUL, 9, Curitiba, Paraná, 2011.

MINAYO, M.C. de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOREIRA, M.H.C.; ARAÚJO, J.N.G. de. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 389-398, set.-dez. 2004.

MOTTA, I.S. da. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, 2005.

NERY, I. et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-73, jan.-mar. 2006.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dez. 2000.

RABELO, M.; ALVES, P.C. Corpo, experiência e cultura. In: LEIBING, A. (org). **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

REBOUÇAS, M.S.S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher**: reflexões fenomenológico-assistenciais. 2010. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

RIBEIRO, M.L. **O cuidado às mulheres no aborto provocado**: um olhar da enfermagem. 2008. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ROGO, K. et al. Estabelecimento de padrões de qualidade para a assistência pós-aborto. **Diálogos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, nov. 1998. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/ipas%20internat/dia22port.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA. **Análise comparativa do grau de satisfação das usuárias do AMIU e da curetagem uterina, no tratamento do esvaziamento uterino**. Disponível em: <<http://www.aads.org.br/arquivos/pesquisas/satisfacao.zip>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, pp. 599-613, 2005.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

YU, P.C. **Registro nacional de operações não cardíacas**: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos. [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Cardiologia. São Paulo, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TABELA 1 – PERFIL DAS MULHERES ENTREVISTADAS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, CONJUGAIS E REPRODUTIVAS

NOME	IDADE (ANOS)	ESCOLARIDADE	RELIGIÃO (CRIAÇÃO/ATUAL)	RAÇA / COR	OCUPAÇÃO	RELAÇÃO COM PARCEIRO	IG (MESES)	FILHOS	ABORTOS
Amanda	20	2º incompleto	Não / Católica	Preta	Do lar (vive com pais)	Namorando	5	0	2
Diorlene	24	2º incompleto	Candomblé	Preta	Desempregada	Separada	5	0	2
Rosa	32	-	Simpatizante TJ	Preta	Vendas por catálogo	Casada (13 anos)	1,5	3	1
Carol	31	2º completo	Não	Baiana / Recusa responder	Do lar (vive com filha na casa da ex-sogra)	Separada	2	4	1
Flávia	18	2º completo	Não	Branca	Do lar (mora com pais)	Namorado	3	0	1
Milene	23	2º incompleto	Católica	Preta	Cozinheira	Namorado	2	0	2
Priscila	27	1º completo	Católica / Candomblé	Preta	Cabeleireira	Casada (4 anos)	3	2	2
Sara	27	1º completo	Evangélica / Não	Preta	Diarista	Ocasional	1,5	1	1
Valdete	21	2º completo	Católica	Preta	Trabalhos temporários	Unida (7 meses)	1,5	0	1
Fabília	35	1º incompleto	Católica / Adventista	Preta	Do lar (vive com marido e filhos)	Unida (16 anos)	2,5	3	1
Letícia	36	2º completo	Católica / Batista	Branca	Televendas	Unida (4 anos)	2	1	4
Débora	39	1º incompleto	Católica / Não	Parda	Ajudante quiosque	Namorando	3	7	1
Sônia	-	-	Batista / Não	-	Do lar (vive com pais)	Namorando	2	2	1
Miralva	24	2º completo	Não	Parda	Do lar (vive com pais)	Namorando	2	1	1
Laura	21	1º incompleto	Adventista / Evangélica	Preta	Serviços Gerais	Unida (7 anos)	3	1	1
Otilia	28	1º incompleto	Católica	Preta	Do lar (vive com marido e filhos)	Casada (12 anos)	3	4	1
Lais	30	1º incompleto	Católica / Nenhuma	Preta	Doméstica	Casada	4	2	2
Vanessa	26	Superior incompleto	Católica	Preta	Assistente de classe	Casada (13 anos)	1	1	1
Karina	33	-	Não	-	-	Ocasional	4	2	2

APÊNDICE B
TABELA 2 – PERFIL DAS MULHERES SEGUNDO HISTÓRIA CLÍNICA E DADOS DA ENTREVISTA

NOME	MÉTODOS UTILIZADOS PARA ABORTAR	INTERNAÇÕES ANTERIORES	HOSPITAL	LOCAL DA ENTREVISTA	ENTREVISTADORA
Amanda	Misoprostol, chás	Não	H2	Fora	Jurema
Diorlene	Misoprostol	Aborto (Hospital S)	H1	Fora	Clara
Rosa	Misoprostol	Partos	H1	Fora	Jurema
Carol	Misoprostol, chás	Partos	H1	Fora	Jurema
Flávia	Misoprostol, chás	Não	H1	Fora	Jurema
Milene	Misoprostol, aborteira	Não	H2	Fora	Clara
Priscila	Misoprostol, chás	Aborto e parto (H1)	H1	Fora	Jurema
Sara	Misoprostol, chás	Parto	H1	Fora	Jurema
Valdete	Misoprostol	Não	H3	Hospital	Luisa
Fabrcia	Misoprostol, chás, vermífugo	Partos	H3	Hospital	Fábia
Letícia	Misoprostol	Abortos e parto	H2	Hospital	Clara
Débora	Chás	Partos (Maternidade T e H3)	H3	Hospital	Fábia
Sônia	Misoprostol	Partos	H3	Hospital	Luisa
Miralva	Misoprostol	Parto (H1)	H1	Hospital	Jurema
Laura	Talo de mamona	Aborto e parto no H1	H2	Hospital	Clara
Otília	Misoprostol	Não	H2	Hospital	Jurema
Lais	Misoprostol, chás, formicida	Não	H2	Hospital	Jurema
Vanessa	Misoprostol	Parto (Hospital P)	H3	Hospital	Luisa
Karina	Misoprostol	Aborto (H3) e parto (H2)	H3	Hospital	Clara

APÊNDICE C**PROJETO DE DISSERTAÇÃO APRESENTADO À BANCA EXAMINADORA PARA QUALIFICAÇÃO****UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA****INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC

Mestrado em Saúde Comunitária – Concentração em Ciências Sociais em Saúde

Monique França Carneiro**EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA HOSPITALIZAÇÃO POR ABORTO EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL****Orientador:** Jorge Alberto Bernstein Iriart**Co-orientadora:** Greice Maria de Souza Menezes**Salvador, Bahia
2011**

Monique França Carneiro

**EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA HOSPITALIZAÇÃO POR ABORTO EM MATERNIDADES
PÚBLICAS DE SALVADOR, BAHIA, BRASIL**

Projeto de dissertação apresentado para qualificação e orientado pelos professores Dr. Jorge Alberto Bernstein Iriart e Dr^a. Greice Maria de Souza Menezes.

**Salvador, Bahia
2011**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	55
2	OBJETIVOS DA PESQUISA	59
3	REVISÃO DE LITERATURA	60
3.1	ABORTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	60
3.2	PESQUISAS SOBRE ABORTO NO BRASIL: BREVE CARACTERIZAÇÃO SOBRE A PRODUÇÃO ACADÊMICA E OS ESTUDOS SOBRE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO	63
3.3	EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO EM MATERNIDADES: O CASO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO	65
3.4	EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO: ASPECTOS GERAIS	69
3.4.1	A assistência prestada	70
3.4.2	A relação com os profissionais de saúde	75
3.4.3	Percepções e sentimentos vivenciados durante a internação	78
3.4.4	Avaliação quanto ao cuidado recebido	83
3.5	REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO: ASPECTOS LACUNARES	85
4	MARCO TEÓRICO	86
4.1	CUIDADO, EXPERIÊNCIA E CORPO	88
4.2	RELAÇÕES DE PODER ENTRE OS SEXOS: COMPREENDENDO AS MULHERES NA TRAMA SOCIAL	87
4.3	MATERNIDADE E ABORTO: UM NECESSÁRIO ANTAGONISMO?	95
5	METODOLOGIA	103
5.1	<i>A PESQUISA “PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DE PROFISSIONAIS E DE GESTORES DA SAÚDE SOBRE O ABORTO INDUZIDO EM SALVADOR, BAHIA”</i>	103
5.1.1	Local, informantes e técnica de produção de dados	103

5.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DESTA PESQUISA	105
5.3 ANÁLISE DOS DADOS	105
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	108
REFERÊNCIAS	109

1 INTRODUÇÃO

O aborto é considerado uma prática social que existe na humanidade desde tempos muito remotos. Segundo Schor e Alvarenga (1994), de acordo com as estruturas sociais, culturais, políticas, econômicas e ideológicas de cada povo o recurso ao abortamento foi significado e praticado ao longo da história de diversas maneiras, sob situações ora repressivas, ora coniventes. Para as autoras, o aborto nem sempre foi considerado crime, imoralidade ou pecado; no entanto, com o advento do cristianismo, sua prática passa a ser condenada socialmente.

A prática do aborto é alvo de perseguição e criminalização, promovidos, sobretudo, pela Igreja e pelo Estado (FONSECA, 1995; VÁZQUEZ, 2007) que, através de seus discursos e práticas acabam conformando a noção de que às mulheres cabe o papel social da procriação. Assim, se mantiveram as condições propícias para que, historicamente, se consolidasse o controle e dominação dos corpos femininos e da reprodução, o que vem gerando consequências desastrosas para a saúde e a dignidade das mulheres, sobretudo as mais pobres.

Ao menos nos países industrializados centrais, nos últimos 40 anos, a prática do aborto foi sendo paulatinamente legalizada e regulamentada, garantindo às mulheres a possibilidade de escolha reprodutiva (SINGH, 2009). Entretanto, na maioria dos países da América Latina e Caribe, a prática do aborto persiste duramente reprimida em suas leis, sendo crime previsto nos códigos penais desses países, como ocorre no Brasil (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

A despeito disso, a ocorrência do abortamento provocado nessa região continua alta, sendo uma das mais elevadas do mundo. Estimativa aponta mais de um milhão de abortos provocados no Brasil em 2005 (ADESSE, MONTEIRO, LEVIN, 2008), cerca de um terço do quantitativo total descrito em 2004 para toda a América Latina (COOK, DICKENS E FATHALLA, 2004 *apud* ADESSE; MONTEIRO, LEVIN, 2008).

Esse dado aponta para o fato de que a criminalização do aborto não constitui uma medida eficiente para promover sua ocorrência e a redução das mortes maternas e outros agravos decorrentes da sua prática insegura. As leis que criminalizam o aborto não são

eficientes na sua redução, mas vêm contribuindo para a exposição das mulheres às práticas abortivas inseguras, que se traduzem em risco de morte para as mulheres em idade fértil.

Em decorrência da criminalização, parcela importante das brasileiras recorre a métodos inseguros para realizá-lo. Entretanto, apesar da proibição, o aborto é amplamente praticado no país (DINIZ, MEDEIROS, 2010), o que vem incorrendo em altos índices de morbimortalidade materna, relacionados às práticas inseguras de interrupção da gravidez não assistida por profissionais de saúde e realizada em ambiente inadequado (como realizadas em clínicas clandestinas com condições de higiene e segurança duvidosos ou por leigos).

Apesar de ser considerada elevada, a morbimortalidade por aborto tem apresentado tendência à queda a partir da década de 90, estando associada à disseminação do misoprostol como método abortivo (BARBOSA, ARILHA, 1993). Apesar da maior margem autonomia e segurança do aborto induzido com misoprostol, o uso da droga implicou no aumento da hospitalização devido aos seus efeitos, levando as mulheres a completar o processo de abortamento nas maternidades públicas.

A clandestinidade e a condenação social fazem com que o processo de interrupção voluntária da gravidez seja longo, muitas vezes vivenciado de maneira sofrida e solitária. A vivência da internação por aborto é uma experiência complexa, constituída por elementos que compõem a trajetória de vida pessoal e reprodutiva da mulher – desde a intenção prévia de engravidar, o uso de métodos contraceptivos, o contexto sociofamiliar e conjugal, além da reação destes frente à gravidez, até a decisão pelo aborto, a realização do procedimento e a busca de cuidados (MENEZES, 2006). Além disso, a experiência do abortamento também é modulada pelo cuidado prestado nas maternidades buscadas para completar o aborto ou tratar suas complicações, sendo elementos relevantes na produção de significados e valores desta vivência.

A despeito das iniciativas do Ministério da Saúde concernentes à humanização e qualidade da atenção às mulheres em situação de abortamento, traduzidas nos documentos *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada a mulher* (BRASIL, 2001) e *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica* (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011), a realidade aponta que as maternidades ainda não estão preparadas para atender as mulheres que

abortam – colaborando para uma experiência de internação mais difícil. Mesmo a cultura institucional das maternidades dificulta ou impossibilita o atendimento humanizado pelos profissionais, muitos dos quais não reconhecem as demandas das mulheres com aborto como legítimas, privilegiando a atenção às parturientes e seus bebês (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006).

Soares (2003) argumenta que a dificuldade dos profissionais em lidar com o abortamento também provém da aplicação, à prática profissional, das concepções e valores morais, éticos e religiosos que estes possuem, dificultando a compreensão da temática e favorecendo atitudes de desrespeito, julgamento, punição e violência. Segundo a autora, esses comportamentos derivam também da falta de informação sobre os aspectos legais e do despreparo dos profissionais, resultante da formação acadêmica de saúde – a qual é embebida dos mesmos valores e que muitas vezes não contempla a problemática social imputada pela clandestinidade do aborto.

No ambiente hospitalar ocorre a interação entre profissionais de saúde e mulheres que necessitam de atendimento em decorrência da realização do aborto. É também este o local onde se materializam os conceitos, significados, valores e sentidos atribuídos por ambos à prática do aborto – os quais, segundo Minayo (2006), são constituídos e influenciados pelas condições sociais e culturais nas quais os sujeitos estão inseridos e guardam profunda relação com suas práticas.

Somado a isso, por vezes observa-se a relação conflituosa entre profissionais de saúde e mulheres decorrente da dependência e subordinação sociais destas últimas às práticas e saberes biomédicos e da dificuldade dos profissionais em aliar à prática clínica o atendimento às necessidades de saúde das mulheres a partir da realidade cultural e material destas, bem como dos sentidos que elas atribuem ao que vem a ser essas necessidades. Isto deriva do modelo medicalizado de atenção à saúde da mulher, segundo a qual o corpo feminino, sua sexualidade e a reprodução humana são objeto privilegiado das práticas e discursos normativos da medicina (VIEIRA, 1999).

No Brasil, são poucos os estudos sobre a atenção ao abortamento e sobre a perspectiva das mulheres quanto ao cuidado recebido (MENEZES, AQUINO, 2009). As poucas pesquisas feitas identificam que as mulheres experimentam sentimentos diversos diante do

aborto, como culpa, remorso, medo da morte e de ser julgada (PEDROSA, GARCIA, 2000), mas também alívio por não ter mais de conviver com uma gravidez indesejada (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006). Entretanto, outros estudos identificam que muitas mulheres, apesar de fazerem críticas, tendem a avaliar a atenção de forma positiva, evidenciando um aparente paradoxo (MACCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009).

Considerando o hospital como etapa obrigatória do processo de abortamento de muitas mulheres, o presente estudo pretende compreender os diferentes discursos que estas mulheres apresentam sobre como se dão suas vivências durante a internação por aborto, de maneira a subsidiar a elaboração de políticas públicas para a melhoria da assistência prestada pelos serviços públicos de saúde.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Objetivo Geral

- Compreender os significados associados pelas mulheres à experiência da hospitalização por abortamento induzido em maternidades públicas na cidade de Salvador, Bahia.

Objetivos Específicos

- Compreender as experiências das mulheres em sua trajetória de internação hospitalar por motivo de aborto provocado, a partir de seus relatos sobre as etapas da atenção ao aborto, os procedimentos realizados em cada uma destas etapas e a atenção recebida;
- Analisar, a partir do relato das mulheres, sua percepção sobre a interação social com profissionais de saúde e mulheres com quem conviveram durante a internação por aborto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ABORTO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A criminalização do aborto configura para as mulheres um cenário de grande dificuldade para exercerem a escolha de levar ou não uma gravidez não desejada ou não planejada adiante, com cerca de 60% das mulheres na faixa etária entre 15 e 44 anos vivendo, segundo dados até 2008 da OMS, em países com leis totalmente ou parcialmente restritivas com relação ao aborto (SINGH, 2009).

No Brasil, o abortamento induzido tem sido apontado como um desafio para a saúde pública, devido às consequências que a ilegalidade atribuída a sua prática tem determinado sobre as mulheres que decidem interromper a gravidez (BRASIL, 2008). A legislação brasileira referente ao aborto é considerada bastante restritiva, sendo permitido apenas nos casos em que a gravidez decorre de estupro ou quando oferece risco de vida à mulher.

A despeito da ilegalidade e da clandestinidade, o aborto é amplamente praticado pelas brasileiras, evidenciando um paradoxo existente entre a proibição legal e o frequente recurso à prática. Considera-se que 31% das gravidezes no Brasil acabam em aborto induzido, o que vem sendo associado, inclusive, à redução da fecundidade no país (ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994). Estimativas de 2005 apontam a realização de mais de um milhão de abortos no Brasil (ADESSE, MONTEIRO, LEVIN, 2008), número considerado ainda subestimado por causa da tendência à subnotificação desses registros.

Um estudo pioneiro conduzido por pesquisadores brasileiros, utilizando técnica de urna, indica que uma em cada cinco mulheres alfabetizadas, residentes na zona urbana, ao completar 40 anos já realizou pelo menos um aborto, sendo que a ocorrência deste evento foi mais comum entre os 18 e os 29 anos e entre as menos escolarizadas (DINIZ, MEDEIROS, 2010).

Levantamento de dados de internação hospitalar constatou que foram realizadas cerca de 3,1 milhões de curetagens entre 1995 e 2007 por abortamento incompleto, o que corresponde a mais de 238 mil internações por ano. A curetagem pós-aborto aparece como o procedimento cirúrgico mais realizado no Brasil em todos os anos, dentre outros 1568 tipos de procedimento excetuando-se as cirurgias cardíacas, partos e outros procedimentos cirúrgicos que não resultam em internações (YU, 2010).

Dessa forma, as leis que criminalizam a prática do aborto mostram não ser eficientes para impedi-lo, mas contribuir para expor mulheres a práticas inseguras devido às condições para a realização destes procedimentos sob a clandestinidade (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002). Essa situação se expressa nos dados de morbidade e mortalidade das mulheres em idade fértil: em 2002, pesquisa realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal revelou que 11,4% do total das mortes maternas e 17% das mortes por causas obstétricas diretas são decorrentes de complicações por aborto, presumindo-se sua insegurança (BRASIL, 2006).

A prática clandestina do aborto também evidencia as desigualdades sociais e econômicas entre as brasileiras de diferentes regiões do Brasil. As residentes nas regiões Norte e Nordeste – onde se concentram os estados brasileiros menos desenvolvidos – apresentaram maior risco para o abortamento inseguro. No Acre e no Amapá foi evidenciado cerca de 40 abortos por cada 1000 mulheres (ADESSE, MONTEIRO, 2007). Apesar da tendência nacional ao declínio da taxa de mortalidade por aborto nos últimos anos, os estados nordestinos apresentaram as menores taxas de redução e ainda registram as maiores taxas de mortalidade do país (BRASIL, 2011). Com relação às diferenças raciais, o mesmo estudo apontou risco da mortalidade em decorrência de aborto inseguro três vezes maior para as mulheres negras quando comparadas às brancas.

É evidente que existem grandes diferenças na forma das mulheres de classes sociais distintas experimentarem a criminalização do aborto. Sobre esse assunto, Campos (2007) afirma que

Essa diferenciação na condição econômica é responsável pelos riscos à saúde das mulheres de classes sociais menos favorecidas e pelos gastos do sistema único de saúde com o pós-abortamento, tornando a ilegalidade ainda mais perversa (CAMPOS, 2007, p. 4).

Face à mesma ilegalidade, as mulheres mais pobres são aquelas mais expostas ao risco de recorrer a técnicas inseguras de abortamento. Ao contrário das mulheres com mais recursos financeiros (que possuem acesso facilitado às clínicas clandestinas de aborto, que fornecem higiene e segurança relativamente maior), as mulheres mais carentes (a maior parte da população feminina) geralmente se submetem aos procedimentos mais arriscados para interromper a gravidez (ADESSE, MONTEIRO, LEVIN, 2008).

Apesar de o aborto fazer parte da escolha reprodutiva de mulheres de distintas realidades sociais, culturais e econômicas, Campos (2007) aponta que no Brasil são as mulheres mais jovens e pobres que mais se submetem às práticas abortivas mais inseguras. Fatores como o menor acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, às informações sobre direitos sexuais e reprodutivos, as relações assimétricas de gênero e poder na família e com os companheiros levam à predisposição dessas mulheres ao aborto inseguro – num contexto de restrição de sua autonomia de decisão sobre sua reprodução.

A despeito disso, o misoprostol tem sido cada vez mais utilizado pelas mulheres para abortar, tendo seu uso massificado no Brasil a partir da década de 90 (BARBOSA, ARILHA, 1993), sendo mais seguro e eficiente quando corretamente utilizado – estando associado à diminuição dos riscos de morbimortalidade e de complicações posteriores pela maior facilidade de obtenção, à possibilidade do uso em fases mais precoces da gestação e à redução de complicações associadas a procedimentos invasivos (SINGH, 2009).

Apesar de o misoprostol ser reconhecidamente mais seguro em comparação a outros métodos e de ter colaborado com a redução de complicações como hemorragias e infecções, estudos apontam que sua utilização isolada não é capaz de garantir o fim dos riscos do abortamento induzido sob condições inseguras. Sua eficácia como método abortivo depende também de fatores como dosagem e a idade gestacional, “ao passo que os riscos associados ao medicamento dependem desses mesmos fatores e da qualidade imediata da assistência hospitalar oferecida às mulheres” (BRASIL, 2008, p. 33).

O desconhecimento sobre as formas seguras de utilização do misoprostol, as dificuldades para a obtenção da droga ainda em épocas precoces da gestação e a comercialização ilegal – que não garantem a comprovação da qualidade da droga, por vezes

falsificada ou com dosagem insuficiente – especialmente pelas mulheres de camadas populares (DINIZ, CASTRO, 2011), são fatores que têm levado à hospitalização dessas mulheres, sobretudo nos hospitais públicos, seja para completar o abortamento já iniciado ou para tratar as complicações dele decorrentes.

Estes serviços de emergência, principalmente maternidades e centros obstétricos, acabam sendo os cenários onde se desenvolve a experiência de internação das mulheres por abortamento fornecendo, portanto, *loci* privilegiados para o acesso às usuárias e para a produção de dados que colaborem com a melhoria da assistência.

3.2 PESQUISA SOBRE ABORTO NO BRASIL: CARACTERIZAÇÃO SOBRE A PRODUÇÃO ACADÊMICA E OS ESTUDOS SOBRE ATENÇÃO AO ABORTAMENTO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Apesar da relevância epidemiológica, política e social do abortamento, relativamente a outras temáticas de investigação da saúde reprodutiva, no Brasil, este tema ainda é tratado como menor, sendo pouco estudado (MENEZES, AQUINO, 2009). Em exaustiva revisão da literatura científica sobre aborto nos últimos 20 anos, evidenciou-se que são poucas as investigações brasileiras baseadas em evidências empíricas, estando estas concentradas na área da Saúde Pública (BRASIL, 2008). Predominam, portanto, os trabalhos baseados em argumentações ou teses teóricas, sobretudo na Filosofia, Teologia e Direito:

[...] a agenda de pesquisa sobre aborto foi majoritariamente definida pelas urgências da assistência – por isso a morbimortalidade materna relacionada ao aborto induzido esteve em pauta durante duas décadas –, mas também pelos cenários possíveis de coleta dos dados (BRASIL, 2008, p. 50).

O hospital permanece importante *locus* de investigação sobre aborto, uma vez que o acesso às clínicas clandestinas é bastante dificultoso e os estudos de base populacional são custosos. O contexto de ilegalidade do aborto contribui assim para que as pesquisas sobre o tema sejam de difícil execução, uma vez que não existem mecanismos legais de proteção aos pesquisadores e às informantes (BRASIL, 2008; DINIZ, CASTRO, 2011). Portanto, parte significativa dos estudos é desenvolvida em hospitais públicos localizados nos centros

urbanos, por profissionais da saúde com sigilo profissional, investigando mulheres que buscam cuidado nesses serviços (BRASIL, 2008).

Menezes e Aquino (2009), em revisão sobre o tema, identificam que há poucas pesquisas publicadas sobre a atenção prestada às mulheres que abortam – incluindo-se aqui a perspectiva das mulheres a respeito do cuidado recebido. Segundo as pesquisadoras, os poucos trabalhos publicados “são de natureza qualitativa, realizados na sua maioria em serviços públicos, por enfermeiras diretamente envolvidas no cuidado às mulheres”. Os trabalhos ressaltam ainda que “a atenção está centrada em cuidados corporais, muitas vezes de modo técnico e impessoal, com pouca escuta e atenção às necessidades das mulheres”, e que, portanto, tem agido de maneira desfavorável à garantia dos direitos reprodutivos das mulheres (MENEZES, AQUINO, 2009, p. 196).

A oferta de uma atenção de qualidade e humanizada tem sido uma preocupação das instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde – SUS. Na última década, o Ministério da Saúde lançou os documentos *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher* (BRASIL, 2001) e *Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica* (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011). Conforme os princípios e diretrizes da *Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento* (CIPD) realizada no Cairo (1994) e na *Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher*, em Beijing (1995) sobre o que diz respeito ao aborto, estes documentos enfatizam a necessidade de promoção e afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres enquanto direitos humanos universais, e têm como objetivo orientar profissionais, gestores e serviços de saúde da rede pública e da rede privada complementar do SUS para a atenção às mulheres com abortamento.

Especificamente a Norma Técnica (BRASIL, 2011) orienta o cuidado às mulheres com quadro de abortamento incompleto a partir de dois eixos: o desenvolvimento de práticas humanizadas de acolhimento, escuta qualificada, informação e orientação como ferramentas para a construção da autodeterminação da mulher e da mudança de postura da equipe que presta o atendimento; e a prestação de atenção clínica de qualidade, desde a admissão até a alta hospitalar, com orientação quanto aos meios de se prevenir novos abortos. Estas iniciativas partem da compreensão de que a atenção ao aborto no Brasil ainda é permeada pela discriminação e desumanização da assistência, manifestas em problemas

desde a organização da demanda (como falta de vagas e a demora no atendimento) até as atitudes de julgamento e punição das usuárias por membros da equipe profissional.

Os problemas relativos à humanização e qualidade da assistência oferecida pelas maternidades e centros obstétricos não estão restritos à atenção ao abortamento, sendo identificados também na atenção às mulheres em trabalho de parto e parto (TORNQUIST, 2002; DIAS, 2006) e, de modo mais amplo, nos serviços de atenção à saúde reprodutiva (MATAMALA, 1998).

Dada a escassez de investigações científicas que analisam a atenção ao abortamento e, particularmente, a experiência das mulheres durante a hospitalização por aborto, faz-se necessária uma aproximação com a situação mais ampla da atenção hospitalar obstétrica oferecida pelas maternidades e sobre os significados da internação atribuídos pelas mulheres. Desse modo, considerou-se pertinente realizar uma breve revisão da literatura sobre atenção ao parto, identificando elementos comuns da experiência de internação das mulheres, por parto e abortamento.

3.3 EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO EM MATERNIDADES: O CASO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Em geral, a internação de mulheres em maternidades e centros obstétricos está relacionada, sobretudo, aos dois principais eventos ocorridos na esfera reprodutiva feminina: o momento do parto e do abortamento. O parto e o aborto são experiências significativas na vida reprodutiva de muitas mulheres, sendo capazes de estabelecer transformações, rupturas e afirmações de diferentes aspectos de sua vida familiar, conjugal, profissional.

Nos estabelecimentos de saúde, as experiências de parter e de abortar deixam de ser vivenciadas apenas na esfera íntima e privada da mulher, sendo compartilhadas na instituição com os profissionais que ali trabalham, especialmente com aqueles diretamente envolvidos no seu cuidado. Existem semelhanças e diferenças nas vivências de hospitalizações em ambos os eventos, uma vez que estes representam distintas formas de

relacionar-se com a ocorrência de uma gravidez e estão associados a diferentes significações acerca dos mesmos.

A investigação sobre a assistência obstétrica oferecida nas maternidades tem revelado situações de perda de autonomia, despersonalização e desrespeito às mulheres, tanto nos casos relacionados ao parto quanto nos que investigam a atenção ao abortamento. A assistência obstétrica obedece à lógica da medicalização do corpo feminino que o converte em objeto da intervenção médica (VIEIRA, 1999), sob o contexto de relações de gênero e poder que reforçam a supremacia masculina e as relações assimétricas de poder entre mulheres e profissionais de saúde. Pelo menos no caso do aborto, a atenção às mulheres nas maternidades está inscrita em uma cultura institucional própria a cada unidade, que molda o cuidado oferecido (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006) – revelando entraves à garantia de qualidade dos serviços.

Segundo Matamala (1998), não é um fenômeno recente a insatisfação das mulheres latino-americanas e caribenhas, usuárias dos serviços públicos de atenção à saúde reprodutiva, sobretudo no que diz respeito à frustração com o tratamento que recebem nestes serviços. Para a autora, estas mulheres “experimentam uma ampla gama de discriminação, especialmente em razão das questões de gênero, classe, idade e etnicidade” (MATAMALA, 1998, p. 10), num contexto de resistência à efetivação dos direitos humanos e de manutenção de iniquidades e violência institucional perpetrada pelas instituições hospitalares (GOMES, NATIONS, LUZ, 2008).

No Brasil, a maior parte da assistência obstétrica é realizada em instituições hospitalares (BRASIL, 2010), com parcela significativa sendo prestada nos estabelecimentos que compõem a rede pública do SUS. Além disso, a maioria das mulheres de baixa renda busca essas unidades para serem atendidas (NAGAHAMA, 2007), compondo a clientela básica principal das maternidades públicas. A atenção hospitalar prestada das maternidades com relação ao parto tem sido alvo de constantes críticas e enfrentamentos políticos nas últimas décadas, uma vez que imperam as práticas desumanizadoras, centradas na hegemonia hospitalar e num modelo de atenção tecnocrático que desrespeita e destitui as mulheres de seus direitos (TORNQUIST, 2002).

O atendimento nas maternidades públicas brasileiras é guiado por um modelo de atenção que sobrepõe os interesses institucionais aos das mulheres usuárias (MCCALUM, REIS, 2006; NAGAHAMA, 2007), colaborando com a manutenção de práticas consideradas danosas e desumanizadoras. Nagahama (2007) qualifica a assistência prestada nas maternidades públicas no momento do parto como perversa e desumanizada. Achado semelhante é discutido por revisão de literatura de Silveira (2006), identificando que situações de desrespeito e violência na assistência ao parto são frequentes nas maternidades públicas brasileiras.

Ao refletir sobre esse modelo de atenção hegemônico nas maternidades brasileiras, Dias (2006) comenta que a despersonalização, a impessoalidade, a pouca individualidade, o isolamento social e a perda de autonomia são elementos característicos da atenção obstétrica no Brasil. Segundo o autor,

O processo de trabalho nas maternidades geralmente está mais preocupado com o nascimento de um bebê do que com as condições de bem estar da mãe. Ele está voltado para a “produção” de uma criança saudável e todo processo de medicalização do corpo da mulher tem como perspectiva final não o bem estar da gestante, mas do feto (DIAS, 2006, p. 54).

Nagahama (2007) e McCallum e Reis (2006) apontam que a precariedade na oferta de informações às mulheres, a imposição de barreiras institucionais ao direito de acompanhante e a postura profissional inadequada – a exemplo da repreensão dos profissionais frente às manifestações de dor das gestantes – são exemplos de como o problema tem se manifestado no cotidiano da atenção.

Essa situação tem feito com que as parturientes realizem grandes esforços para evitar a livre expressão de sensações, sentimentos e emoções, pelo receio de serem punidas pelos profissionais que as atendem (DIAS, 2006; MCCALLUM, REIS, 2006; SILVEIRA, 2006). Além disso, muitos profissionais ainda culpabilizam as mulheres que se descompensam e gritam de dor causando estresse para os profissionais no ambiente de trabalho e para outras mulheres internadas (TORNQUIST, 2003).

Outros problemas identificados dizem respeito à organização do atendimento das parturientes, a exemplo do desconhecimento por parte das grávidas e familiares de clareza quanto aos critérios de admissão, gerando expectativas negativas e favorecendo a

peregrinação das mulheres na busca pela internação pelo temor de não encontrar uma vaga, colaborando para tornar essa experiência sofrida e prolongada (MCCALLUM, REIS, 2006; SILVEIRA, 2006). Também são mencionados o longo tempo de permanência na maternidade (SILVEIRA, 2006); a inadequação do espaço físico sobretudo no que diz respeito à falta de privacidade, com exposição das mulheres ao trabalho de parto e/ou parto das demais (DIAS, 2006, SILVEIRA, 2006); a realização de toques vaginais repetidos sem necessidade (MCCALLUM, REIS, 2006) e de procedimentos danosos ou de eficácia não comprovada, como enema, tricotomia, episiotomia, administração de ocitocina, de forma indiscriminada (DIAS, 2006; MCCALLUM, REIS, 2006; SILVEIRA, 2006).

Em pesquisa realizada numa maternidade de Salvador, McCallum e Reis (2006) identificaram que ainda antes da admissão, a expectativa das parturientes entrevistadas era de uma experiência de internação marcada pelo sofrimento. Além disso, as autoras identificaram que, para estas mulheres, o medo, a dor e o medo da dor são elementos constantes da experiência da hospitalização durante o trabalho de parto e parto, sobretudo enquanto aguardam o momento de dar à luz na sala de pré-parto. Achados semelhantes foram também obtidos por Bezerra e Cardoso (2006).

A solidão vivenciada pelas mulheres no momento do parto é destacada por diversas autoras, contrariando as recomendações da OMS e do Ministério da Saúde quanto ao direito assegurado ao acompanhante de sua escolha durante todo o momento da internação (MCCALLUM E REIS, 2006; NAGAHAMA, 2007). Além disso, sentimentos de isolamento social, recolhimento (MCCALLUM, REIS, 2006; SILVEIRA, 2006), ansiedade (LOPES et al., 2005; DIAS, 2006; SILVEIRA, 2006) e falta de privacidade (BEZERRA, CARDOSO, 2006; MCCALLUM, REIS, 2006; SILVEIRA, 2006) têm marcado a experiência de parcela importante das mulheres internadas para parir.

Dias (2006) aponta que é recorrente a manifestação de violência institucional durante a atenção, evidenciada a partir dos relatos de demora no atendimento desde a admissão até a realização do parto, abandono no leito, despersonalização e violência verbal.

A presença destes elementos durante a assistência ao parto, ainda que suficientes para qualificar a atenção fornecida como negativa, é contraditória com uma avaliação

sobretudo positiva das mulheres atendidas. Segundo Dias (2006), esta avaliação parece ser pontual, estando associada à boa relação estabelecida com um profissional ou à ausência de complicações decorrentes da internação. Nesse mesmo sentido, Silveira (2006) indica a maior importância do componente relacional entre usuárias e equipe profissional, como elemento que permite explicar a satisfação com a assistência oferecida, levando muitas mulheres a avaliar positivamente os cuidadores, mesmo quando o fazem de maneira negativa para o cuidado recebido.

O aparente paradoxo entre insatisfação com o cuidado e satisfação com os cuidadores suscita, segundo Dias (2006), a necessidade das pesquisas identificarem, de maneira mais clara, os critérios utilizados pelas usuárias para qualificarem como positiva a atenção recebida nas maternidades. Para o autor, a preocupação com a clarificação destes critérios se justifica pelo fato das mulheres demonstrarem uma aparente satisfação geral com os serviços de atenção, mesmo sob o contexto das relações assimétricas de poder entre usuárias e profissionais de saúde, sob os quais se reproduzem a submissão, a passividade e a perda de autonomia das parturientes (DIAS, 2006).

3.4 EXPERIÊNCIA DE MULHERES NA INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO: ASPECTOS GERAIS

Como já referido anteriormente, as pesquisas sobre abortamento pouco têm abordado os aspectos relativos à experiência das mulheres acerca da internação. Boa parte dos estudos identificados, entretanto, investiga as percepções das mulheres ainda quando se encontravam internadas. Os estudos selecionados nesta revisão buscam verificar, sobretudo, aspectos relacionados: às percepções sobre a atenção recebida nas maternidades e/ou hospitais, incluindo algumas análises sobre a satisfação ou avaliação das usuárias sobre a assistência prestada; à relação estabelecida com os profissionais envolvidos no cuidado (sobretudo com relação às enfermeiras, as quais produziram boa parte dos estudos); e aos sentimentos, significados e atitudes das mulheres durante o processo do abortamento e o período de hospitalização.

3.4.1 A assistência prestada

Segundo Bertolani e Oliveira (2010), o contexto de clandestinidade do aborto contribui para privar as mulheres dos seus direitos sexuais e reprodutivos e à saúde integral, em detrimento da satisfação das necessidades de saúde e do exercício de sua autonomia ficando, portanto, “vulneráveis e à mercê da boa ou má conduta dos profissionais que as atendem” (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2008, p. 295). Esta situação é frequentemente evidenciada pela literatura científica sobre o tema, a qual aponta para um cuidado desqualificado e desumanizado, permeado por tabus, preconceitos, pela discriminação e pela adoção de atitudes punitivas, por parte dos profissionais, resultantes do julgamento moral destes sobre as mulheres, estando elas com aborto provocado ou espontâneo (BOEMER, MARIUTTI, 2003; MARIUTTI, 2004; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

Algumas pesquisas que trataram da experiência das mulheres com o abortamento e a percepção acerca do cuidado recebido durante a internação na rede pública têm sugerido que estas possuem uma expectativa negativa acerca de como será esse atendimento, do modo como serão tratadas pela equipe e de como deverão se comportar durante o tempo de sua permanência no hospital.

Pedrosa e Garcia (2000) destacam que a sensação de medo é comumente experimentada pelas mulheres desde o momento da admissão na unidade hospitalar. Segundo as autoras, o medo é justificado pela percepção de que, suspeitando-se que tenham induzido o aborto, poderão vir a ser julgadas moralmente, maltratadas ou mesmo obrigadas pelos profissionais de saúde a manterem a gravidez por meio de medicações, nos casos em que o aborto ainda não se completou. McCallum, Reis e Menezes (2006) argumentam que o temor da hospitalização é, inclusive, um dos fatores que interferem na decisão das mulheres sobre o aborto, pois presumem que serão vítimas de maus-tratos pela equipe de saúde.

O processo do abortamento é vivenciado pela maioria das mulheres de maneira longa, sofrida e solitária, com estas passando “por uma série de processos e experiências

que a testaram social e emocionalmente” até serem atendidas em uma maternidade (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006, p. 25). As autoras observam que mesmo com as mulheres considerando a internação como etapa na qual o aborto será finalizado, a trajetória de provações e sofrimentos – iniciada na descoberta da gravidez e vivenciada na decisão e consecução do aborto – estende-se durante todo o momento da hospitalização, inclusive durante o processo de busca pelo atendimento nos hospitais.

A peregrinação em busca de atendimento é um dos elementos que contribui para a experiência negativa das mulheres nos serviços de saúde. Nery e colaboradores (2006) apontam a falta de vagas nos hospitais como fator explicativo desta peregrinação, enquanto Bertolani e Oliveira (2010) identificaram no serviço estudado, a exigência de que a admissão ocorresse apenas após a realização de ultrassonografia, resultando na busca das mulheres por serviços de diagnóstico por imagem para realização do exame de modo a viabilizar a internação, nos casos em que as maternidades não dispunham destes equipamentos.

Mesmo quando é fácil o acesso à unidade hospitalar, o atendimento imediato ainda não está garantido às mulheres que buscam resolver um abortamento incompleto (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010). Muitas são submetidas a longos períodos de espera até receberem os primeiros cuidados, aguardando em condições precárias e desconfortáveis, preteridas por mulheres em trabalho de parto (MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

O tempo decorrido entre a internação e a realização do procedimento é esperado com bastante ansiedade pelas mulheres (BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009), prolongado pelo sofrimento vivenciado durante a internação (MARIUTTI, 2004) e pela ausência de acompanhantes que lhes forneçam apoio emocional (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007), gerando ainda maior ansiedade e expectativas nas mulheres que aguardam os cuidados da equipe.

Em estudo realizado na maternidade de um hospital universitário da cidade de Natal-RN, Motta (2005) identificou que a espera para a realização da curetagem dependia da disponibilidade do anestesista e do tempo de jejum da mulher, o que acarretava uma espera de seis a oito ou mais horas, até o momento do procedimento. Já em uma maternidade

pública em Salvador-BA, McCallum, Reis e Menezes (2006) evidenciaram a longa espera até a curetagem estava relacionada aos aspectos organizativos da assistência, segundo os quais os partos eram realizados sempre antes das curetagens, independentemente da ordem de chegada das mulheres – a não ser nos casos em que a gravidade da mulher em situação de aborto requeria a antecipação do procedimento.

Estas últimas autoras analisam que esta forma de organização, privilegiando as parturientes, é aceita como “natural” pelas mulheres que abortam, as quais consideram que “as parturientes representariam 'casos' mais importantes e urgentes” que os seus (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006, p.26).

Entretanto, as justificativas organizacionais ou operacionais apontadas parecem não ser suficientes para explicar estas práticas. Para Steele e Chiarotti (2008), a demora para a admissão e prestação dos primeiros cuidados e a recusa ao uso de analgesia durante a curetagem por parte da equipe evidenciam um padrão precário de tratamento, guiado pela noção de que as mulheres devem ser punidas através do sofrimento por terem recorrido ao aborto.

Enquanto aguardam até o procedimento de esvaziamento uterino, as mulheres permanecem em espaços físicos denominados “salas de pré-parto”, muitas vezes também ocupados por parturientes, puérperas e seus bebês (ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004; MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006). Ao observar o cotidiano de uma maternidade em Salvador, estas últimas autoras identificaram que, apesar da justificativa dos profissionais de promover a humanização e reduzir a discriminação do atendimento, o alojamento de mulheres com aborto no mesmo espaço em que estão parturientes, puérperas e recém-nascidos pode ser geradora de sentimentos negativos para as primeiras. Uma delas relata ter se sentido constrangida pela indagação dos visitantes sobre o seu bebê, além de se sentir isolada das parturientes, pois “*elas estavam discutindo coisas de mãe, como dar banho ou amamentar*” (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006, p. 19), afirmando ao final que gostaria de ter permanecido apenas com outras mulheres que também tivessem abortado.

Motta (2005), assim como Bazotti, Stumm e Kirchner (2009) evidenciaram outras atitudes de desrespeito à privacidade e à garantia do sigilo das mulheres, ao serem

constantemente questionadas, de forma constrangedora, pelos profissionais, se provocaram o aborto, mesmo na presença de pessoas estranhas.

Além disso, são comuns os relatos de exposição de partes do corpo e falta de privacidade, denotando desrespeito e indiferença ao pudor das mulheres internadas. Muitas mulheres internadas permanecem nos leitos com parte dos seus corpos à mostra, devido ao formato inadequado da roupa fornecida (MOTTA, 2005). Outras vezes, são relatadas situações onde elas permanecem nuas ou descobertas, mesmo durante a visita da equipe de saúde e de residentes médicos (STEELE, CHIAROTTI, 2008), contribuindo para que muitas mulheres se sintam envergonhadas enquanto servem de objeto ao aprendizado de estudantes (MOTTA, 2005).

A indiferença e o desrespeito ao pudor das mulheres por parte dos profissionais são percebidos também no momento da curetagem, com os procedimentos sendo feitos sem a utilização de biombos, mesmo quando a unidade dispõe deles, como identificado por McCallum, Reis e Menezes (2006), assim como pela presença de muitas pessoas na sala de curetagem, inclusive durante o exame ginecológico, como observado por Motta (2005). Essas situações sugerem que a falta de preocupação e respeito ao pudor das mulheres internadas estão materializadas na estrutura assistencial da maternidade, resultando numa prática acrítica e numa assistência desumanizada e de baixa qualidade (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006).

Os estudos evidenciam que a curetagem segue como procedimento de primeira escolha para a realização do esvaziamento uterino, independentemente da idade gestacional (BOEMER, MARIUTTI, 2003; ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004; MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; NERY et al., 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010), contrariando a orientação do Ministério da Saúde quanto à preferência pela Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), por ser considerada uma técnica mais rápida, de fácil execução, indolor e de baixo potencial para complicações decorrentes de seu uso, que promove também uma recuperação mais rápida da mulher (BRASIL, 2011).

Bertolani e Oliveira (2010) identificaram que não vem sendo dada às mulheres a oportunidade de discutir com a equipe sobre a escolha do método de esvaziamento uterino,

o que também contraria as orientações da Norma de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011). Além disso, tampouco as mulheres possuem conhecimentos suficientes ou recebem orientações e informações sobre os procedimentos (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; MOTTA, 2005), o que dificulta a possibilidade de interferir no processo do cuidado.

A maior parte dos estudos aponta que as mulheres são encaminhadas para o procedimento de curetagem sem os devidos esclarecimentos, não sendo evidenciados nos seus relatos conhecimento sobre como o procedimento ocorre (MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS E MENEZES, 2006; NERY et al, 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010). A exceção dentre os estudos pesquisados encontra-se em Bazotti, Stumm e Kirchner (2009), os quais evidenciaram que os profissionais de saúde, sobretudo da equipe de enfermagem, adotaram uma postura compreensiva e propícia ao diálogo, contribuindo para manter as mulheres tranquilas e seguras durante os procedimentos, diferente dos profissionais médicos que, em sua maioria, não zelaram pelas necessidades emocionais e pelo direito das pacientes a informações.

Além disso, muitos estudos também apontam que as orientações sobre a pós-alta e particularmente as que envolvem o uso de métodos contraceptivos não têm sido ofertadas às mulheres durante sua internação ou não fornecidas de modo adequado. McCallum, Reis e Menezes (2006) evidenciaram que não houve uma ação sistemática de aconselhamento, por parte dos profissionais e da instituição estudada, acerca da contracepção pós-aborto, sendo esta realizada informalmente, por alguns membros da equipe. Situação semelhante também foi descrita por Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), as quais discutem que a falta de orientações sobre as condições de saúde, ou quanto aos procedimentos, sobretudo a curetagem, tem gerado nas mulheres sentimentos como medo e ansiedade, pelo desconhecimento de informações ou pela formulação de concepções errôneas acerca do procedimento e de possíveis consequências sobre seus corpos (MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

3.4.2 A relação com os profissionais de saúde

A falta de comunicação entre mulheres e profissionais de saúde, evidenciada na falta de orientações, baseia-se na “crença de que eles tinham todas as respostas e que os pacientes não tinham nada a contribuir” (STEELE, CHIAROTTI, 2008, p. 94), noção que ficou evidente no relato de um dos médicos participantes de sua pesquisa: *“Se as pessoas vêm aqui para serem tratadas, é porque eu sou o médico. Mas se você sabe [mais], fique em casa e cuide de si mesmo”*.

Para Bertolani e Oliveira (2010), a preocupação dos profissionais com os sentimentos das mulheres é elemento central para uma assistência humanizada e para o estabelecimento de um vínculo terapêutico entre profissionais e pacientes. Os autores identificaram que “questões íntimas, subjetivas, pessoais, não são contempladas e a mulher na sua integralidade não é vista, não é acolhida nem é tratada” (BERTOLANI, OLIVERA, 2010, p. 299), evidenciando um vínculo precário entre profissionais e mulheres, no contexto dos serviços de atenção a abortamento no Brasil (BRASIL, 2011).

Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), analisando relatos de mulheres internadas num hospital público de um município paulista, evidenciam que o cuidado prestado por profissionais de enfermagem é voltado à satisfação das necessidades físicas e preocupado com o desempenho de procedimentos técnicos, denotando uma assistência impessoal, que desconsidera o aspecto relacional do cuidado. Motta (2005) corrobora essa análise enfatizando que no ambiente hospitalar as relações entre pacientes e profissionais tendem à superficialidade, pois a atenção está voltada ao manejo do problema de saúde mais do que ao indivíduo e suas necessidades.

Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) discutem ainda que a assistência observada pode ser traduzida num “agir sem sentido” (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007, p. 3), em que técnicas são repetidas automaticamente num modo de prestar cuidado já incorporado à estrutura burocrática e organizativa do serviço. Carneiro (2009) considera o diálogo entre profissionais e usuárias um elemento capaz de constituir sentidos. Entretanto, assim como Motta (2005), ao descrever como o contato das enfermeiras com as mulheres,

identifica que este breve diálogo, ao contrário, é mediado pelas operacionalidades do cuidado, como o preenchimento de fichas do prontuário, a realização de procedimentos e as solicitações dos profissionais de enfermagem às mulheres atendidas.

Boemer e Mariutti (2003) e Mariutti (2004) argumentam que, de fato, os profissionais são despreparados para lidar com a dimensão moral que compõe a questão do aborto, resultando uma atenção influenciada pelos valores pessoais que cada profissional possui sobre as mulheres atendidas e sobre o próprio tema do aborto, com a tendência a discriminar as mulheres que supostamente provocaram a interrupção da gravidez (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007), e de emitir expressões explícitas de raiva e julgamento durante o atendimento (MOTTA, 2005).

Mariutti (2004) identificou que a presença de acompanhante na hora da admissão e a expressão de sinais de sofrimento pelas mulheres pela perda do feto são percebidas pelos profissionais como características das mulheres com aborto espontâneo, distinguindo-as daquelas que induziram o aborto:

Então aquela que chegou com o marido, está chorando, sofrendo, relata que queria ter o filho, mantém de uma certa forma seu status, ou seja, seu status está assegurado perante a equipe. Já aquela que tem indícios de que houve a indução do aborto, que chega sozinha, que não está acompanhada por seu parceiro sexual, muitas vezes, é rotulada como promíscua, e em casos extremos chega a ser rotulada como criminoso. (MARIUTTI, 2004, p. 52)

Entretanto, McCallum, Reis e Menezes (2006), ao estudar a atenção em uma maternidade de Salvador, Bahia, identificaram que as mulheres com aborto espontâneo são também alvo da suspeição constante dos profissionais acerca da indução do aborto, acarretando um tratamento discriminatório e inadequado.

A diferenciação do tipo de atenção reservada para as mulheres com aborto espontâneo ou induzido, observada também no estudo de Boemer e Mariutti (2003), fornece suporte para compreender que a negação dos profissionais de uma assistência adequada às necessidades das mulheres, “exprime o pensamento geral de que elas devem ser punidas por terem provocado o abortamento” (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010, p. 296).

Em função dessa diferenciação, Mariutti (2004) identificou entre as próprias mulheres internadas com abortamento espontâneo estratégias de se diferenciarem daquelas com aborto provocado, de modo a tentarem reduzir o risco de serem julgadas como “culpadas” pela equipe, de serem desassistidas. Estas envolvem uma atitude de não chamar atenção e adoção de uma postura silenciosa, evitando-se conversar sobre o assunto para não se correr o risco de ser culpabilizada perante a equipe e as demais mulheres.

Já McCallum, Reis e Menezes (2006) identificaram situação oposta com relação ao comportamento adotado pelas mulheres internadas por abortamento espontâneo. Segundo seu estudo, o silêncio é uma postura mais frequente dentre aquelas que induziram o aborto. Ao contrário destas, as mulheres com aborto espontâneo foram aquelas que mais expressavam comentários, opiniões e críticas sobre a atenção recebida, avaliando-a negativamente, pois se sentiam respaldadas moralmente pelo fato de não ter induzido o aborto.

Mesmo evidenciando essa diferenciação na relação da equipe com as mulheres internadas por aborto, os estudos tendem a demonstrar que não existem grandes diferenças na atenção percebida por mulheres em ambos os casos, uma vez que os relatos evidenciam um cuidado despersonalizado, seja por meio da substituição do seu nome pelo de “mãe” ou “garotinha” ou mesmo, para falar delas, chamando-as de “as curetas”, nome do procedimento ao qual serão submetidas (MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009); seja pelo distanciamento e pela indiferença dos profissionais com o sofrimento e demandas que apresentam (MOTTA, 2005); ou pelas atitudes preconceituosas e discriminatórias (MARIUTTI, 2004; MOTTA, 2005; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006), como maus tratos de diversas naturezas, incluindo agressão verbal e execução de procedimentos de maneira brusca (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; NERY et al., 2006), além de descaso, demora no atendimento e falta de atenção por parte da equipe (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007).

3.4.3 Percepções e sentimentos vivenciados durante a internação

A internação por aborto é, sem dúvida, um momento difícil e delicado para as mulheres. Além de terem que lidar com situações adversas relacionadas ao atendimento no hospital-maternidade e à relação por vezes conflituosa com a equipe responsável pelo cuidado, o momento da internação é também aquele em que revivem todo o processo do abortamento, seja ele provocado ou espontâneo, além de estarem em constante contato com os valores e sentidos que atribuem à maternidade e à prática do aborto. Neste momento, ressurge toda a história pessoal que culminou no abortamento, seja ele espontâneo ou provocado, possibilitando a reflexão e a constituição dos significados desta experiência.

McCallum, Reis e Menezes (2006) apontam que a passagem pelo hospital é a etapa final do processo de abortamento, que poria fim à longa e sofrida trajetória que enfrentaram antes de serem admitidas:

A instituição é vista por elas como o lugar onde há um desfecho, na qual o sofrimento chegará ao fim, e, por fim, solucionarão seus problemas físicos, [...] a experiência hospitalar encerra o processo em andamento e restabelece a saúde das usuárias, devolvendo-lhes a possibilidade de conduzirem sua vida cotidiana (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006, p. 30-31).

A passagem pela maternidade é experimentada pelas mulheres como uma extensão do sofrimento físico e emocional vivenciado no abortamento. Mulheres em situação de aborto, seja espontâneo ou provocado, relataram sentirem-se rejeitadas, perseguidas, humilhadas e desprezadas pela equipe enquanto estiveram internadas na maternidade (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007). Boemer e Mariutti (2003) identificaram que as mulheres caracterizam a sua hospitalização por aborto como uma experiência desconfortante, marcada pela dor física e emocional, pela angústia e ansiedade pelo retorno a casa, pioradas pela demora até o procedimento e para receber alta. Além disso, também caracterizam essa experiência como traumatizante, vivenciada num ambiente hostil e desconhecido que as amedronta (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007), evidenciando que o mau atendimento também está na gênese do sofrimento experimentado pelas mulheres durante a internação (MARIUTTI, 2004).

Os trabalhos consultados, no entanto, enfatizam a solidão como um dos aspectos mais marcantes da hospitalização por aborto, relatada por parcela significativa das mulheres. A ausência de acompanhante durante o período em que se encontram internadas não ocorre apenas devido a barreiras institucionais, mas também é justificada pelas próprias mulheres, pela não publicização do próprio aborto.

Muitas mulheres relataram medo de sofrer repreensão e discriminação de diversas naturezas (moral, social, financeira) por parte das pessoas com as quais convivem, como familiares, colegas de trabalho e, sobretudo, o parceiro da gravidez, levando-as a vivenciarem o período em que aguardam a alta hospitalar com bastante ansiedade (PEDROSA, GARCIA, 2000; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007).

Benute e colaboradores (2009) identificaram que algumas mulheres buscaram enfrentar o sentimento de solidão de modo à ressignificá-lo, caracterizando a ausência de acompanhantes e de apoio emocional como uma capacidade de autosuficiência desenvolvida para enfrentar essa situação. As autoras sugerem que a não concretização do desejo de aprovação, aceitação ou cumplicidade (familiar e social) para a indução do abortamento, aparece na gênese da necessidade de desenvolver essa postura no enfrentamento da hospitalização por aborto.

O sentimento de medo é também descrito como recorrente na experiência da internação das mulheres com aborto, possuindo diversas origens e manifestando-se de maneiras variadas. O medo das mulheres, além do temor de ser descoberta pela família, é também o medo do desconhecido, principalmente relacionado a aspectos da atenção e dos procedimentos aos quais irá se submeter (ANDRADE, SILVA; SILVA, 2004; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007), sobretudo se aquela é a primeira internação (BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009). Mas é também o medo de não engravidar novamente (ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004), de não conseguir ter um (ou outro) filho (BOEMER, MARIUTTI, 2003; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010) e mesmo o medo da dor e da morte (MCCALLUM, REIS, MENEZES 2006).

Entretanto, o maior medo das mulheres parece ser aquele referente ao julgamento, repreensão ou denúncia por parte dos profissionais (BOEMER, MARIUTTI, 2003; MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010), o qual modela aspectos fundamentais da vivência da internação por aborto (BAZOTTI, STUUM, KIRCHNER, 2009) e tem sido apontado como responsável, inclusive, pela atitude das mulheres de postergar a busca de atendimento, levando-as a buscarem o cuidado em condições de saúde mais graves (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007).

Juntamente com o medo, a culpa é também um dos principais sentimentos referidos pelas mulheres durante o processo de abortamento, seja espontâneo ou induzido (BOEMER, MARIUTTI, 2003; ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009; BENUTE et al., 2009; BERTOLANI, OLVEIRA, 2010).

A culpa parece acompanhar as mulheres durante todo o processo do abortamento, (BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009, variando segundo o tipo de aborto, o contexto no qual aquele evento estava inserido, e as relações sociais estabelecidas por elas durante a internação (ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009). Este sentimento aparece reforçado pelo ideal de maternidade socialmente aceito, através do qual se entende que as mulheres que engravidam devam tornar-se mães.

Pesquisa de Benute e colaboradores (2009) identificaram que mesmo as mulheres com aborto espontâneo evidenciam um sentimento de culpa e uma atitude de autopunição por acreditarem serem merecedoras de receber um “castigo” no futuro. Esse sentimento de culpa vivenciado está associado à noção de que, em alguma medida, são responsáveis pela perda do feto (ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004). Bertolani e Oliveira (2010) comentam ainda que o desejo do filho também interfere na gênese desse sentimento, uma vez que aquelas que não aceitaram bem suas gestações podem experimentar a sensação de tiveram responsabilidade pela morte do feto.

Para Benute e colaboradores (2009), a não concretização da maternidade gera nas mulheres que perderam a gravidez um sentimento de culpa relacionado à incapacidade de levar a gestação adiante:

[...] já que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, todas as mulheres teriam então uma 'função maternal' que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho, as mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo também não conseguiram corresponder às suas próprias exigências internas (BENUTE et al., 2009, p. 326).

McCallum, Reis e Menezes (2006) identificaram a sensação de ter eliminado uma vida no discurso de mulheres que provocaram o aborto como expressão da culpa que sentem. Igualmente, Bertolani e Oliveira (2010) sugerem que esse sentimento de culpa é reforçado pelos valores religiosos e morais, que condenam a mulher que decide interromper uma gravidez, independentemente do motivo (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

Benute e colaboradores (2009) identificaram sentimentos de culpa, autopunição, exigência interna de reparação e ansiedade, além de sinais de depressão entre mulheres que induziram os abortos. As mulheres também se sentem culpadas por terem engravidado em circunstâncias inadequadas (PEDROSA, GARCIA, 2000) ou por terem falhado no planejamento de suas gravidezes que levaram ao aborto (ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004).

Pedrosa e Garcia (2000) comentam que a culpa esteve na origem dos sentimentos negativos vivenciados pelas mulheres que abortaram voluntariamente, assim como o remorso, o arrependimento e a sensação de perda. Outras reações emocionais negativas experimentadas pelas mulheres também são relatadas, como tristeza, desamparo, sensação de perda, reclusão ou isolamento social (BOEMER, MARIUTTI, 2003; ANDRADE, SILVA, SILVA, 2004; MARIUTTI et al., 2005; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010), constrangimento (BOEMER, MARIUTTI, 2003; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009), angústia (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006) sensação de fragilidade ou insegurança (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009), frustração, ansiedade (NERY et al., 2005; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009), luto pela perda do feto (GESTEIRA, BARBOSA, ENDO, 2006; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010) e até mesmo transtorno do estresse pós-traumático (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010).

Entretanto, além de reações negativas, alguns estudos evidenciaram que as mulheres que induziram o aborto relataram também sentimentos positivos, como de alívio (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010) e felicidade, explicados pelo fato de não terem mais de conviver com aquela gravidez e seus sintomas e poderem retornar à normalidade física e

conduzir seus projetos de vida (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006). Nessa mesma direção, Costa e colaboradores (1995) identificaram relatos de leveza, tranqüilidade, disposição, vontade de viver e bem estar físico.

A experiência do abortamento e da internação foi caracterizada também como o momento em que as mulheres puderam ter a oportunidade de reelaborar suas experiências de vida e remodelar seus projetos (BOEMER, MARIUTTI, 2003; MARIUTTI et al., 2005; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010). Boemer e Mariutti (2003) destacam o relato de reflexões feitas pelas mulheres, sobretudo a respeito do desejo de planejar sua vida reprodutiva e a chegada dos filhos, diante da dificuldade de manejar o uso de métodos contraceptivos no contexto da relação com o parceiro; e da necessidade de construir independência financeira e afetiva com relação ao parceiro da gestação. Dados semelhantes foram encontrados por Mariutti e colaboradores (2005), os quais identificaram nos relatos destas mulheres a necessidade de refletir e modificar seus projetos de vida.

Parte das mulheres expressa tanto sentimentos positivos quanto negativos por terem realizado o aborto. A realização do aborto para muitas delas é vivenciada de maneira conflituosa, mediada entre o desejo de ter um filho e a contrariedade das condições para tal realização, seja pela ausência das condições (pessoais, conjugais materiais) idealizadas pelas mulheres como as necessárias para chegada de um filho ou pelo medo de enfrentar as situações adversas que a maternidade pode ocasionar (COSTA et al., 1995; PEDROSA, GARCIA, 2000; MARIUTTI et al., 2005; BENUTE et al., 2009). Desse modo, o conflito entre querer manter a gravidez ou abortar pode se constituir um dilema entre a moralidade prescrita e as condições nas quais se concretizará a maternidade, no qual as mulheres reconhecem como certa a decisão pelo aborto tomada naquele momento, mesmo considerando ser errado abortar (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006).

3.4.4 Avaliação quanto ao cuidado recebido

Alguns estudos identificaram tendência das mulheres em avaliar positivamente a atenção recebida (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006; MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007; BAZOTTI, STUMM, KIRCHNER, 2009; BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010), mesmo em face da discriminação, do julgamento e desrespeito aos quais muitas delas são submetidas por parte da equipe, e da vivência sofrida, solitária e dolorosa que atribuem à hospitalização por abortamento.

Motta (2005) identificou que a rapidez e a competência profissional foram compreendidas pelas mulheres entrevistadas como elementos positivos da assistência prestada na instituição onde estiveram internadas. Para elas, não há diferença relevante entre o “tratar bem” e o “atender bem”, uma vez que em ambas as categorias as mulheres demonstraram uma maior importância aos aspectos referentes à relação interpessoal com a equipe responsável pelo atendimento.

Para Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), a avaliação positiva das mulheres está associada a uma percepção de que o bom atendimento é aquele em que não há maus tratos, com suas solicitações tendo sido atendidas.

Bertolani e Oliveira (2010) comentam que a avaliação sobre a assistência prestada pela equipe varia de acordo com a resolução do problema pelo qual foram admitidas e pelo tratamento recebido pelos profissionais que as atenderam. Desse modo, a sensibilidade e a solidariedade com relação ao sofrimento aparecem como aspectos que qualificam positivamente a atenção, ao contrário das atitudes negligentes não atentas às suas demandas, as quais colaboram com uma percepção negativa sobre o atendimento.

O bom atendimento pode ainda estar relacionado à garantia de vaga e à resolução do problema através da execução de procedimentos, sem ocorrência de complicações, gerando uma sensação de alívio e uma qualificação positiva do atendimento por parte destas:

O fato de ter recebido o atendimento, ter sido internada e ter resolvido o problema, praticamente produzia uma “amnésia” nas mulheres que esqueciam a peregrinação e as situações que tiveram que enfrentar até o momento e, por isso,

muitas classificaram, no geral, o atendimento que haviam recebido como bom, ou seja, tiveram de certa forma respeitados os seus direitos reprodutivos (BERTOLANI, OLIVEIRA, 2010, p. 297).

Mulheres entrevistadas por Bazotti, Stumm e Kirchner (2009) também avaliaram positivamente o atendimento dos profissionais, sobretudo da equipe médica e de enfermagem, relatando que o atendimento recebido superou as expectativas quanto à qualidade da atenção que encontrariam no serviço público.

Steele e Chiarotti (2008, p. 92) analisam que “as mulheres que acessam os serviços públicos de saúde geralmente se resignam a aceitar qualquer tipo de tratamento que conseguem, porque é gratuito”, sendo, portanto, obrigadas a tolerar a humilhação. McCallum, Reis e Menezes (2006) ainda comentam que a resignação também pode ser explicada pela condição de classe da maior parte das mulheres atendidas nas maternidades públicas. Para elas, “as usuárias de baixa renda não reagem em muitas outras situações da vida, por saberem que correriam o risco das pessoas das quais dependem, voltarem-se contra elas e lhes negarem aquilo que precisam naquele momento” (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006, p. 30). Assim como Mariutti, Almeida e Panobianco (2007), as autoras comentam que essas mulheres tendem a aceitar e/ou conformar-se com o tratamento oferecido, mesmo que negligente e discriminatório, sem esboçar reações.

Para as últimas autoras, esta postura das mulheres está relacionada a distintos aspectos: tanto à noção prévia de que são merecedoras de um tratamento inferior por terem realizado um aborto, considerado por elas como algo errado, como um crime ou pecado; porque ao serem admitidas na instituição, as mulheres esperam ser punidas pela equipe através de um tratamento discriminatório e de maus tratos físicos surpreendendo-se quando isto não ocorre; quanto à noção, reforçada pela estrutura organizacional do serviço, de que sua demanda de saúde não é tão legítima como as demais mulheres presentes na maternidade, já que aquele local é destinado a que mulheres possam dar a luz e tornarem-se mães (MCCALLUM, REIS, MENEZES, 2006).

Mariutti (2004) ainda discute haver um consentimento social com relação ao cuidado de baixa qualidade ofertado pelos serviços de atenção ao abortamento, devido à situação de criminalização em que se encontra a prática do aborto. Desse modo, a noção de que as

mulheres que abortam são criminosas, tanto por parte dos profissionais quanto por elas próprias, acabam colaborando com a coletivização deste consentimento, o qual passa a ser incorporado e naturalizado no cotidiano da assistência.

3.5 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A EXPERIÊNCIA DA INTERNAÇÃO POR ABORTAMENTO: ALGUNS ASPECTOS LACUNARES

A revisão de literatura pesquisada mostra-se ainda deficitária com relação a alguns elementos significativos da experiência de internação por aborto. Apesar da existência de estudos que abordam aspectos da assistência e da satisfação das mulheres com a atenção recebida, estas análises abrangeram aspectos gerais da atenção e da experiência da hospitalização, sem diferenciação com relação às etapas da assistência e aos procedimentos realizados. Também não foi abordada a experiência com o esvaziamento uterino, sobretudo curetagem – uma das etapas mais cruciais da permanência das mulheres na unidade hospitalar.

A literatura também se mostrou escassa no que se refere aos estudos sobre a sociabilidade desenvolvida pelas mulheres com os profissionais ou com outras mulheres internadas durante a internação, bem como o papel que essas relações cumprem no desenvolvimento da experiência da hospitalização por aborto. Nesse sentido, são necessárias maiores investigações sobre os elementos que interferem na constituição dos significados da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento, como forma de colaborar com a melhor satisfação de suas necessidades integrais de saúde e de fortalecer a proposta de uma atenção humanizada e de qualidade ao abortamento.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 CUIDADO, EXPERIÊNCIA E CORPO

Neste trabalho, a compreensão acerca da experiência das mulheres na internação por aborto parte das elaborações sobre Cuidado Humanizado (AYRES, 2006), além da discussão de Rabelo e Alves (2004) sobre a experiência sua relação com o corpo, partindo do pressuposto que os elementos que constituem a atenção recebida pelas mulheres em situação de aborto que conformam em certa medida as suas experiências de internação.

Segundo Ayres (2006), o avanço das tecnologias na medicina foi acompanhado pela progressiva redução da dimensão humana das práticas de saúde, tornando-as distantes e insensíveis àquilo que lhes confere sentido: a satisfação das necessidades das pessoas. Criticando este “agir sem sentido”, o autor contrapõe a perspectiva do Cuidado, destacando sua importância para a humanização das práticas de saúde. Apoiando-se no saber técnico e ao mesmo tempo o superando, o Cuidado subordina as ações instrumentais às “escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos” (AYRES, 2006, p. 56-57). Estes “modos de vida” ou “projetos de felicidade” são, para o autor, o horizonte normativo (as referências éticas e morais) que orienta as práticas humanizadas.

Reconhecendo que discriminação e maus tratos são frequentes na assistência às mulheres que abortam, a *Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento* (BRASIL, 2011) aponta a modificação da abordagem pelos profissionais e serviços de saúde no âmbito do SUS, garantindo direitos e promovendo novos “padrões culturais de atenção com base nas necessidades das mulheres” (BRASIL, 2005, p. 5). A Norma aponta a qualificação articulada entre o componente técnico e o componente relacional da assistência; dessa forma, o cuidado humanizado ao abortamento exige que as mulheres sejam, além de objetos das técnicas de saúde, consideradas sujeitos autônomos e aspirantes ao bem estar (AYRES, 2000).

Espaço de aplicação das técnicas no ambiente institucional hospitalar (FOUCAULT, 1979), o corpo é considerado por Rabelo e Alves (2004) como “o fundamento da nossa

experiência no mundo” (RABELO, ALVES, 2004, p. 182), o que significa dizer que toda experiência é um fenômeno corporal. Confundido com o próprio ser, “o corpo é a síntese das situações vividas pelo sujeito, mais ainda, é a marca da sua inserção numa tradição” (RABELO, ALVES, 2004, p. 183). Esta inserção num contexto cultural prévio é pressuposto da experiência, a partir da qual os sujeitos se familiarizam com o que é vivido; por outro lado, toda experiência se relaciona à forma como os sujeitos são mobilizados ou sensibilizados pela situação vivida, informando-lhes os recursos e formas das quais dispõem para agir e reagir.

Rabelo e Alves (2004) argumentam que a experiência assinala nos corpos dos sujeitos suas formas de “ser-no-mundo”, levando-os, através de um senso corporificado de situação, a expressar através de posturas corporais as referências (próprias ou herdadas do sistema cultural) que possuem sobre o contexto vivido. Dessa forma, as mulheres atribuem sentido à experiência da internação através da mediação entre o conhecimento de causa que acumularam (e também noções provenientes do seu universo cultural) e a situação vivenciada, levando-as a expressar esses significados na forma de ações, omissões e até reações corporais.

4.2 RELAÇÕES DE PODER E GÊNERO: COMPREENDENDO AS MULHERES NA TRAMA SOCIAL

Como já discutido antes, o recurso ao aborto diante de uma gravidez não desejada ou não planejada é uma escolha complexa, que envolve aspectos da dimensão individual da mulher, das relações destas com as pessoas do seu entorno social (sobretudo família e parceiro da gravidez), remetendo também às normas sociais, morais, religiosas, éticas, jurídicas que regem valores, comportamentos e atitudes da sociedade (BAJOS; FERRAND, 2002). Tais aspectos incidem não somente na tomada de decisão, mas também na construção de significados e da forma como o processo de abortar é vivenciado. No cenário hospitalar, a interação das mulheres com profissionais de saúde, é também permeada por valores, comportamentos e atitudes destes últimos atores sociais, no momento do cuidado às mulheres que abortam.

Por estar diretamente relacionada à dimensão da sexualidade, do corpo e da reprodução, a abordagem da temática do abortamento acaba sendo polêmica, delicada e por vezes tortuosa, uma vez que estão em disputa destas distintas racionalidades muitas vezes contrárias e irreconciliáveis. Nesse sentido, alguns aspectos teóricos e conceituais serão abordados para compreensão dos termos no qual se situam a problemática do aborto.

A partir da perspectiva adotada por Scott (1994, p. 12), “gênero significa o saber a respeito das diferenças sexuais”. Para a autora, esse saber encontra-se relacionado ao contexto de sua produção, ou seja, é historicamente constituído e, portanto, são relativos aos seus usos e significados, sendo “os meios pelos quais as relações de poder – de dominação e de subordinação – são construídas” (SCOTT, 1994, p. 12).

Para Scott (1994):

[...] gênero é a organização social da diferença sexual. [...] é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esses significados variam de acordo com as culturas, os grupos sociais e no tempo, já que nada no corpo, incluídos aí os órgãos reprodutivos femininos, determina univocamente como a divisão social será definida. Não podemos ver a diferença sexual a não ser como função de nosso saber sobre o corpo e este saber não é "puro", não pode ser isolado de suas relações numa ampla gama de contextos discursivos. A diferença sexual não é, portanto, a causa original da qual a organização social possa ser derivada em última instância – mas sim uma organização social variada que deve ser, ela própria, explicada (SCOTT, 1994, p. 13).

Narvaz e Koller (2006) destacam ter havido avanços e conquistas sociais e jurídicas obtidas na direção da igualdade de direitos entre mulheres e homens, bem como do aparecimento de novos arranjos familiares onde a figura masculina não aparece em evidência. Entretanto, as autoras argumentam que valores patriarcais ainda hoje continuam sendo reproduzidos, imprimindo sobre diferentes contextos familiares e sociais discursos e práticas que conduzem à criação de desigualdades e discriminações, o que seria “uma forma de violência de gênero e de violação dos direitos humanos das mulheres” (NARVAZ, KOLLER, 2006, p. 49).

Mesmo que não se observem relações patriarcais puramente tradicionais, observam-se adaptações em diversas esferas e práticas sociais da sociedade civil capitalista moderna. Narvaz e Koller (2006) discutem que o patriarcado foi importado da sociedade européia e adaptado pela sociedade brasileira, tornando-o uma das mais tradicionais bases de sua

conformação sociocultural. As autoras apontam que a vida social de das famílias brasileiras ainda são amplamente influenciadas por relações patriarcais, que se evidenciam por alguns de seus estereótipos característicos como: a predominante responsabilidade das mulheres sobre o cuidado com o marido, com a casa e com os filhos; o papel de provedor do sustento familiar assumido pelos homens; a exaltação da maternidade como função social da mulher.

Assumindo a concepção de relações de gênero como relações desiguais de poder entre homens e mulheres, elas podem ser expressas em diversos níveis sociais, a depender do meio social no qual estão localizadas estas relações, e da forma como elas se estabelecem no cotidiano.

Mesmo diante da inexistência de um esforço teórico que constituísse uma teoria geral sobre o poder em Foucault (MACHADO, 1979), a análise sobre o exercício do poder e seus efeitos nos diferentes níveis sociais, sobretudo na análise das microrrelações, foi uma das maiores preocupações deste autor. Em Foucault (1979), há uma preocupação da análise sobre os efeitos sociais do poder. Para o autor, as relações de poder se circunscrevem nas instituições e práticas sociais, sendo, portanto, capazes de promover uma relação de sujeição entre sujeitos ou grupos em interação no sistema social.

O poder não é um objeto ou coisa que se possui, mas é uma prática social expressa por meio de relações que se localizam em todos os níveis e estruturas sociais historicamente constituídas, sob formas que estão em constante transformação (FOUCAULT, 1979). Segundo essa leitura, as práticas de poder não se encontram somente na esfera do Estado e suas instituições, mas também nas instâncias locais e específicas das relações cotidianas – relações familiares, conjugais, de trabalho, entre outras.

O poder em Foucault se materializa através de práticas de dominação articuladas com instâncias ou instituições como a política, a família, a igreja e a justiça – as quais permeiam o universo comum dos sujeitos. A dinâmica dessas relações e práticas de poder localizadas no cotidiano dos indivíduos foi batizada pelo autor como micropoder:

[...] são formas de exercício do poder diferentes do Estado, a ele articuladas de maneiras variadas e que são indispensáveis inclusive à sua sustentação e atuação eficaz [...], assumindo as formas mais regionais e concretas, investindo em instituições, tomando corpo em técnicas de dominação. Poder este que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos – o seu corpo – e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na

vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder ou sub-poder (MACHADO, 1979, pp. XI-XII).

Admitindo a manifestação do poder em relações localizadas e específicas do sistema social, todas as relações sociais estabelecidas no contexto das instituições adquirem também o formato de relações de poder reproduzidas por meio de práticas e discursos que sustentam um padrão de dominação. Aqui também se circunscreve as relações estabelecidas na instituição hospitalar e a importância dos saberes imanentes àquela instituição, sobretudo o saber médico, para a produção de práticas de dominação – outro objeto das análises sobre as relações de poder para Foucault (1979).

Tomando como base a análise foucaultiana sobre a constituição de um saber sobre o louco e a loucura, assim como o saber médico justificou uma forma de ver o louco e intervir sobre a loucura, o saber médico também o fez sobre o doente – o sujeito internado – e sobre a forma de intervir neste sujeito, a partir da noção do médico como detentor de uma verdade sobre o doente, ou seja, por meio de discursos e práticas ligados a um sistema de poder que os legitimam e os reproduzem como verdades, e que justificam e reproduzem esse sistema de poder (FOUCAULT, 1979).

A partir dos conceitos de verdade, saberes e práticas de dominação, a análise sobre o papel da mulher na sociedade sugere que a função materna é aceita pelo corpo social como representante de uma verdade sobre a função social da mulher. Esta noção é naturalizada em diversos setores da sociedade, como já discutido acima, encontrando na instituição hospital-maternidade um ambiente que a reforça a partir de um saber constituído pela medicina sobre o corpo feminino.

O saber médico constituído sobre a mulher contribuiu para a naturalização da função materna, deslocando-a dos elementos sociais, históricos, econômicos e políticos que circundam a história da sexualidade e da reprodução, através do processo de medicalização do corpo feminino (VIEIRA, 1999). O hospital-maternidade enquanto instituição, com seus agentes, saberes, práticas e discursos próprios, (re)produz um processo de reconhecimento coletivo da destinação daquele espaço de cuidado como local privilegiado para que mulheres possam tornar-se mães, como discute McCallum, Reis e Menezes (2006).

Esta noção impregna o cotidiano da atenção: a demanda por cuidados de saúde apresentada por mulheres em situação de aborto acaba não sendo totalmente legitimada,

nem pelos profissionais, nem pelas outras mulheres internadas, uma vez que o aborto é reconhecido socialmente como uma recusa à maternidade que, mesmo que circunstancial, sugere ser a negação da natureza feminina.

A dominação necessária à manutenção do poder, materializado no controle do corpo social à qual Foucault se refere, não diz respeito apenas à proibição jurídica, à violência ou a outras formas de coerção direta; para ele, as técnicas de dominação necessitam assumir um caráter mais sutil, quase imperceptível, que não necessariamente assumem a forma de “controle-repressão”, mas de “controle-estimulação” (FOUCAULT, 1979, p. 147), na qual o indivíduo se sente impelido a assumir determinado comportamento – evidenciando também o espaço simbólico, além do político, social e econômico (SAFIOTTI, 2000), como lócus de manifestação das relações patriarcais e de poder. Para Foucault, a função repressora do poder é necessária, porém insuficiente para sustentá-lo:

Pois se o poder só tivesse a função de reprimir, se agisse apenas por meio da censura, da exclusão, do impedimento, do recalçamento, à maneira de um grande super-ego, se apenas se exercesse de um modo negativo, ele seria muito frágil. Se ele é forte, é porque produz efeitos positivos a nível do desejo – como se começa a conhecer – e também a nível do saber. O poder, longe de impedir o saber, o produz (FOUCAULT, 1979, p. 148).

Justamente por não se sustentar apenas na repressão e por ser capaz de gerar saberes e verdades, outro aspecto relevante sobre o poder diz respeito à sua capacidade de criar condições para o exercício de uma dominação consentida, onde o que está em jogo é a gestão ou controle sobre os comportamentos e ações. Vários são os agentes, instâncias e instituições sociais que transmitem verdades, saberes e valores os quais reforçam e naturalizam a dominação, traduzindo-a em normas ou padrões que condicionam comportamentos que se adequam ao sistema social.

Essa forma de controle, sobretudo sentida no interior de instituições (como a família, a escola, o hospital), incide não somente sobre os comportamentos, mas também sobre os corpos dos indivíduos, tornando-os adestrados e dóceis, adaptados ao padrão social onde estão em constante dinâmica as relações de poder. A essa manifestação das relações de força e ao efeito que causa nos indivíduos, Foucault deu o nome de poder disciplinar:

A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII

[...], quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens [...] nova forma de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. (FOUCAULT, 1979, p. 105).

A noção de que a mulher que aborta é culpada e deve pagar pelo que fez, e que sua demanda por cuidados no ambiente do hospital-maternidade não é tão legítima quanto aquela de uma mulher em trabalho de parto, acaba produzindo uma espécie de consentimento social compartilhado por profissionais e pacientes, através do qual consideram “normal” o tratamento discriminatório e violento destinado à mulher em situação de abortamento. Esse consentimento aparece expresso nas falas e nas posturas autopunitivas das mulheres que induziram o abortamento, as quais muitas das vezes reagem isolando-se, calando-se e submetendo-se, ao tratamento que a instituição hospitalar e os profissionais reservam a elas, esboçando poucas reações.

Sendo assim, pode-se identificar o poder de dominação exercido sobre as mulheres em todo o tecido social, desde a família até o ambiente de trabalho, passando pela escola e demais instituições, as quais promovem, produzem, transmitem, reforçam e naturalizam valores, saberes, práticas e discursos sobre normas sociais capazes de exercer controle sobre o conjunto dos indivíduos, sobre um corpo social.

As relações entre homens e mulheres no contexto de uma sociedade patriarcal manifestam-se através de relações desiguais de poder capazes de gerar saberes que se naturalizam em verdades, reforçando o padrão social de dominação dos homens sobre as mulheres. Bourdieu analisa essas relações de poder sob a perspectiva da dominação masculina (BOURDIEU, 2002), buscando explicitar “os mecanismos históricos que são responsáveis pela *des-historicização* e pela *eternização* das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes” (BOURDIEU, 2002, p. 5, grifos do autor).

Diversas práticas e instituições (Estado, escola, justiça, família) colaboram com a manutenção da dominação masculina, apoiando-se em estruturas androcêntricas de organização social, nas quais as mulheres aparecem subordinadas à figura masculina. Segundo Bourdieu (2002), essa subordinação ganha, no tocante ao universo simbólico e cultural, contornos de naturalidade por meio do que chama de violência simbólica, materializando-se em todos os aspectos da vida social:

[...] violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento. Essa relação social extraordinariamente ordinária oferece também uma ocasião única de apreender a lógica da dominação, exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado, de uma língua (ou uma maneira de falar), de um estilo de vida (ou uma maneira de pensar, de falar ou de agir) e, mais geralmente, de uma propriedade distintiva, emblema ou estigma [...] (BOURDIEU, 2002, p. 7-8).

Nesse sentido, a dominação masculina, ainda que seja fruto de um processo social e cultural arbitrário, é percebida ao mesmo tempo como um processo natural, sendo expressa por meio de uma opressão consentida por opressores e oprimidos e requerendo, segundo o autor, “um longo trabalho de socialização do biológico e biologização do social” (BOURDIEU, 2002, p. 9).

Assim, o que o autor chama de “primazia masculina” solidifica-se nas estruturas sociais de modo objetivo por meio de “atividades produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual de produção e de reprodução biológica e social, que confere aos homens a melhor parte” (BOURDIEU, 2002, p. 45). Homens e mulheres, portanto, apresentam-se circunscritos numa relação de poder onde os meios objetivos da dominação se reproduzem e se mantêm também no campo simbólico, incorporados como norma social. Essa relação, incapaz de se perceber como arbitrária a olho nu, molda as práticas e comportamentos que constituem um conjunto de signos que permitem, inclusive, reafirmar as identidades feminina e masculina.

Segundo o autor, “o poder simbólico não pode se exercer sem a colaboração dos que lhe são subordinados e que só se subordinam a ele porque o *constroem* como poder.” (BOURDIEU, 2002, p. 52, grifos do autor), convergindo com a análise de Foucault (1979) sobre a necessidade de instrumentos sutis de dominação que, através do consenso, estabeleçam seus mecanismos de reprodução e legitimação. São estes os fundamentos básicos de como se expressa a violência simbólica no campo das relações entre os sexos, no qual

[...] o efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua, etc.) se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos do *habitus* [...]. Assim, a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão

feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição, *espontânea e extorquida*, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos *efeitos duradouros* que a ordem social exerce sobre as mulheres (e os homens), ou seja, às disposições espontaneamente harmonizadas com esta ordem que as impõe. (BOURDIEU, 2002, p. 49-50, grifos do autor).

Esses efeitos duradouros dos quais trata o autor referem-se às normas sociais aceitas e reconhecidas pelos sujeitos participantes de cada estrutura social num dado momento histórico. As relações de dominação e sujeição das mulheres aos homens, próprios ao patriarcado, são exemplos de como os efeitos da dominação masculina se perpetuam e se reproduzem como aquilo que Chartier (1995, p. 40) chama de “ordem natural das coisas”.

Os efeitos dessa dominação, dentre eles “a divisão das atribuições e dos espaços, a inferioridade jurídica, a inculcação escolar dos papéis sociais, a exclusão da esfera pública” (CHARTIER, 1995, p. 40), apesar das inúmeras iniciativas de resistências, ainda hoje sobrevivem de maneira intensa, de modo que “as representações da inferioridade feminina, incansavelmente repetidas e mostradas, se inscrevem nos pensamentos e nos corpos de umas e de outros” (CHARTIER, 1995, p. 40).

A violência simbólica característica da dominação masculina e das suas relações de poder tem nos sujeitos os agentes construtores desta estrutura de relação social no cotidiano, na qual o poder exercido sobre comportamentos, valores, práticas e corpos condicionam e adestram indivíduos segundo normas sociais que subordinam as mulheres. Nesse sentido, faz-se necessário compreender a relação existente entre os esquemas patriarcais dominantes e a violência simbólica na constituição das relações sociais entre homens e mulheres. Ou como afirma Chartier (1995):

Definir a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação, que é uma relação histórica, cultural e lingüisticamente construída, é sempre afirmada como uma diferença de natureza, radical, irreduzível, universal. O essencial não é então, opor termo a termo, uma definição histórica e uma definição biológica da oposição masculino/feminino, mas sobretudo identificar, para cada configuração histórica, os mecanismos que enunciam e representam como “natural”, portanto biológica, a divisão social, e portanto histórica, dos papéis e das funções. (CHARTIER, 1995, p. 42).

4.3 MATERNIDADE E ABORTO: UM NECESSÁRIO ANTAGONISMO?

Apesar das conquistas sociais e legais femininas e das transformações ocorridas no último século com relação ao papel da mulher na sociedade, ainda verifica-se o predomínio de arranjos sociais patriarcais, nos quais as mulheres ainda são as principais responsáveis pelos cuidados com os afazeres domésticos e com os filhos (TOLEDO, 2005).

As funções de mãe e cuidadora ainda são compreendidas por muitas mulheres como um ideal de vida, ocupando lugar de destaque no projeto pessoal de importante parcela destas mulheres. Saffioti (2001) destaca que em grande parte das vezes, esse papel é cumprido, no seio familiar ou conjugal, com clara submissão delas aos sujeitos que assumem a função patriarcal, ou seja, aqueles capazes de exercer o poder necessário para estabelecer e fazer cumprir as normas sociais que subjugam o feminino ao masculino, reforçando os princípios patriarcais que regem a constituição de muitas famílias, dentre eles a noção de que a função maternal é a principal finalidade social da mulher.

Scavone (2001b) argumenta que a concepção de maternidade sofreu significativas transformações em meados dos séculos XVIII e XIX, passando a ser fortemente associada à feminilidade. A partir da leitura da autora sobre a articulação entre esta nova concepção, o surgimento do ideal de amor romântico e a modificação da relação entre pais e filhos proposta por Giddens (1993), ela sugere que “este modelo consolidou-se em uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação do(a)s filho(a)s e limitando a função social feminina à realização da maternidade” (SCAVONE, 2001b, p. 49).

A maternidade ainda aparece presente como elemento de valorização da mulher, através do qual ela adquire segurança material ou eleva seu status social. No Brasil, ainda se percebe a relevância da maternidade como elemento de valorização da mulher e da feminilidade, sobretudo nas camadas mais empobrecidas, o que de acordo com Heilborn (2006) traduz-se no desejo da mulher ter o seu primeiro filho ainda jovem, diferentemente do que é constatado em pesquisas realizadas em países considerados desenvolvidos, onde as mulheres retardam o nascimento do primeiro filho. Segundo consideram Donati, Cébe e Bajos (2002), a escolha precoce pela maternidade pode ser encontrada em situações onde a

jovem não dispõe de recursos ou alternativas necessários para o acúmulo de um capital sociocultural suficiente ao desempenho de atividades profissionais.

Moura e Araújo (2004) também destacam as transformações ocorridas no ideário social acerca da maternidade, enfatizando a importante influência do discurso sobre o “amor materno” e da valorização da relação entre mãe e criança sobre o estabelecimento daquela nova concepção, sobretudo no meio científico – discurso promovido em diversas instâncias da sociedade, por meio de diversos agenciamentos sociais.

Torna-se, portanto, evidente a força da noção de “instinto materno”, circunscrevendo à natureza a forma como as mulheres devem se relacionar afetivamente com as suas proles (HEILBORN, 1997). Este discurso, em associação ao ideal emergente de felicidade conjugal (como ideal originário da filosofia liberal, que pregava a liberdade e a felicidade individuais), teve como resultado a alteração das relações familiares entre marido e esposa e entre pais e filhos, com uma conseqüente valorização da família e da infância (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Entretanto, o discurso sobre o “amor materno” não resultou em repercussões limitadas ao âmbito das relações sociais vigentes, vinculando-se aos interesses políticos e econômicos do Estado e da burguesia enquanto classe social economicamente dominante e em franca ascensão: a relação idealizada entre mãe e filho e a transformação das relações intrafamiliares levam a formação de um paradigma na qual a criança ganha relevância, passando a ser objeto de investimento social. Desse modo, a redução das taxas de mortalidade infantil, constituída sob o paradigma de proteção da infância, pôde ser amplamente usada como justificativa das políticas de controle demográfico, visando colaborar com a composição da força de trabalho necessária ao estabelecimento da nova ordem econômica (MOURA, ARAÚJO, 2004).

As colocações feitas pelas autoras supracitadas reiteram a suposição de que “por trás do fenômeno biológico da maternidade exista toda uma rede de interesses políticos, econômicos e sociais que caracteriza inclusive alguns aspectos psicológicos deste ato” (SCAVONE, 1985, p. 37). Nesse contexto, diversos agentes atuaram no sentido de consolidar a noção de que para ser uma mulher, no sentido pleno, necessariamente se deveria viver a experiência da maternidade, o que significaria inclusive dedicar-se inteiramente à criação

dos filhos. Assim, confunde-se novamente o biológico com o social para justificar o papel social delegado às mulheres:

Articulando-se aos interesses econômicos do Estado, um outro discurso proferido por médicos, moralistas, administradores e chefes de polícia reforçava a necessidade de a mulher ocupar-se com os filhos. Tal discurso baseava-se, principalmente, no argumento de que essa seria a forma “natural” de cuidados com a criança e, por isso, a mais adequada; uma vez que só a mulher era capaz de gestar e parir, seriam, pois, concernentes apenas à “natureza feminina” a educação e os cuidados com a prole (MOURA, ARAÚJO, 2004, p. 46).

O modelo de mulher integralmente dedicada ao lar e aos filhos foi e ainda é vivenciado de maneira bastante diferente por mulheres de diferentes classes sociais. Para Scavone (2001b), a industrialização e a urbanização associadas à absorção da população feminina no mercado de trabalho transformaram os padrões de maternidade vigentes. Assim, além do trabalho doméstico (cuidado com a casa, filhos e marido) historicamente a cargo das mulheres, o trabalho feminino formal passa a ser uma realidade, legitimando as mulheres como trabalhadoras também no espaço externo ao lar e possibilitando a conversão do trabalho como uma das dimensões componentes da identidade feminina.

Sobre esse tema, Ferrand (2004) analisa que nos dias atuais, tanto a vida profissional quanto a maternidade são elementos de grande relevância na constituição da identidade social feminina, sobretudo devido à capacidade que hoje elas possuem de estabelecer a regulação efetiva da reprodução, planejando o momento da chegada dos filhos. Assim, a realização profissional e familiar/conjugal aparecem como dimensões não excludentes, mas complementares desta nova identidade: ser mãe e, o mesmo tempo, trabalhadora.

Entretanto, a participação da mulher no trabalho formal não trouxe grandes alterações na divisão sexual das tarefas domésticas e do cuidado com o lar. Segundo Donati, Cèbe e Bajos (2002), ainda recai sobre as mulheres a maior parte da responsabilidade e da obrigação social de estar disponível para o cuidado com o lar, sobretudo com os filhos. Assim, a “exigência de disponibilidade junto às crianças submete mais que nunca as mulheres a tensões e arbitragens complexas entre suas responsabilidades familiares e suas aspirações profissionais”, (DONATI, CÉBE, BAJOS, 2002, p. 117), alterando também suas escolhas reprodutivas, sobretudo no que diz respeito à interrupção de uma gravidez:

As múltiplas estratégias que resistem na conciliação das atividades profissionais e a carga das crianças traduzem a importância que se reveste para essas mulheres na dupla identidade maternal-profissional. É então nessa dinâmica de ajuste, flutuantes no tempo e de acordo com as gratificações retiradas do trabalho salariado que se elaboram projetos de crianças, de filhos, e o calendário dos seus nascimentos. Assim através dessa dinâmica devem ser compreendidos os aspectos relevantes à decisão de continuar ou não uma gravidez imprevista (DONATI, CÉBE, BAJOS, 2002, p. 117-118).

Scavone (2001b) reitera que essas mudanças sentidas pelas mulheres foram ainda acompanhadas por grandes desigualdades sociais e sexuais, que demarcaram importantes diferenças na experimentação deste processo de acordo com a classe social na qual cada mulher está inserida.

Sobre as mulheres de classes sociais menos favorecidas, componente importante da força de trabalho, se impõem as maiores adversidades nessa conciliação, em comparação às mulheres de classes mais abastadas: as primeiras convivem com o menor acesso à qualificação profissional e em grande parte das vezes são submetidas a trabalhos mais precários, sobretudo as mulheres negras e pobres (TOLEDO, 2005).

Estes condicionantes resultam numa dupla jornada de trabalho mais penosa, uma vez que as mulheres não são desobrigadas das tarefas domésticas e do cuidado/educação dos filhos, contam com pouco acesso a equipamentos sociais fornecidos pelo Estado como creches e escolas e, em boa parte dos casos, não possuem rendimento suficiente para contratar empregadas domésticas. Para estas mulheres, a conciliação entre a esfera profissional e familiar muitas vezes ocorre graças às redes femininas de solidariedade intergeracional (mães, outras parentas, vizinhas, amigas, entre outras).

Para mulheres das camadas média e alta, os recursos financeiros que dispõem lhes garante a utilização daqueles equipamentos e, principalmente, a contratação do trabalho de outras mulheres – babás e empregadas domésticas – para as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos. Apesar de contarem com um suporte maior facilitando a conciliação entre trabalho e família, essas mulheres não são desobrigadas de parte desse trabalho, sobretudo no que diz respeito ao cuidado e educação dos filhos.

As novas condições surgidas a partir da mediação entre a esfera pública e privada pelas mulheres influenciaram sobremaneira a forma como as mulheres lidam com a escolha pela maternidade: “ser ou não ser mãe passou a ter uma dimensão reflexiva, a ser uma

decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal” (SCAVONE, 2001b, p. 50).

A necessidade de planejar a reprodução sem dúvida encontrou na adoção da contracepção moderna, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, um dos mais decisivos fatores para sua consolidação, uma vez que possibilitou às mulheres o acesso mais facilitado aos mecanismos que viabilizam maior margem de controle sobre a procriação (SCAVONE, 2001a; 2001b; FERRAND, 2004; FERRAND, 2008).

A introdução dos métodos contraceptivos provocou uma profunda transformação no modo de lidar com a fecundidade, transformando-a num projeto pessoal que requer preparo e reflexão, assim, “o medo de ter filhos demais deu lugar ao desejo de tê-los em menor número” (BOZON, 2004, p. 44), confirmando a tendência a proles reduzidas observada nas sociedades modernas.

No entanto, isso não significou que a decisão sobre ser ou não mãe passou a ser realizada sem constrangimentos por todas as mulheres, uma vez que esta pode ser modulada pelas desigualdades sociais e raciais/étnicas existentes entre as mulheres, produzindo distintas características e possibilidades – ainda que essas condições não determinem necessariamente a decisão sobre a maternidade (SCAVONE, 2001b).

Corroborando a noção de que não apenas as condições materiais interferem na decisão sobre a gravidez, Donati, Cèbe e Bajos (2002) discutem que, sobretudo após o advento do controle contraceptivo, a decisão sobre a maternidade ganha novos contornos, passando a ser objeto de escolha, passível de planejamento, não mais submetida ao acaso. No entanto, argumentam que essa escolha não sofre influência apenas do casal, tampouco está apenas relacionada ao conforto pessoal, conjugal ou profissional da mulher, mas obedece a modelos, normas e a sistemas de valores que diferem de acordo com os distintos meios sociais e que “remetem às ‘boas’ condições que devem ser reunidas para acolher uma criança e educá-la da melhor forma possível” (DONATI, CÈBE, BAJOS, p. 115).

A possibilidade de maior controle sobre a fecundidade tornou possível o planejamento da chegada dos filhos, ressignificando a ocorrência de uma gravidez não prevista como uma falha do planejamento reprodutivo do casal, o produto de um acaso que caracteriza, portanto, um evento inaceitável (DONATI, CÈBE, BAJOS, 2002), uma vez que

pode não estar em conformidade aos padrões que as mulheres e casais de distintos meios sociais definem acerca do enquadre ideal para a chegada de uma criança. No entanto, admitem que a chegada inesperada de uma gravidez possa fornecer a alguns casais um maior grau de confiança no projeto parental que possuem e frente ao qual ainda se encontram indecisos.

Segundo as pesquisadoras, o enquadre ideal envolve, em última instância, a existência de um ente conjugal que obedece a um modelo dominante de casal aceitável perante as normas sociais hegemônicas: um casal (heterossexual) estável com um projeto de vida, um projeto parental e uma identidade em comum que os qualifica enquanto sujeitos capazes e aptos para constituir uma família. Outros momentos biográficos, do ciclo de vida e de percurso sentimental experimentados pelas mulheres não as colocam em condições tidas como ideais pelo imaginário social para a concepção de uma criança.

Assim, o recurso ao aborto nas condições em que a mulher não preencha os requisitos de um enquadre ideal pode ser compreendido como a correção de um desvio sofrido durante a construção das condições ideais para a chegada de um filho; é, portanto, um esforço para adaptar-se à norma social que prescreve o momento da gestação num tempo, lugar e situação previamente determinados, e nem sempre possíveis de se alcançar.

Donati, Cèbe e Bajos (2002) destacam ainda que para além da maior margem de controle sobre a reprodução, a idealização de um projeto parental e do laço relacional com relação à criança desejada cria expectativas sobre quais seriam essas condições ideais para acolhê-la, o que têm resultado numa tendência às proles reduzidas, como pela facilidade de gerir os recursos destinados ao investimento social para os filhos.

No campo das escolhas reprodutivas, para além do uso de métodos contraceptivos como forma de restringir a fecundação, as práticas abortivas também ganharam bastante relevância no concernente ao controle sobre a fecundidade ao longo da história da reprodução humana. Segundo a perspectiva apontada por Rosado-Nunes (2008), concepção, anticoncepção e aborto são eventos complementares da reprodução humana. A autora propõe que esses três componentes da vida reprodutiva das mulheres devam ser objetos de sua escolha e do exercício de direitos sociais e humanos. Dessa forma,

A compreensão da reprodução humana em sua totalidade como resultado de um ato de escolha – mesmo considerando-se as circunstâncias reais que limitam essas escolhas, especialmente, a pobreza, o racismo e a inferiorização social das mulheres em relação aos homens – permite pensar a decisão por um aborto como uma decisão tão moralmente aceitável como aquela de manter a gravidez. (ROSADO-NUNES, 2008, p. 72)

Ferrand (2008), ao analisar a liberação do aborto e da contracepção na França, reflete que ambas permitiram a dissociação entre a sexualidade e a procriação, além de aumentarem as possibilidades das mulheres de não prosseguirem com uma gravidez não desejada. Para a autora,

[...] a liberalização do aborto [...] contribuiu sobretudo para redefinir a identidade feminina, permitindo a passagem de um modelo do 'destino maternal' a um modelo muito mais diversificado, embora este exigisse ainda três componentes: a maternidade, a realização sexual e o investimento profissional (FERRAND, 2008, p. 657)

Assim, a relação sexual não resulta necessariamente em procriação, e a possibilidade de escolher ter ou não filhos e o momento ideal para fazê-lo podem propiciar a conciliação entre vida familiar e profissional, permitindo maiores condições para que as mulheres exerçam outras dimensões das suas vidas que não somente a maternidade. A liberação do aborto é compreendida por Ferrand (2008, p. 657) como “condição para a emancipação feminina”, permitindo “uma verdadeira abertura do mundo social e profissional para as mulheres”.

A reprovação da sociedade em relação ao aborto, além de estar fortemente relacionada à supervalorização da maternidade – a qual é ainda frequentemente considerada a função social ou finalidade da existência feminina –, aparece também reforçada pela “idéia, talvez ainda mais fortemente arraigada nas mentes e corações, de que a maternidade seria a expressão máxima do respeito pela vida humana, enquanto o aborto seria sua negação mais absoluta”, como considera Rosado-Nunes (2008, p. 65). Esta noção encontrou nas religiões de matrizes cristãs algumas de suas grandes porta-vozes, a partir das quais pode ser amplamente disseminada e adotada por significativa parcela dos povos ao redor do mundo.

Schor e Alvarenga (1989), ao recuperarem a história do aborto ao redor do mundo, vão de encontro ao discurso predominante na Igreja Católica de que o aborto não possui

uma história, sendo sua prática, desde sempre, um dos mais graves pecados, por ofender triplamente a Deus, à moral cristã e à natureza divina da mulher enquanto ser capaz de “gerar uma vida” (ROSADO-NUNES, 2008).

Mesmo nos países onde é legalizado, o aborto é uma prática ainda não legitimada. Mesmo em face de uma gravidez que não se enquadra no tipo ideal vislumbrado pela mulher ou pelo casal, o entorno social tende com maior frequência aceitar ou empregar mais esforços para sustentar a decisão de mantê-la. Ademais, Ferrand (2004) destaca que apesar da contracepção moderna ter permitido a conciliação da maternidade com outras escolhas, a exemplo sua inserção no mundo do trabalho, o componente profissional (valorizado como elemento constituinte da identidade feminina, nos dias atuais) parece ser posto em segundo plano quando entra em conflito com a realização da maternidade:

Essa prioridade nas representações das mulheres, de um modelo identitário onde a questão profissional pode se esvaír diante da evidência da maternidade, confirma a manutenção da importância da dimensão maternal na identidade social feminina (FERRAND, 2004, p. 8, tradução nossa).

Nesse sentido, o aborto configura-se num tema de grande complexidade, dada a multiplicidade de discursos que tentam compreendê-lo e significá-lo, levando-se em consideração desde questões religiosas, filosóficas, morais, jurídicas, científicas e éticas, que acabam por remeter não somente ao direito das mulheres sobre seu corpo, mas também a aspectos relacionados à vida – principalmente à vida do feto como sujeito em potencial e aos direitos que devem ser a ele atribuídos e protegidos (DINIZ, ALMEIDA, 1998).

5 METODOLOGIA

5.1 A PESQUISA *“PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DE PROFISSIONAIS E DE GESTORES DA SAÚDE SOBRE O ABORTO INDUZIDO EM SALVADOR, BAHIA”*

O presente trabalho deriva de uma pesquisa mais ampla, atualmente desenvolvida junto ao Programa Integrado em Gênero e Saúde – MUSA, do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.

Qualitativa e de cunho etnográfico, a pesquisa supracitada objetivou compreender de maneira comparativa as experiências, práticas e opiniões sobre o aborto induzido de usuárias do SUS, profissionais diretamente ligados à atenção ao abortamento e gestores de saúde, na cidade de Salvador, Bahia, a partir da realização de entrevistas semiestruturadas com os sujeitos participantes, da observação participante no serviço e da tomada de notas em diário de campo.

Como objetivos específicos, entre outros, pretendeu-se compreender as percepções e experiências das usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS que buscam atendimento em unidades hospitalares da rede pública para completar o processo de aborto induzido, no que diz respeito a quatro aspectos: o tema geral do aborto; a decisão de interromper a gravidez; a atenção recebida na unidade de saúde; o período após a realização do aborto e alta hospitalar.

5.1.1 Local, informantes e técnica de produção de dados

A pesquisa foi realizada em maternidades pertencentes à rede pública do SUS, na cidade de Salvador, Bahia. Foram escolhidas três unidades, com os seguintes perfis: um

Hospital Geral de médio porte com unidade obstétrica, situado na periferia da cidade; uma maternidade de grande porte; e uma terceira unidade onde eram desenvolvidas atividades de formação profissional na área da saúde. O universo de sujeitos investigados consistiu em: profissionais de saúde diretamente envolvidos na atenção ao aborto; gestores da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB e da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador – SMS ligados à formulação de políticas públicas na área de saúde da mulher; e mulheres, com mais de 18 anos, internadas no hospital devido a aborto provocado.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a partir da aplicação de um roteiro previamente elaborado e testado, durante um período total de nove meses entre os anos de 2008 e 2009, por uma equipe composta por três antropólogas e uma assistente de pesquisa. A equipe responsável pela seleção de respondentes e produção de dados buscou abordar mulheres com diferentes perfis e experiências de aborto e atenção hospitalar recebida, contemplando as seguintes variáveis: faixa etária, local de residência, escolaridade, religião de criação e atual, raça/cor, situação de trabalho, situação conjugal, idade gestacional na ocasião do aborto, relação com o parceiro da gravidez terminada em aborto, história reprodutiva e relações de parentesco dos filhos com o cônjuge (atual e/ou ex-companheiros ou ex-parceiros).

Todas as informantes foram contatadas durante sua estadia nas maternidades, sendo elas: mulheres que declararam estar internadas, naquela ocasião, por motivo de aborto induzido, e que já haviam realizado procedimento de curetagem ou AMIU e aguardavam a alta hospitalar; ou mulheres internadas por parto ou aborto espontâneo, mas que declararam história recente de interrupção voluntária da gravidez (até três anos antes), tendo sido atendidas, por ocasião daquele aborto, em maternidades ou centro obstétricos. Ao todo, foram realizadas 70 (setenta) entrevistas nas três maternidades elegidas. Do total de entrevistas, 14 (quatorze) foram realizadas fora do hospital após a alta, em local de preferência das mulheres; cinquenta e três (53) foram realizadas ainda no hospital (no caso das mulheres que declararam aborto provocado, foram feitas após o procedimento de curetagem ou AMIU e ainda antes da mulher deixar o hospital). As entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas de acordo com os blocos temáticos do roteiro de entrevistas.

5.2 ASPECTOS METODOLÓGICOS DESTA PESQUISA

O presente trabalho encontra-se no campo da Pesquisa Social em Saúde (MINAYO, 2006), uma vez que o tema do abortamento provocado circunscreve-se não apenas na esfera da vida particular, mas também compreende a discussão sobre aspectos de âmbito mais amplo, circunscritos na esfera social: envolve desde o significado que cada mulher atribui ao aborto até os elementos relacionados com a atenção recebida e com a interação com os profissionais de saúde, passando pela percepção das mulheres sobre o cuidado produzido pela equipe de saúde e que recebem no momento da internação (trajetória e etapas da atenção, procedimentos realizados e a atenção recebida) – no contexto de criminalização da prática do aborto e de grandes desigualdades sociais, o qual imprime sobre as mulheres diferentes formas de vivenciar o aborto.

Foram selecionadas 19 entrevistas de mulheres diagnosticadas, sendo 11 realizadas ainda no hospital, enquanto as mulheres aguardavam a alta hospitalar e 8 em ocasião posterior, em local escolhido por cada uma das participantes. Além do critério de saturação do conteúdo, a seleção da amostra buscou contemplar a maior variedade possível segundo diferentes atributos socioeconômicos, culturais e clínicos das participantes, de modo a conferir a maior heterogeneidade possível à amostra, dentre os quais: idade, escolaridade, religião, raça / cor, autonomia financeira, idade gestacional, etiologia do aborto, relação conjugal e paridade.

5.3 ANÁLISE DOS DADOS

Optou-se pela utilização da técnica de análise de conteúdo temática (ACT) para o tratamento dos dados produzidos pela aplicação dos roteiros de entrevista semi-estruturada às informantes. Dentre os diversos tipos de técnica de análise de conteúdo, Minayo (2006) destaca a análise temática, por ser considerada a mais adequada para investigações em saúde e também a técnica mais simples de ser aplicada.

Uma análise temática é aquela em que a unidade de registro é o tema, que se torna um tema-eixo na medida em que é adotado pelo pesquisador como unidade referente de análise. A análise de conteúdo temática, desse modo, objetiva identificar aquilo que Bardin (1977) chama de “núcleos de sentido” presentes na mensagem captada. A importância desses núcleos na mensagem está relacionada ao contexto onde esses foram produzidos, e a partir de sua compreensão se desenvolve o trabalho interpretativo que a técnica pressupõe.

Segundo Bardin (1977), a técnica se organiza em torno de três fases:

- 1) pré-análise;
- 2) exploração do material;
- 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de *pré-análise*, são escolhidos os documentos e são novamente consideradas as hipóteses e objetivos da pesquisa para a elaboração de indicadores a serem utilizados na interpretação dos dados (MINAYO, 2006). É necessário, primeiramente, o que Bardin chama de *leitura flutuante*, onde o pesquisador estabelece o primeiro contato com o material produzido pelas técnicas de coleta e onde se deixa permear pelas primeiras intuições, impressões e insights dessa leitura preliminar, guiada pela recuperação das hipóteses e problema de pesquisa.

Após a etapa de leitura flutuante, encaminha-se para a constituição do *corpus*, ou seja, a seleção da quantidade de entrevistas a serem trabalhadas. A etapa de leitura flutuante, já realizada no presente momento, possibilitou identificar que dentre o material obtido nas entrevistas realizadas com as usuárias das maternidades, o *corpus* de pesquisa resultante seria constituído por 19 entrevistas. Para isso, foram considerados – além dos critérios de seleção e exclusão explicitados anteriormente – os critérios de *exaustividade*, *representatividade*, *homogeneidade* e *pertinência*, indicados por Bardin (1977) para a constituição do *corpus* de pesquisa.

Minayo (2006) aponta também a etapa de *formulação e reformulação dos objetivos*, onde, de acordo com Bardin (1977), pretende-se confirmar ou refutar as hipóteses levantadas preliminarmente na pesquisa, como forma de ajustar os referenciais que balizarão a interpretação dos dados e como ponto de partida para a formulação de indicadores (ou referentes) de análise na próxima fase da análise de conteúdo.

Na segunda fase da técnica, a *exploração do material*, o objetivo é criar categorias analíticas prévias, ao redor das quais os sentidos se organizam numa determinada mensagem. Nessa fase, começa o trabalho de tratamento do material, caracterizado pela tarefa da *codificação*. A codificação é caracterizada pela “classificação dos materiais colhidos na amostra” (BAUER, 2003, p. 199), através de um referencial de codificação (conjunto de códigos) utilizado para guiar a interpretação do material a ser analisado.

Segundo Bardin (1977), a codificação requer a decomposição do texto em partes chamadas de *unidades*. A identificação das unidades possibilita destacar das mensagens coletadas os núcleos de sentido latentes em seu interior. Unidades de registro são unidades de significação da mensagem, uma unidade de base sobre a qual se trabalha a recorrência das demais unidades. Dentre as unidades de registro mais utilizadas na análise de conteúdo, a autora destaca o *tema* – “a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. [São] ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis” (BARDIN, 1977, p. 105).

Segundo Bauer (2003), todo processo de codificação promove uma modificação irreversível no texto analisado (seja ele um documento ou uma entrevista transcrita), uma vez que ganha novos sentidos associados aos referentes empregados para a sua interpretação, gerando uma nova informação. A exploração do material possibilitou a identificação de categorias prévias, referentes aos objetivos do trabalho (GASKELL, 2003), dialogando com os propósitos delimitados, e também a criação de novas categorias a partir de unidades de significação destacadas do texto.

Dessa forma, chegou-se a duas categorias. A primeira, intitulada *O aborto na maternidade*, que abordará os elementos mais significativos da vivência das mulheres em cada etapa da assistência, além da relação com os sujeitos com quem interagem. Optou-se pela classificação dos dados segundo cada etapa da atenção hospitalar vivenciada pelas mulheres, criando-se seis subcategorias: Recepção; Triagem e admissão; Pré-parto (PP); Sala de procedimentos; Enfermaria; Alta. A segunda categoria, *Mulheres e sua percepção sobre a assistência: desvendando um paradoxo*, que visa dialogar com os sentidos mais gerais a

respeito da internação, explorando as percepções e avaliação das mulheres quanto ao atendimento recebido.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa etnográfica da qual derivou o presente projeto teve início em abril de 2008, após aprovação do sistema CEP/CONEP e autorização da Universidade Federal da Bahia – UFBA e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB para realização da investigação nas maternidades selecionadas.

Desse modo, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, o projeto da pesquisa foi apresentado aos diretores dos três hospitais, sendo novamente solicitada outra submissão do projeto ao Comitê de Ética local por uma das maternidades, o que acarretou retardo na entrada nesta unidade, o que ocorreu ao final do ano de 2008. A pesquisa atende as normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, segundo resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (2000) que trata de pesquisa com seres humanos.

Os dados coletados nesta pesquisa não serão divulgados, a não ser para fins acadêmicos e de pesquisa. Os nomes verídicos das mulheres entrevistadas e das maternidades foram substituídos por nomes fictícios, como forma de preservar as verdadeiras identidades das informantes e das instituições.

No intuito de proteger a identidade das mulheres entrevistadas, foi adotado o Termo de Consentimento Informado (TCI). O grupo de pesquisadoras responsáveis pelas entrevistas realizou a leitura do TCI em voz alta, para as mulheres, registrando em arquivo de áudio tanto o conteúdo do documento quanto a confirmação oral das mulheres da sua participação na pesquisa, de maneira livre, espontânea e informada.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G. **Magnitude do aborto no Brasil**: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. [Online]. Rio de Janeiro: IPAS Brasil – IMS/UERJ, 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Panorama do aborto no Brasil – grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis – Comunicação em Saúde**, n. 66. Rio de Janeiro: Fiocruz, fev. 2008.
- ALAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Aborto clandestino**: uma realidade latinoamericana. New York: AGI, 1994.
- ANDRADE, V.M.M; SILVA, V.P; SILVA, L.R. Percepção das mulheres no cuidado de enfermagem frente a situação de aborto. **R. de Pesq.**: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. 1/2, p. 121-129, 1./2. sem. 2004.
- AYRES, J.R. de C.M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interfaces – **Comunicação, Saúde Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, 2000.
- _____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BAJOS, N.; FERRAND, M.. **De la contraception à l'avortement**: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm, 2002.
- BARBOSA, R.M. ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. **Revista Estudos Feministas**, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 408-17, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1977.
- BAUER, M.W. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BAZOTTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepção e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n. 1, p. 147-154, 2009.
- BENUTE, G.R.G., et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-7, 2009.
- BERTOLANI, G. B. M.; OLIVEIRA, E. M. de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.

BEZERRA, M.G.A.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 414-21, mai.-jun., 2006.

BOEMER, M. R.; MARITUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BOZON, M. **Sociologia da Sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna**: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, C.H. Aborto no Brasil: a irracionalidade da criminalização. **Rede Feminista de Saúde Online**. Banco de Textos sobre Violência de Gênero. Seção Publicações. Porto Alegre: Rede Feminista de Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/BCOTXT/Aborto%20no%20Brasil%20irracionalidade.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

CARNEIRO, M.F. **Aborto provocado e mulheres trabalhadoras**: percepção de enfermeiras. 2009. 86 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2009.

CHARTIER, R. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica (nota crítica). **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 4, pp. 37-47, 1995.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos**: Res. CNS 196/96 e outras. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

COSTA, R.G. et. al. A decisão de abortar: processos e sentimentos envolvidos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan.-mar. 1995.

DIAS, M.A.B. **Humanização da Assistência ao Parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ, D. ALMEIDA, M. Aborto e Bioética. In: COSTA, S.I.F.; GARRAFA, V.; OSEKA, G. **Iniciação à Bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DINIZ, D. MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D. CASTRO, R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 94-102, jan. 2011.

DONATI, P.; CÈBE, D.; BAJOS, N. Interrompre ou poursuivre la grossesse? Construction de la décision. In: BAJOS, N.; FERRAND, M. **De la contraception à l'avortement**: sociologie des grossesses non prévues. Paris: Inserm, 2002.

FERRAND, M. Sociologia da contracepção e do aborto: a contribuição da análise das relações de gênero. Aula inaugural. **11º Curso Regionalizado de Introdução à Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva Sul, Sudeste e Centro-Oeste**. Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Trad.: Patrice Willaume e Maria Luiza Heilborn. Rio de Janeiro, 13 set. 2004.

_____. O aborto, uma condição para a emancipação feminina. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 653-659, mai.-ago. 2008.

FONSECA, R.M.G.S. As leis históricas da população: marco teórico para a compreensão da reprodução humana. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3. n. 1, p. 19-29, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GESTEIRA, S.M. A.; BARBOSA, V.L.; ENDO, P.C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 462-7, 2006.

GOMES, A.M. de A.; NATIONS, M.K.; LUZ, M.T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-72, 2008.

HEILBORN, M.L. Corpo, Sexualidade e Gênero. p. 47-57. In DORA, D.D. (org.). **Feminino Masculino** – igualdade e diferença na justiça. Porto Alegre: Editora Sulina, 1997.

_____. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. Capítulo I. In: HEILBORN, M.L. (e cols.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Garamond / Fiocruz, 2006.

LOPES, R.C.S., et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247-54, 2005.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MARIUTTI, M.G. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento**. 2004. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública). Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

MARIUTTI, M.G., et al. Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 83-88, jan-abr., 2005.

MARIUTTI, M.G. ALMEIDA, A.M; PANOBIANCO, M.S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-americana de Enfermagem** [Online], Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a04.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2010.

MATAMALA, M.I. Gender-related indicators for evaluation of quality of care in reproductive health services. **Reproductive Health Matters**, v. 6, n. 11, may, 1998.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, pp. 1483-1491, jul. 2006.

MCCALLUM, C.; REIS, A.P. MENEZES, G.M.S. **Práticas e concepções sobre o aborto em uma maternidade pública de Salvador-Bahia**. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 30, Caxambu, Minas Gerais, 2006.

MENEZES, G.M.S. **Aborto e Juventude: um estudo em três capitais brasileiras**. 2006. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

MENEZES, G.M.S. AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, S193-S204, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MOTTA, I.S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, 2005.

MOURA, S.M.S.R; ARAÚJO, M.F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

NAGAHAMA, E.E.I. **A humanização do cuidado na assistência hospitalar ao parto**: uma avaliação da qualidade. 198 f. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2007.

NARVAZ, M.G; KOLLER, S.H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan.-abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a07v18n1.pdf>>. Acesso em: 25 de set. 2007.

NERY, I.S., et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-73, jan.-mar., 2006.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dez. 2000.

RABELO, M.; ALVES, P.C. Corpo, experiência e cultura. In: LEIBING, A. (org). **Tecnologias do corpo**: uma antropologia das medicinas no Brasil. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê aborto inseguro**: Direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia. São Paulo: Rede Saúde, 2002.

ROSADO-NUNES, M. J. Aborto, maternidade e a dignidade da vida das mulheres. In: SÃO PAULO. **Mulheres e cidadania ativa**: construindo políticas de igualdade – Guia de formação de gestoras e gestores. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2008.

SAFFIOTI, H.I.B. Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento? **Crítica Marxista**, Campinas, n. 11, p. 71-75, 2000.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 115-136, 2001.

SCAVONE, L. As múltiplas faces da maternidade. Fundação Carlos Chagas. **Cadernos de Pesquisa – Revista de Estudos e Pesquisa em Educação**. São Paulo: Editora Cortez, n. 54, p. 37-49, 1985.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, p. 137-150, 2001a.

_____. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde Educação**, Botucatu, v. 5, n. 8, p. 47-60, 2001b.

SCHOR, N. ALVARENGA, A.T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, ano 4, n. 2, jul.-dez. 1994. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/SCHOR.HTM>>. Acesso em: 24 mai. 2010.

SCOTT, J.W. Prefácio a Gender and Politics of History. **Cadernos Pagu**, Campinas, p.11-27, 1994.

SILVEIRA, S.C. **A assistência ao parto na maternidade**: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. 2006. 222 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2006.

SINGH, S. et al. **Aborto a nível mundial**: una década de progreso desigual. Nova Iorque: AGI, 2009.

SOARES, G.S. Profissionais de saúde frente aos casos de aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 399-406, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2007.

STEELE, C. CHIAROTTI, S. Com tudo exposto: crueldade na atenção pós-aborto em Rosário, Argentina. **Reproductive Health Matters**, v. 3, n. 3, 2008.

TOLEDO, C. **Mulheres**: o gênero nos une, a classe nos divide. 2. Ed. São Paulo: Instituto José Luis e Rosa Sundermann, 2005.

TORNQUIST, Carmem Suzana. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Estudos Feministas**, ano 10, 2º semestre, pp. 483-492, 2002.

_____. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, pp. S419-S427, 2003.

VÁZQUEZ, G.GH. Ludibriando a natureza: mulheres, aborto e medicina. **Historia: Questões e Debates**, Curitiba, n. 47, p. 43-64, 2007.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

YU, P. C. **Registro nacional de operações não cardíacas**: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos. [Tese de doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Cardiologia. São Paulo, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Usuárias**

DECLARAÇÃO

Estamos convidando você para participar da pesquisa intitulada ***“Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia”***.

O objetivo deste estudo é saber a opinião e as percepções de mulheres, profissionais de saúde e dirigentes dos serviços de saúde sobre uma gravidez, sobretudo quando esta termina em um aborto. Considerando que, na gravidez, independente do seu resultado, as mulheres são atendidas nos serviços de saúde, nós queremos entender que tipo de experiência mulheres como você, e outras que estamos entrevistando, tiveram com as diferentes instituições médicas que freqüentadas, tais como hospitais e maternidades. Queremos saber o que, na sua opinião, foi importante nos serviços oferecidos, o que você acha que aprendeu (ou não aprendeu) e que tipo de relacionamento você tem agora, ou teve no passado, com as pessoas que trabalham naqueles locais, tais como os/as médicos/as e as enfermeiras e outros profissionais de saúde.

PROCEDIMENTOS

Gostaríamos de fazer algumas perguntas e este processo deve durar uma hora ou mais um pouco. Nós perguntaremos o que você acha dos serviços oferecidos para as mulheres no hospital e também em outras unidades de saúde que você freqüentou. Gostaríamos de pedir a você para descrever as suas experiências em relação aos cuidados com sua saúde, o que você achou do atendimento que recebeu. Nossas questões incluem perguntas sobre sua saúde, sobre sua comunidade, sobre sua família, incluindo detalhes sobre sua vida educacional e profissional. Nós perguntaremos também sobre outros aspectos da sua história pessoal, como a sua vida amorosa, como foi seu aprendizado sobre sexo, se você usa ou sabe como utilizar métodos anticoncepcionais, e sobre sua história reprodutiva, isto é, se você já engravidou, em que circunstâncias isto aconteceu, e o resultado da gravidez.

È importante que você saiba que tudo que você falar será confidencial, ou seja, ninguém, exceto a pessoa que lhe entrevista e mais outros três membros do grupo de pesquisa na

Universidade, saberão sobre o que você disse e, ninguém será capaz de identificar você quando finalizarmos o nosso relatório sobre esta pesquisa. Suas respostas serão mantidas em absoluto segredo.

BENEFÍCIOS

Para nós é muito importante que possamos compreender mais a opinião das mulheres que utilizam os serviços de saúde a respeito de suas próprias vidas, suas necessidades de saúde e a avaliação da atenção recebida nesses serviços. Por este motivo é que estamos solicitando a sua ajuda. O que você e outras mulheres disserem será utilizado para elaborar relatórios que podem ser lidos pelas autoridades, pessoas que fazem leis, ou aquelas que planejam serviços especiais para atenção às mulheres. Estes relatórios também podem vir a ser utilizados nas universidades para que os estudantes aprendam sobre as experiências reais e as opiniões de pessoas como você.

Não podemos lhe oferecer qualquer pagamento por você responder às perguntas.

É possível ainda que você ache desconfortável responder as nossas perguntas. Por isso sinta-se à vontade para não respondê-las ou desistir de ser entrevistada. Em qualquer momento você também pode desistir de participar, sem que isso cause nenhum problema para nós. Caso você deseje explicações mais detalhadas ou mais informações, terei prazer em responder suas perguntas.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter entendido que o propósito deste estudo é compreender as necessidades e problemas das mulheres, com relação à saúde tais como: gravidez, parto, aborto, planejamento familiar e outros assuntos de saúde das mulheres. Compreendo que este estudo é sobre as minhas experiências (e as experiências de outras mulheres como eu) em relação aos diferentes hospitais e maternidades que lidam com esses assuntos. Entendo que serei solicitada a falar sobre o que é e o que foi benefício para mim nos serviços oferecidos, o que eu ganhei destes serviços (ou não) e também sobre as minhas críticas sinceras a estes serviços.

Finalmente declaro ter entendido que a pesquisa é também sobre meus relacionamentos passados e presentes com os/as médicos/as, enfermeiras e outras pessoas que trabalham nestas unidades de saúde.

sim não

Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre a pesquisa e estas foram satisfatoriamente respondidas.

sim não

Eu voluntariamente consinto participar do estudo por meio das respostas às perguntas e entendo que tenho direito de parar a qualquer momento, sem que isto afete de qualquer forma a atenção médica a mim dispensada.

sim não

Eu entendo e consinto que posso ser contatada no futuro e ser solicitada a participar novamente da pesquisa, com mais entrevistas a serem realizadas em minha comunidade de residência.

sim não

Salvador, _____ de _____ de 2008.

Assinatura da voluntária _____

Assinatura da entrevistadora _____

ANEXO B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PROJETO SAÚDE REPRODUTIVA NA BAHIA

Folha de rosto (*usar ficha de campo aqui*)

Introdução fala livre

Você poderia me contar com detalhes tudo o que aconteceu? (*deixar que a entrevistada fale o mais possível sobre isto. Observar o que foi relevante para ela*).

I. Bloco do atendimento

1. Quando foi que você chegou no (nome) hospital?
2. Você foi acompanhada ou sozinha?
3. Foi a primeira vez que você tinha ido lá, ou você já havia ido antes (por conta do mesmo problema)?
 - 3.1 (*se aplicar*) O que aconteceu nessa vez anterior?
4. Foi o primeiro hospital que você foi? Quantas unidades você procurou antes de chegar lá?
 - 4.1 (*se aplicar*) O que aconteceu no/s outro/s hospitais que você foi antes?
5. Foi a central de regulação que encaminhou você?
 - 5.1 (*se aplicar*) você ligou para a Central da sua casa ou de outro lugar ou você já estava em algum hospital?

I.1 Recepção administrativa

5. Quando você chegou no hospital, qual foi a primeira coisa que você fez? (*se chegou de ambulância ou outro, pular para pergunta 10*)
6. O que você falou com o pessoal da recepção? Qual foi a atitude deles?
7. Precisou esperar muito? Quanto?
8. Outras pessoas que chegaram depois que você foram atendidas antes que você?
9. Qual era o seu principal sentimento neste momento? (*você estava tranquila, ansiosa, chateada, assustada?*)

I.2 Triagem na Emergência Obstétrica

10. Quando você entrou na triagem, o que aconteceu? Você entrou sozinha ou acompanhada?
11. Teve que esperar muito para ser atendida?
12. Quais foram os profissionais de saúde que lhe atenderam?
13. O que cada um deles/as disse a você? O que eles fizeram?
14. Algum deles explicou para você o que iria acontecer?

15. Pediram para você fazer alguma coisa nesse momento?
16. Alguém além desse/a profissional lhe falou, explicou ou perguntou alguma coisa?
17. Como você estava se sentindo nesse momento? (sensações corporais?)
18. Lembra o que lhe passava pela cabeça naquele momento?
19. Você acha que as pessoas duvidaram de você?
20. Você já tinha feito ultra-som antes?
21. Fizeram outro ultra-som na triagem? Você viu ou podia ver a imagem do ultra-som?
22. Explicaram para você o resultado do ultra-som? (atentar para tempo gestacional)
23. Colocaram soro, aqui na triagem? E algum remédio?
24. Deram algum remédio? (ex. para segurar ou para expulsar)
25. Explicaram a você os procedimentos que seriam feitos depois?
26. Para onde você foi encaminhada?

I.3 Na pré-sala de Procedimentos

27. Quanto tempo você passou na sala de pré-parto?
28. Alguém lhe explicou a razão da espera?
29. Quais profissionais entraram lá? O que fizeram? Perguntaram, disseram alguma coisa pra você? Pediram para você fazer alguma coisa?
30. Deram anestesia pra você neste lugar ou depois, no centro cirúrgico?
31. Alguém lhe explicou o que seria feito depois na sala de procedimentos?
32. Foi preciso raspar os pelos?
33. Foi preciso tomar banho?
34. Quando você trocou as roupas, o que foi feito com as que você estava vestida?
35. Alguém lhe explicou o que seria feito com suas roupas?
36. Você podia levantar, ou tinha que ficar deitada?
37. Fizeram mais alguma coisa que lhe chamou a atenção?
38. Tinha outras mulheres na mesma situação que você?
39. Você chegou a conversar com elas?
40. O que você conversaram?
41. Algumas destas mulheres ajudaram você? De que forma?

I.4 Na sala de procedimentos

42. Quando você entrou no Centro Obstétrico (aquele local onde foi feita a curetagem), quem acompanhou você?
43. O que ela lhe disse? Ela explicou alguma coisa? Disse o que iria acontecer?
44. Na sala que você ficou, você recebeu alguma instrução, alguém falou como você deveria agir?
45. Tinha outras pacientes além de você? Você sabe por que ela/s estava/m lá?
46. Deram injeção de anestesia ou botaram no soro?
47. Alguém explicou quais seriam os efeitos?
48. (Se sim) O que aconteceu depois da injeção / soro?
49. Você se lembra se falaram alguma coisa para você durante a anestesia? E você disse o fez alguma coisa? O que você pensou?

50. O que você acha que o médico fez? (a idéia é observar se ela tem conhecimento de como se dá o procedimento)
51. Como foi tratada lá no CO? (observar aqui se ela relatará espontaneamente discriminação no atendimento)
52. O que lhe passou pela cabeça quando estava lá?
53. Aproximadamente quantas horas você ficou nessa sala?
54. Depois da curetagem, o que aconteceu?
55. Onde foi que você acordou da anestesia?

I.5. Enfermaria

56. Como foi na enfermaria?
57. Havia mulheres na mesma situação que você?
58. Havia também mulheres que tinham tido filho?
59. Quais eram os papos mais freqüentes?
60. Os profissionais de saúde que lhe atenderam, comentaram alguma coisa sobre seu estado? Sobre a razão de você ter ido ao hospital?
61. Quanto tempo você passou na enfermaria?
62. Você pediu para sair mais cedo?
63. Você teve alguma orientação no hospital sobre o que você deveria fazer depois em casa?
64. Falaram e/ou ofereceram algum método contraceptivo?
65. Agendaram a consulta para a contracepção?
66. Como foi tratada na Enfermaria?

II. Bloco decisão

Será adotado o termo utilizado pela entrevistada (gravidez, descer as regras ou outro).

67. Quando você (engravidou/teve um problema com suas regras), você tinha um parceiro?
68. Como estava a relação que você tinha com seu parceiro?
69. Vocês moravam juntos?
70. Fazia quanto tempo que vocês estavam juntos?
71. Ele estava trabalhando?
72. Nesse período, vocês falaram alguma vez de ter (gravidez – ter filhos)?
73. Vocês usavam algum tipo de contracepção? Falaram sobre isso?
74. (se aplicar) Vocês estavam tentando (engravidar – ter filhos)?
75. O que foi que aconteceu? Como foi que você engravidou?
76. Quando e como foi que você soube que você estava grávida?
77. Você duvidou se estava ou não? O que lhe fez pensar que estava grávida e o que não?
78. Sentiu mudanças no seu corpo?
79. A menstruação continuou? Era igual a de sempre?
80. Você fazia sexo nesse tempo? (período de dúvida de se está grávida ou não)
81. Quando você soube com quantos meses ou semanas você estava grávida? Como você veio a saber?
82. Você disse para alguém que estava grávida?
83. Para quem?
84. Qual foi a reação deles (namorado, mãe, amigas ...)?

85. Alguém deu alguma opinião sobre o que devia fazer? Alguém fez alguma coisa? O que você achou do que eles falaram o fizeram?
86. (se ela disser que foi espontâneo) O que aconteceu que fez você perder o nenê?
87. Você sofreu alguma violência? Um susto? Uma queda?
88. Mas você tomou ou fez alguma coisa? (cross-checking)
89. (se foi provocado) Quando você (decidiu) o que fazer?
90. Quanto tempo passou entre o momento que você soube que estava grávida e a sua (decisão) de agir?
91. O que você fez? E como escolheu entre as formas de (interromper gravidez – fazer descer regra)? Alguém lhe ajudou na escolha?
92. Quanto tempo passou entre o momento de sua decisão e o momento em que você fez alguma coisa?
93. Como você imaginou que seria o aborto?
94. Você usou cytotec? ou outra coisa?
95. Como foi que você soube que existia o cytotec (ou outra coisa)?
96. Quando você tomou cytotec você estava com alguém o estava sozinha?
97. Você já tinha tentado tomar cytotec (ou fazer outra coisa) antes, mais não conseguiu?
98. O que foi que aconteceu que finalmente fez você tomar o cytotec (ou fazer outra coisa) em esse momento? Você escolheu um dia da semana em especial? Por que?
99. Você sabia como age o remédio, o que ele faz?
100. Quem comprou o cytotec (ou chás, ou outra coisa)?
101. Foi difícil encontrar?
102. Como você usou? Tomou? Inseriu?
103. Você teve de usar varias vezes?
104. Quanto tempo passou até fazer efeito?
105. Você esperava que fosse assim?
106. Saiu alguma coisa? Onde você estava? O que você viu?
107. O que você fez com “isso”? Alguém tinha dito ou você já sabia o que se faz nesses casos ou lhe ocorreu na hora?
108. Quando você escolheu (cytotec/chã) você já sabia que você teria que fazer curetagem no hospital?
109. Você teve um hemorragia muito forte?
110. Deu infecção?
111. Quanto tempo passou entre o momento em que você fez alguma coisa e o momento que você foi para o hospital?
112. Para qual hospital você foi e por que?
113. Você pensou o que você ia dizer quando chegasse lá?

III. Bloco Temporalidades e aborto

114. Você acha que fez o aborto em um bom período da gestação?
115. Foi no momento que você queria?
116. Você disse que [foi no hospital que você veio saber que estava grávida de xx meses]
117. Ou você queria fazer em outro momento e teve alguma demora?
118. (se aplicar) Por que, teve algum obstáculo?
119. (se aplicar) Alguém influenciou?
120. (se aplicar) Teve alguma dificuldade em conseguir o remédio?

121. (se aplicar) Você estava esperando alguma coisa ou alguém tomar alguma decisão/atitude? De quem? (parceiro, mãe, pai, irmão)
122. (se aplicar) Os seus estudos e/ou trabalho influenciaram nessa demora?
123. Tem um momento melhor (semanas, mês de gravidez) para fazer o aborto? [por cytotec que agiria melhor em gravidez avançada]

III.1 Bloco aborto tardio (etic)

[sempre partir da expressão utilizada pela entrevistada]

124. No hospital houve algum comentário específico porque você estava com xx meses?
125. Você disse que fez xxxx com “o que saiu”. (se aplicar) Você levou pro hospital? Por que você levou / não levou o que saiu pro hospital?
126. No hospital alguém mencionou que tinha que trazer “o que saiu”?
127. Você sabe onde “isso” foi parar?
128. Teve que preencher algum formulário, assinar algum papel?
129. (se aplicar) teve que enterrar?
130. Você imaginava que ia ter que fazer uma coisa assim?
131. Outras pessoas acompanharam você?
132. Como você se sentiu?

IV. Bloco historia de abortos prévios

Gravidez	Desfecho (filho/aborto provocado/aborto espontâneo/outros (gravidez nas trompas, mola)	Tentando engravidar ou “aconteceu”?	Se teve ou foi perda, pensou/cogitou tirar?	Chegou a fazer alguma coisa pra tirar?
1				
2				
3				

133. Como você compararia suas experiências de aborto/curetagens anteriores com essa última?
134. Você utilizou o mesmo método/remédio/procedimento (fez a mesma coisa)?
135. Precizou fazer curetagem? A curetagem foi no mesmo hospital?

V Bloco geral – o aborto dos outros e reflexão sobre a própria experiência

130. O que você acha do aborto?
131. Tem uma lei hoje no Brasil que proíbe a prática do aborto. O que você acha dessa lei?
132. Hoje existe um projeto de lei que quer permitir o aborto até 10 semanas, em torno de 2 ½ meses. O que você acha disso?

133. Você acha que as mulheres falam que já fizeram aborto?
134. Com quem se pode falar? Com quem não? Com quem se sentem a vontade?
135. Se o aborto não fosse proibido, o que mudaria para as mulheres?
136. Se não tivesse essa lei que proíbe o aborto, você teria feito diferente?
137. (se aplicar) Quando você chegou ao hospital você disse que era aborto natural (queda, susto ...), você gostaria de poder ter dito o que tinha acontecido para as enfermeiras ou médicos?
138. (se aplicar) Por que sim? (ou por que não ?)
139. E agora que tem passado um tempinho, o que você acha sobre o que aconteceu?
140. Alguém falou para você se era certo o errado?
141. Você acha que tem alguém que saiba realmente, o pastor, o juiz... o que você acha?
142. Você tem alguma religião ou crença, o fé?
143. Sua religião tem alguma influencia na suas idéias sobre o aborto?
144. Qual você diria que é a sua cor?

VI. Bloco palavrinhas

145. Na sua opinião, o que é uma gravidez planejada?
146. Na sua opinião, o que é uma gravidez desejada?
147. E uma gravidez não planejada?
148. Na sua opinião o que é uma gravidez não desejada?
149. Tem um momento melhor para ter filho?
150. O que é preciso/quais as condições ideais para se ter um filho?

VII Bloco avaliação da experiência

150. Como você avalia a forma com que foi tratada no hospital? Você em algum momento se sentiu maltratada no hospital?
151. Você acha que foi especialmente maltratada por causa do aborto?
152. Você poderia comparar com outras experiências em que você se internou em um hospital?
153. Na sua opinião, quando alguém precisa ir a um hospital/maternidade, ela deve se comportar / agir de um modo diferente? Que coisas você acha que seria bom não fazer ou dizer e que coisas seriam adequadas, seria bom fazer e dizer?
154. Você presenciou alguma cena de maltrato ou descaso com outras mulheres na mesma situação que você?
155. Este foi seu primeiro aborto, ou você já passou por esta experiência? (se já teve outros abortos, buscar investigar o máximo de detalhes, tendo como base as mesmas perguntas do bloco)
156. Alguém de sua família ou alguma amiga já passou por uma situação parecida? Como foi?
157. Depois que você passou por esta experiência, alguma coisa mudou na sua vida? Relação com parceiro? Você aprendeu coisas novas? Sobre contracepção?
158. Tem alguma outra experiência (difícil) na sua vida que você compararia com essa? Quando você acha que tem um problema na sua vida, como você costuma fazer? Quer resolver logo? Quer deixar quieto? Pede ajuda a outras pessoas ou prefere resolver sozinha?

Fala livre sobre experiência

A) avaliação resumida da experiência ("O QUE FOI"), do tipo "o que foi o pior e o melhor de sua experiência?", atentando para ver se o pior e o melhor são do âmbito da conduta pessoal dela, das pessoas próximas, do silêncio e criminalização, do hospital, dos médicos, da dor, dos procedimentos, do atendimento antes e depois, etc.

B) atentar para a existência ou não de expectativas/valores ("O QUE DEVERIA SER"), e perguntar:

"Se você tivesse que passar de novo por uma experiência deste tipo, você acha que poderia ser diferente? Como seria?"

[Tentar especificar: a) da conduta dela, dela p.ex. contracepção, "percepção" da gravidez, demora ou não de tomar decisão, b) do casal, do contato com a família e o entorno social (e/ou "solidão" da decisão); c) do método usado (dificuldade de acesso, efeitos no corpo, etc) e d) do hospital: procedimentos, instalações, profissionais, etc.]