

O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia

*The dilemma of a practice:
experiences of abortion in a
public maternity hospital in
the city of Salvador, Bahia*

Cecilia McCallum

Professora, Departamento de Antropologia/Faculdade de Filosofia
e Ciências Humanas (FFCH)/Universidade Federal da Bahia (UFBA);
honorary research fellow, University of Manchester.
Rua Aristides Novis, 197
40210-909 – Salvador – BA – Brasil
cecilia.mccallum@uol.com.br

Greice Menezes

Pesquisadora, Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UFBA.
Av. Adhemar de Barros, s.n., Campus Universitário de Ondina
40170-110 – Salvador – BA – Brasil
greice@ufba.br

Ana Paula dos Reis

Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais/FFCH/
UFBA; pesquisadora, ISC/UFBA; honorary research fellow, University of
Manchester.
Av. Adhemar de Barros, s.n., Campus Universitário de Ondina
40170-110 – Salvador – BA – Brasil
reis.ap07@gmail.com

Recebido para publicação em novembro de 2014.

Aprovado para publicação em abril de 2015.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>

MCCALLUM, Cecília; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.1, jan.-mar. 2016, p.37-56.

Resumo

Discute o aborto pelas perspectivas de mulheres internadas em uma maternidade pública de Salvador (BA). Enfatiza a observação participante do cotidiano do hospital e descreve trabalho de campo com técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa. Por perspectiva etnográfica, aborda a experiência hospitalar de mulheres diante da interrupção, voluntária ou não, da gravidez e apresenta o ponto de vista dos profissionais de saúde, argumentando que a forma pela qual a instituição estrutura a atenção ao aborto e os processos de simbolização a ela imbricados afetam profundamente as experiências das mulheres. Aponta que a discriminação contra as mulheres que abortam está integrada a estrutura, organização e cultura institucionais, e não apenas a ações individuais dos profissionais.

Palavras-chave: aborto; etnografia hospitalar; maternidade; processos simbólicos; violência obstétrica.

Abstract

The article discusses abortion and miscarriage from the perspective of women admitted to a public maternity hospital in Salvador (BA), Brazil. Based on qualitative and quantitative research, it draws on participant observation of everyday hospital life. Taking an ethnographic approach, it addresses the hospital experiences of women who had miscarriages or induced abortions, also presenting the views of health professionals. It argues that the way the institution structures care for abortion and miscarriage involves symbolic processes that profoundly affect women's experiences. The discrimination against women who have had abortions/miscarriages is an integral part of the structure, organization and culture of these institutions, and does not derive solely from the individual actions of healthcare personnel.

Keywords: abortion; hospital ethnography; maternity; symbolic processes; obstetric violence.

Este artigo busca uma compreensão acerca da atenção ao aborto em maternidades públicas no Brasil, por meio de estudo realizado em um hospital em Salvador (BA), sobre as concepções e práticas relativas ao procedimento, aos participantes e à instituição. A experiência do aborto é abordada a partir da visão de mulheres que sofreram eventos espontâneos e provocados, desde a constatação da gravidez até sua interrupção. Nosso enfoque principal, no entanto, é a experiência hospitalar, uma parte da trajetória do abortamento das mulheres. Para enriquecer a compreensão dessa experiência, analisamos os resultados da investigação etnográfica, incorporando um estudo das perspectivas e práticas dos profissionais de saúde que interagem com essas mulheres, assim como a maneira pela qual a instituição estrutura a atenção ao abortamento.

Nosso objetivo é demonstrar que os processos de simbolização que integram a atenção hospitalar às mulheres afetam, de modo contundente, suas experiências. Afastando-se de análises que tratam os sujeitos como indivíduos autônomos, cujas ações intencionais determinam ou explicam o cuidado dispensado, ou o modo em que é vivenciado, buscamos compreender o sistema etnografado como um complexo sociocultural gerado numa dinâmica específica maior, composto do encontro e/ou embate de diversas forças culturais e estruturais. Para uma mulher, finalizar um abortamento no hospital significa mergulhar repentinamente em ambiente no qual uma cultura institucional profunda está enraizada, por meio de processos e dinâmicas cotidianos e na rotina do trabalho e do cuidado dispensado. Nesse espaço peculiar, distintos discursos e uma diversidade de atitudes e comportamentos florescem conjuntamente, levando a contradições e paradoxos.

A análise mostra que, em geral, uma visão moralizante informa as práticas profissionais e subjaz à estrutura institucional, gerando demonstrações de intolerância ou hostilidade contra mulheres suspeitas de terem provocado o aborto, embora seja comum a apropriação de um discurso institucional “pró-humanização”. Argumentamos que a discriminação contra as mulheres que abortam não parte, apenas, de alguns profissionais, mas está integrada a estrutura, organização e “cultura” institucionais, dificultando, ou mesmo impossibilitando, um atendimento “humanizado”.¹

Central às questões discutidas aqui é a existência de uma prática peculiar ao Brasil – a naturalização dos hospitais-maternidade como locais de atenção a mulheres com abortamento. Ironicamente, é nesses lugares consagrados à maternidade que se insere o cuidado com aquelas que estão abortando. A própria cultura institucional é reflexo e produtora dos processos de significação mais amplos, locais e nacionais, que dizem respeito a raça, classe, gênero, geração, entre outros marcadores de diferenças e hierarquias. Tornar-se mãe ou abortar no Brasil é ocupar o mesmo espaço simbólico denso e complexo, atrelado a uma moralidade hegemônica, constantemente em reconstrução, que adquire formas em tempos e espaços distintos. A primeira seção deste artigo resume a dimensão e o contexto do problema.

O aborto no Brasil

O aborto é amplamente praticado no Brasil, a despeito das leis restritivas vigentes. No país, as mulheres ainda enfrentam sérios obstáculos ao acesso a contraceptivos reversíveis

e seguros na rede pública de saúde, embora seja alta a prevalência da esterilização feminina (Dalsgaard, 2004; Perpétuo, Wong, 2009).

As estimativas de ocorrência do aborto no país são elevadas. A única pesquisa de âmbito nacional com mulheres alfabetizadas de áreas urbanas constatou que, ao completar 40 anos, uma a cada cinco mulheres informou já ter realizado um aborto (Diniz, Medeiros, 2010). Recente estudo, analisando registros do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde relativos a internações hospitalares femininas por abortamento no Brasil no período de 1996 a 2012, estimou a ocorrência anual de 994.465 abortos, com coeficiente médio de 17 abortos inseguros/1.000 mulheres em idade fértil e razão de 33,2 abortos inseguros/100 nascidos vivos (Martins-Melo et al., 2014).

O aborto está entre as quatro principais causas de mortalidade materna no país, com taxas inaceitavelmente altas, segundo padrões internacionais. Os dados referentes à hospitalização no Sistema Único de Saúde (SUS) mostram que a curetagem pós-aborto representa um dos procedimentos obstétricos mais realizados. O grande volume de internações implica custos elevados para o tratamento das complicações pós-aborto, atingindo um setor que carece de recursos (Brasil, 2005).

A criminalização do aborto reforça as fortes desigualdades sociais às quais estão expostas as mulheres brasileiras. Diante de uma gravidez não prevista, apenas pequena parcela delas pode arcar com os custos de uma intervenção em clínica privada (Silveira, 2014);² as demais, seguramente a maioria da população feminina, recorrem a uma diversidade de técnicas inseguras, algumas, letais.

A introdução no mercado farmacêutico brasileiro do Cytotec,³ em meados dos anos 1990, facilitou o recurso ao aborto (Barbosa, Arilha, 1993). Posteriormente proibida, a comercialização do produto, a preços elevados, permanece ocorrendo. Mesmo com suspeição da autenticidade do medicamento, seu uso tem possibilitado relativa autonomia às mulheres quanto à sua capacidade de terminar uma gravidez. Embora com dificuldades, as mulheres mais pobres e menos informadas são capazes de organizar um aborto e realizá-lo, ou iniciá-lo, mesmo que necessitem ir ao serviço de saúde para finalizá-lo. Também se dirigem aos hospitais para tratar das complicações do abortamento, como infecções e hemorragias. Assim, essa relativa autonomia é condicionada por uma dependência subsequente de cuidados de profissionais de saúde com os quais passam a interagir nas unidades públicas, principalmente as maternidades.

Um aspecto lacunar nas investigações sobre o aborto no Brasil é a relação das mulheres com os profissionais de saúde que as atendem (Brasil, 2009). Os estudos que colocam em cena essas personagens dirigem seu interesse para as opiniões dos profissionais acerca das condições em que as mulheres poderiam abortar e seu conhecimento sobre a legislação em vigor no país, mas não contrastam as concepções e práticas desses profissionais com as das mulheres (Menezes, Aquino, 2009; Cacique, Passini Jr., Osis, 2013).

No campo político, há constantes denúncias por parte do movimento de mulheres acerca de problemas enfrentados pelas usuárias, como a dificuldade de acesso a uma vaga nas unidades, até situações de discriminação sofridas durante a internação, como o retardo no atendimento das solicitações e a desqualificação das queixas das mulheres (Soares, Galli, Viana, 2010). No que se refere às pesquisas científicas, autoras têm documentado esses aspectos problemáticos

(Menezes, Aquino, 2009), evidenciando como o cuidado prestado pelos profissionais de saúde está distante das normas nacionais e internacionais da atenção ao aborto (Aquino et al., 2012).

Este artigo pretende, portanto, contribuir para uma compreensão sobre a relação entre mulheres usuárias e profissionais no que diz respeito ao aborto. Baseado em uma abordagem antropológica, enfoca a problemática da “violência obstétrica”, expressão que tem sido adotada por estudos que, principalmente, analisam as experiências de parto. Nossa análise evidenciará a necessidade de compreender a dinâmica relacional cotidiana e a própria violência obstétrica institucional como inseridas nos contextos sociais e simbólicos que as englobam.

Este trabalho integra um estudo mais amplo, de cunho antropológico, que envolveu observação participante, durante um ano – de 2002 a 2003 –, no “Hospital Maternal da Bahia” (nome fictício), o HMB, uma importante maternidade pública e hospital-escola de Salvador (BA). A pesquisa combinou métodos qualitativos e quantitativos para investigar as relações entre jovens de 15 a 24 anos e a instituição hospitalar – as falas apresentadas ao longo do texto são inéditas. À época, o HMB contava com aproximadamente oitenta leitos e realizava cerca de oito mil internações anuais, sendo em torno de 20% de curetagens pós-aborto. Aproximadamente 90% desses procedimentos ocorreram em mulheres de 15 a 29 anos, das quais cerca de 20% eram menores de 19 anos.

O artigo examina os caminhos percorridos pelas jovens internadas no HMB com abortos provocados e espontâneos. Das 39 entrevistas realizadas, 11 foram dirigidas a mulheres internadas com abortamento. Esse número foi previamente definido quando da elaboração do projeto e teve como referência o percentual total de curetagem realizado pela instituição pesquisada. As mulheres foram contatadas durante a hospitalização, após a curetagem, e as entrevistas realizadas após a alta hospitalar, em lugares sugeridos pelas próprias entrevistadas. No momento da entrevista, todas estavam com sua saúde física reabilitada e não apresentaram dificuldades em conversar com as entrevistadoras.

Um censo com os profissionais de saúde envolvidos no cuidado direto às mulheres no HMB foi realizado. No total, 113 profissionais – entre eles médicos/as, enfermeiros/as auxiliares e técnicos/as de enfermagem, psicólogo, assistente social e nutricionista –, de um universo de 127 elegíveis, responderam a um questionário, obtendo-se taxa de resposta de 89%. O questionário, estruturado e com perguntas “abertas”, incluiu questões sobre aborto e foi aplicado durante todos os turnos de trabalho dos profissionais por uma equipe de entrevistadoras. Foram realizadas, ainda, entrevistas semiestruturadas com 19 profissionais de saúde, conduzidas dentro do HMB (Tabela 1). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/Conep).

Perfil das jovens entrevistadas e dos profissionais de saúde do HMB

De modo geral, as características socioeconômicas das mulheres entrevistadas são típicas da clientela do hospital HMB. A maioria é jovem (entre 15 e 24 anos), nasceu em Salvador, reside em bairros de “baixa renda” e não estava trabalhando no momento da entrevista. Nenhuma delas tinha contrato formal de trabalho. Seus pais estavam inseridos em empregos de baixa qualificação, e suas rendas familiares variavam de menos de um até cerca de seis salários mínimos. Dez entrevistadas se autocalificaram morenas ou negras, e uma, como

Tabela 1: Os profissionais de saúde entrevistados

Categoria profissional	N	Sexo		Cor/Raça	
		F	M	Branca	Parda e preta
Obstetra	5	1	4	4	1
Anestesiata	1	-	1	1	-
Enfermeiro/a	5	4	1	3	2
Auxiliar de enfermagem	6	6	-	2	4
Assistente social	1	1	-	-	1
Nutricionista	1	1	-	1	-
Total	19	13	6	11	8

Fonte: Elaborada pelas autoras.

parda; somente uma se autodeclarou branca, a mesma que pertencia a uma família de classe média, com renda acima de dez salários mínimos. Essa jovem residia em um bairro nobre da cidade e era estudante universitária. Das demais, cinco não tinham completado o primeiro grau, uma era analfabeta e duas tinham o ensino médio (Quadro 1).

Quatro entrevistadas com aborto provocado já eram mães, e nenhuma delas estudava ou trabalhava. Apenas uma estava casada no momento da entrevista. Duas eram mães solteiras, e, à época, seus parceiros se recusaram a “assumir” a gravidez que resultou em um filho. Todas essas mães induziram o aborto na última gravidez.

Entre as mulheres sem filhos, uma vivia em união estável, e as demais eram solteiras, morando na casa dos pais ou familiares. No entanto, todas afirmavam que engravidaram de parceiros fixos, e não eventuais, exceto uma delas, que engravidou de um ex-namorado. A maioria afirmou ter continuado namorando o mesmo parceiro após o aborto. Uma jovem, com 16 anos, separou-se do companheiro quando este se opôs à sua decisão pelo aborto, e outra, com 22 anos, sem escolaridade, desempregada e mãe de três filhas, deixou o marido ao saber que ele havia engravidado outra mulher.

As entrevistadas mencionaram ter tido poucos parceiros nas suas trajetórias afetivo-sexuais (entre um e cinco). As mais jovens afirmaram que engravidaram logo no início de sua atividade sexual.

Quanto à experiência de aborto, três entrevistadas relataram aborto espontâneo, e as outras oito declararam indução com Cytotec. Para nenhuma delas a gravidez foi considerada planejada, mas, ao engravidar, expressaram conflitos subjetivos, o que inclui uma série de negociações no âmbito familiar, antes de optar pelo aborto. No entanto, apenas a estudante universitária relatou ter desejado manter a gravidez, tendo abortado pouco antes de completar três meses. As outras jovens com aborto espontâneo afirmaram que se sentiram aliviadas com a perda da gravidez.

Esse breve retrato das mulheres e de suas situações sociais, econômicas e reprodutivas não faz justiça às diferenças entre elas. Embora, à primeira vista, apenas uma das 11 entrevistadas se destaque, pela sua origem social, de classe média e de cor branca, há diferenças expressivas entre as demais, tanto socioculturais quanto em relação aos projetos educacionais e profissionais. Das duas jovens com mais escolaridade, uma cursava pré-vestibular e fazia formação em técnico de enfermagem, e a outra iniciava curso técnico para esteticista. As demais não expressaram interesse em continuar os estudos, incluídas as jovens mães.

Essas 11 entrevistadas compõem um quadro da diversidade social, cultural e discursiva existente entre a população usuária de hospitais públicos em Salvador, que também está presente entre os profissionais de saúde do HMB, cuja maioria é de auxiliares e técnicas de enfermagem; são mulheres oriundas das mesmas classes sociais das suas “pacientes”, negras e morenas, e residentes em bairros populares. Diferente de suas “pacientes”, no entanto, elas têm nível educacional mais elevado, renda própria (muitas são as principais provedoras para suas famílias) e idade média de mais de 40 anos. As auxiliares de enfermagem compõem a base laboral do cuidado hospitalar, mas são os médicos e, em grau menor, as enfermeiras que dirigem o atendimento e que detêm o poder na instituição. Refletindo a hierarquia racial e social em Salvador, a maioria dos médicos e das enfermeiras se considera “branca” (Quadro 1).

Quadro 1: As mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Filhos	Situação conjugal	Cor autodefinida	Situação laboral	Escolaridade	Estuda atualmente	Renda familiar (R\$)
Alzira	19	Nenhum	Solteira	Morena escura/negra	Secretária	Ensino fundamental completo	Não	400,00
Deborah	16	Nenhum	Solteira	Negra	Desempregada	Ensino médio incompleto	Sim	Não sabe
Dolores	22	Três	Solteira	Morena/escuro	Desempregada	Ensino fundamental incompleto	Não	Não sabe
Karine	19	Uma	Solteira	Negra/morena	Desempregada	Ensino médio incompleto	Não	Não sabe
Lia	21	Nenhum	Solteira	Negra	Babá	Ensino médio incompleto	Não	600,00
Lúcia	20	Nenhum	Solteira	Branca	Desempregada	Superior incompleto	Sim	3.500,00
Luiza	16	Nenhum	Unida	Morena clara	Sem informação	Ensino fundamental incompleto	Não	Não sabe
Magaly	22	Dois	Casada	Negra	Desempregada	Ensino fundamental incompleto	Não	400,00
Marta	25	Nenhum	Solteira	Negra	Desempregada	Ensino médio completo	Sim	1.200,00
Olívia	20	Nenhum	Solteira	Parda	Desempregada	Ensino médio completo	Sim	800,00
Virginia	21	Uma	Solteira	Escura/morena	Desempregada	Ensino fundamental incompleto	Sim	400,00

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O atendimento às mulheres com abortamento

Ao chegar à recepção do HMB, as mulheres devem identificar-se ao recepcionista – geralmente um homem – e informar o motivo da procura pelo atendimento.⁴ Ele autoriza sua entrada no hospital, conduzindo-as ao Same,⁵ localizado em pequena área interna próxima à recepção, para abertura da “ficha de atendimento”. Deixando ali seus pertences, as usuárias são encaminhadas ao setor seguinte. Em trabalho de parto ou abortamento (ou quaisquer outras condições), elas aguardam o atendimento compartilhando um banco de concreto, junto à sala da admissão, onde serão examinadas por médicos, auxiliados por enfermeiras. Constatada a necessidade de internamento e a disponibilidade de vagas, uma técnica de enfermagem fornecerá a roupa institucional e, agora, formalmente internadas, elas serão conduzidas ao Centro Obstétrico (CO), no qual ocuparão um leito em uma das salas de pré-parto ou ficarão em uma maca, na área de circulação interna.

Segundo informaram vários profissionais da instituição, o HMB não pratica qualquer discriminação em relação a suas “pacientes”. Por esse motivo, as usuárias em processo de abortamento devem ocupar o mesmo espaço físico das parturientes, não sendo separadas nem no CO, nem nas enfermarias, embora isso não seja formalizado em protocolos ou regras institucionais. Na prática, entretanto, após a curetagem, muitas mulheres são conduzidas a uma enfermaria conhecida como de “infectados”, localizada no lugar menos visível da ala desse setor. Também na estrutura física do CO, há uma sala especialmente destinada à realização do esvaziamento uterino, denominada “sala de curetagem”, situada, igualmente, em uma parte menos visível da área. Duas curetagens, aliás, podem ser realizadas simultaneamente, atendidas por um único anestesista. Embora haja biombos disponíveis, eles não são utilizados, sendo comum que uma paciente, antes de ser anestesiada, veja parcialmente os procedimentos realizados ao lado.

Também na organização do atendimento, as curetagens são realizadas, em geral, pelos médicos residentes ou plantonistas ao final da tarde, após as cesáreas e os partos normais, considerados prioritários. Apenas em casos de perigo iminente de morte, como hemorragias intensas, por exemplo, os profissionais atenderão uma mulher com abortamento antes das parturientes.

Para o esvaziamento uterino, a curetagem é o método de escolha em quase todos os casos, em detrimento da aspiração manual intrauterina (Amiu), considerada mais adequada por ser um procedimento menos invasivo, proporcionando recuperação mais rápida e menos efeitos colaterais.⁶ A Amiu não requer anestesia, como ocorre na curetagem,⁷ mas analgesia local. No HMB, alguns profissionais, principalmente residentes, apesar de ter recebido treinamento sobre Amiu, não a adotavam, resistência atribuída por alguns ao fato de a técnica ser mais trabalhosa que a curetagem.

Para ser submetidas à curetagem, as mulheres, na maioria das vezes, vão caminhando ao CO. Na sala onde será realizado o procedimento, elas deitam nas mesas de cirurgia e suas pernas são elevadas e amarradas aos estribos. Uma vez nessa posição, são anestesiadas, e a curetagem é realizada. Ao acordar, são levadas para um leito nas enfermarias, onde aguardarão a alta hospitalar, geralmente no dia seguinte, à tarde, caso não ocorram intercorrências clínicas.

Durante o período da pesquisa, não havia qualquer oferta de contracepção pós-aborto, como informações ou disponibilização de contraceptivos, nem para as adolescentes. Poucas entrevistadas mencionaram ter recebido alguma orientação, lembrando-se de sugestões informais de profissionais para que, após a alta, procurassem clínicas de planejamento familiar. As assistentes sociais, entretanto, organizavam palestras e convidavam as mulheres para assistir filmes sobre temas relativos à reprodução, mas lamentavam o desinteresse da maioria delas. Segundo nossas entrevistadas, no entanto, os temas dessas palestras eram dirigidos apenas às mães, e não a mulheres, como elas, que sofreram um aborto. Afirmaram, ainda, não haver atividades sobre anticoncepção e sobre os cuidados pós-curetagem, aspecto, aliás, também não mencionado pelos médicos quando da alta hospitalar.

Perspectivas e práticas dos profissionais

A maioria dos profissionais do HMB, independente da categoria ocupacional, considera inadequado uma jovem tornar-se mãe antes de completar 25 anos. Embora afirme que a gravidez na adolescência seja um problema social com repercussões negativas para a trajetória das moças, o aborto induzido não é visto como uma solução adequada. Dos entrevistados, 62,2% afirmam, por exemplo, que essa prática não deve ser descriminalizada, e em nenhuma categoria profissional investigada houve apoio majoritário à legalização do aborto. Vale destacar, no entanto, que entre as enfermeiras, diferentemente dos gineco-obstetras e das técnicas de enfermagem, identificou-se uma tendência de maior apoio à descriminalização. Chama atenção a posição de cerca de 9% dos profissionais, na sua maioria de nível superior, que declararam não saber responder a essa questão.

Sobre a lei vigente em 2002, a opinião dos entrevistados revelou-se de forma mais clara, com apenas 15 deles considerando-a adequada. Para os demais, a legislação é problemática, ainda que por motivos diferentes: 28 profissionais acham a lei limitada, por entender que o aborto deve ser uma decisão exclusiva da mulher; 61 argumentam que a lei deveria incluir os casos de má-formação fetal; 19 profissionais, contudo, declaram-se contra o aborto em quaisquer circunstâncias. Entretanto, a maioria (76) afirmou que aceitaria integrar uma equipe profissional para realização de abortos legais, já que, a despeito de suas próprias convicções morais e/ou religiosas, a circunstância em que ocorreu a gravidez justificaria sua participação.

Ao contextualizar esses “dados”, considerando as práticas observadas na instituição e os discursos expressos nas entrevistas semiestruturadas, emerge um retrato mais complexo da postura dos profissionais frente à questão do aborto. Um fator importante é a opinião que eles têm sobre as usuárias, cujo comportamento, particularmente das jovens, suscita-lhes ambiguidades e duras críticas. Alguns entendem que as jovens são vítimas das suas circunstâncias sociais, mas, mesmo assim, são taxadas de irresponsáveis quanto ao exercício precoce da sexualidade e egoístas, no que se refere às consequências do ato sexual, a exemplo de uma gravidez (McCallum, 2008).

É muito frequente que os profissionais não utilizem o nome próprio ao dirigir-se às “pacientes”. Parturientes são chamadas de “mãe”, o que também pode ser utilizado para mulheres com abortamento. O uso do termo “mãe” nessa situação é comum na rede pública e, principalmente, no Nordeste brasileiro. Outra palavra utilizada no HMB é “filha”. Em

algumas situações, como na consulta de exames de ultrassom, tal como notou Macedo (2005), é possível que nenhum termo seja utilizado, pois os médicos, em geral, apenas se comunicam entre si, ou com os estudantes de medicina, ou se direcionam à máquina, restringindo-se a dar instruções simples às pacientes, como: “Entre!”, “deite”, “pode ir”. O termo mais usado pelos profissionais para se referir às mulheres com abortamento é “cureta”, nome do instrumento utilizado na curetagem, denominando-as por referência à tecnologia a que são/serão submetidas. Há forte tendência a relegar as usuárias à condição de não pessoa, negando sua individualidade, ao consigná-las ao anonimato (McCallum, 2007).

Embora as respostas dos profissionais ao *survey* digam respeito a suas percepções mais amplas acerca dos direitos reprodutivos das mulheres, é importante notar que, quando se trata de entender suas práticas no HMB, não há como separar as percepções gerais sobre as mulheres daquelas específicas sobre as usuárias que atendem. Analisando o conjunto de dados produzidos nessa pesquisa, McCallum e Reis (2008) concluíram que os profissionais compartilham a percepção de que as usuárias da maternidade possuem baixo nível “cultural”, o que, conjugado às condições higiênicas precárias em que supostamente vivem, as distingue negativamente das clientes atendidas em serviços privados. Isso justifica que vários considerem que os corpos das pacientes do HMB, e de outras unidades públicas de saúde, requeiram uma atenção higiênica especial, por exemplo.

As adolescentes são, entre todas as usuárias, as mais criticadas, até no que diz respeito ao aborto. Entretanto, há uma relação complexa entre as percepções dos profissionais acerca desse tema e as atitudes que assumem diante das “pacientes”. Uma opinião contrária ao aborto não leva necessariamente a uma condenação moral incondicional da paciente nem a uma atitude discriminatória em relação a ela. Vitória, auxiliar de enfermagem, 58 anos, condena o aborto sob qualquer circunstância. Afirma que as adolescentes abortam de modo indiscriminado, geralmente “para satisfazer o ego”. No entanto, segundo ela, as jovens engravidam por falta de experiência, justificando, assim, que a gravidez não deveria ser considerada de sua exclusiva responsabilidade. Vitória ameniza suas críticas às inexperientes adolescentes e considera não ser eficaz repreendê-las: “Melhor é a tratar bem, oferecendo ajuda e explicações sobre métodos para evitar uma futura gravidez”.

Mas, para outros profissionais, as adolescentes são simplesmente imaturas, egoístas e sem educação. O comportamento das jovens no hospital é descrito como uma prova disso. A auxiliar de enfermagem Cíntia, por exemplo, considera as adolescentes “preguiçosas e ignorantes”. De acordo com a profissional, embora as adolescentes tenham conhecimento sobre os métodos contraceptivos, a maioria não os utiliza. Além disso, elas não se interessam em adquirir novos conhecimentos e, por isso, não fazem perguntas aos profissionais, além de não comparecerem às consultas pré-natais.⁸ Segundo Cíntia, as jovens se comportam de modo inadequado no HMB, andando sem roupa, tocando seus corpos e, logo depois, tocando os profissionais.

Percepções como essas poderiam converter-se em atitudes de maus-tratos. Embora alguns profissionais afirmem que a instituição tente combater essas atitudes, observamos comentários moralizantes e atitudes de repreensão, dirigidas a todas as jovens, mesmo às parturientes (McCallum, Reis, 2005, 2006). Alguns profissionais, como Vitória, mencionaram a ocorrência de maus-tratos dirigidos a mulheres que abortaram, adultas ou adolescentes.

Teresa, também auxiliar de enfermagem, observa que as pacientes com aborto espontâneo sofrem o risco de ser maltratadas pelos profissionais, acusadas de ter induzido os abortos. De fato, as entrevistadas confirmam essa observação, e três delas, que declaram abortamento espontâneo, afirmam ter sido necessário convencer os profissionais de que não provocaram o aborto. Opondo-se às atitudes discriminatórias, Teresa afirmou ser necessária uma política de atenção humanizada dirigida a todas as usuárias do HMB, que garanta diálogo com os profissionais e oferta de ajuda. O obstetra Luís enfatizou que, no HMB, a humanização do atendimento é uma preocupação constante. Mas ao ser indagado sobre a ocorrência de maus-tratos às mulheres que abortam, nos hospitais públicos, comparada ao atendimento prestado às parturientes, respondeu:

Isso acontece. Cada vez mais a gente tenta que isso não aconteça, mas isso acontece, por parte do auxiliar de enfermagem, por parte dos assistentes, dos profissionais mesmo. Médico que fica revoltado porque a paciente abortou e tal. Isso não tem nada a ver com a gente, a gente tem que tratar e acolher a paciente bem. Se ela provocou um aborto, é fator pessoal dela, e a gente não tem nada a ver com isso. A gente só tem que acolher e dar assistência médica.

Há diferenças de opinião quanto ao tratamento dispensado às pacientes com abortamento no HMB. No *survey*, a maioria dos profissionais (69%) concorda que “as mulheres que abortam geralmente sofrem preconceito por parte de alguns profissionais de saúde”. Já sobre o mesmo tipo de discriminação, mas praticada por profissionais do HMB, 43% discordam que isso ocorra. Assim, tende-se a considerar que o atendimento no HMB é mais humanizado que em outras instituições.

Mara, 62 anos, auxiliar de enfermagem, afirma que todas as mulheres recebem tratamento igual no HMB. Ela reclama das “pacientes”, afirmando que elas pressupõem que serão maltratadas: “Não é verdade. Elas botam minhoca na cabeça!” Mara afirma que sempre conversa com as adolescentes, alertando sobre as repercussões de abortos repetidos para a saúde, “deixando uma mulher doente, feia ou até levando à morte”. Segundo afirmou, frequentemente incentiva as usuárias a procurar serviços de planejamento familiar após a alta.

Assim como Vitória, já citada, Cristina, também auxiliar de enfermagem, afirma que a própria organização do atendimento às pacientes com abortamento é discriminatória, e exemplifica citando as curetagens, deixadas para o final do plantão, como se “as pacientes fossem os ‘restos’” – mesmo termo utilizado para os restos embrionários retirados do útero. Em suma, não há concordância entre os profissionais no que se refere ao atendimento dispensado às mulheres que abortam, principalmente quanto ao modo como são tratadas na unidade. Alguns veem discriminação; outros a negam.

Perspectivas e experiências das usuárias

O que antecede e circunda a experiência hospitalar é fundamental para compreendê-la. O aborto é influenciado por questões que se relacionam à situação singular da mulher e a distintos fatores envolvidos – o uso de métodos anticoncepcionais pelas mulheres, o tipo da relação que elas mantêm com o parceiro, as facilidades e dificuldades enfrentadas para

realizá-lo (Menezes, 2006; Heilborn et al., 2012). Três narrativas ilustram a complexidade envolvida no ato de abortar.

Marta, Deborah e Lúcia

Relatos de sofrimento físico e emocional – que antecipou a internação e se prolongou uma vez admitidas no hospital – ressaltam das histórias das entrevistadas, embora as circunstâncias da gravidez, as trajetórias após a concepção e a decisão sobre o desfecho da gestação sejam diferentes, assim como suas percepções sobre o tratamento recebido no HMB.

Marta e Deborah são negras e moram em bairros de “baixa renda”. Lúcia é branca e reside em um bairro de classe média. Marta tem 25 anos e ensino médio completo; Deborah, 16 anos e cursa o ensino médio. Lúcia, 20 anos, é estudante universitária em uma faculdade particular e vive com a mãe e a irmã. Marta mora com uma tia e dispõe de mais recursos financeiros que Deborah, que mora com os pais e uma irmã.

Marta engravidou de uma relação eventual com um ex-namorado, que retirou o preservativo antes de ejacular. Entrou em “pânico” e brigou com o parceiro. Não conhecia a contracepção de emergência. Ela já havia feito uso de anticoncepcionais, diferente de Deborah, que engravidou durante as primeiras experiências de relação sexual com seu namorado, uma relação que começou há dois anos. Afirmou que queria “tomar remédio” – um anticoncepcional injetável, usando uma receita prescrita para uma amiga –, mas a injeção era “muito cara”, e não via necessidade de usar camisinha com seu namorado, por ser seu antigo “conhecido”. Lúcia teve sua primeira relação sexual aos 15 anos, com o namorado. Aos 20, engravidou sem planejar, na “troca da pílula pela injeção”. Desejou muito o filho e descartou a possibilidade de aborto, alegando convicções religiosas e o apoio recebido pelas famílias (dela e do parceiro). Aos quatro meses de gestação, sofreu um aborto espontâneo.

Marta comprou pílulas anticoncepcionais depois de uma relação sexual desprotegida, usando-as durante 15 dias, até suspeitar da gravidez, confirmada pelo ultrassom realizado em clínica particular. Sua reação, semelhante à do ex-namorado, foi de “pavor”. Decidiram conjuntamente pelo aborto, mas, ao mesmo tempo, afirmou pensar que iriam se casar e assumir a gravidez. Embora apoiada em diversos momentos pelo amigo/ex-namorado, Marta sentiu-se mais sozinha à medida que a gravidez avançava e não conseguia abortar. Começou a sentir raiva do ex-namorado, pois ele tinha viajado. Sem conseguir comprar o Cytotec, tomou chá de arruda e Regulador Xavier 2.⁹ Posteriormente, usou uma injeção, pagando R\$30,00 em uma farmácia local. Não obtendo êxito, muito apreensiva, Marta procurou uma clínica clandestina, mas desistiu quando o farmacêutico avisou que havia conseguido o Cytotec. Ela inseriu dois comprimidos na vagina e tomou uma segunda injeção, que não sabe informar o nome. Nesse momento, a gravidez já havia completado um mês. Finalmente, Marta começa a sangrar de forma hemorrágica, mas recusa a internação, por “medo” de hospitais e de maus-tratos. O ex-namorado fornece um remédio para interromper o sangramento. No momento da entrega, Marta lhe dá um “presente”: ao abrir o pacote, fechado com um laço de fita, o rapaz se depara com um grande coágulo contendo o que ela achava ser o feto.

Marta continuou sentindo enjoos, e seu abdômen permaneceu distendido. Realizada uma segunda ultrassonografia, o médico confirma que o aborto foi parcial, encaminhando-a, em

caráter de urgência, ao HMB. Sentindo calafrios, Marta supõe estar com uma infecção, mas, temendo que sua tia descobrisse o que acontecia, retorna para casa e avisa que passaria a próxima noite na residência de uma amiga. No dia seguinte ela vai com o ex-namorado ao HMB, onde entra sozinha e com medo: “Estava com muito medo, porque não sabia o que se passa por lá, sabia que ia ser muito humilhada, porque eles maltratam, fazem pouco caso com essas pessoas que fazem aborto”.

O trajeto de Deborah até o HMB também foi tortuoso. O namorado se opôs ao aborto. Deborah contou para sua prima mais velha sobre sua iniciação sexual, a gravidez e o desejo de abortar. Foi aconselhada a tomar um chá abortivo, o que fez, embora sem êxito. A mãe descobriu a gravidez e exigiu que ela não fizesse o aborto. Deborah procurou sua prima, que lhe comprou três comprimidos de Cytotec, os quais ingeriu e inseriu na vagina. Seu namorado reagiu negativamente e lhe pediu para desistir do aborto, mesmo temendo problemas futuros para o bebê. Passados 15 dias, Deborah fez um ultrassom, pago pela prima, e o médico informou-lhe que havia um “hematoma no feto”.

A partir disso, a prima conversou com sua mãe, que autorizou e financiou a compra de mais comprimidos de Cytotec. Novamente, Deborah ingeriu dois comprimidos e inseriu mais dois. Adicionalmente, tomou chá de ervas abortivas. Retornou à sua casa e, somente após 15 dias, realizou outro exame, que indicou a presença de saco gestacional em seu útero. O médico encaminhou Deborah para curetagem. Segundo ela, o procedimento iria “limpar o útero e ter espaço para poder a menstruação correr”. No dia seguinte ao exame, Deborah, acompanhada de sua mãe, procurou o HMB.

Lúcia contou estar sozinha quando começou a sangrar e ter sinais de aborto. Eram dez horas da noite, e ela chamou o namorado, que a acompanhou a um hospital particular. Os pais de ambos estavam viajando, e o plano de saúde de Lúcia não cobria as despesas hospitalares. Seria necessário deixar uma caução no hospital, e Lúcia e o namorado não tinham conta bancária. Diante disso, o médico sugeriu sua transferência para o HMB, onde chegou de madrugada e teve que esperar duas horas até ser atendida. Internada, indignou-se ao constatar que não podia ser acompanhada pelo namorado. Tentou levantar da maca para procurá-lo, mas, com a intensificação do sangramento, teve que permanecer deitada. O médico informou-lhe que precisava de curetagem, que só seria realizada após as oito da manhã. Lúcia conta:

Esse pessoal atende muito mal – quem chega lá, no caso de perda de criança, sempre pensa que a gente provoca o aborto. Eu estava muito abalada, não consegui discutir com ninguém, dizer, contar que eu queria ter o nenê. O médico chegava, tirava o sangue já coagulado de dentro e me mostrava o sangue, tipo uma tortura, assim: “Oh, o que você fez com seu filho, tá toda podre lá dentro”, sabe?

A experiência de Lúcia no HMB foi bastante negativa. Passou a noite na sala de pré-parto, onde não conseguiu descansar, pois uma parturiente gemia ininterruptamente. A mãe, jornalista, alegou conhecer o diretor da unidade e conseguiu entrar no CO. Foi somente com a chegada da mãe que os profissionais acreditaram que ela não havia provocado o aborto. Lúcia afirma ter sido alvo de preconceitos por parte das outras usuárias: “Você tomou alguma coisa. Você é muito jovem. Você provocou o aborto”.

Marta também teve que esperar. Chegou pela manhã à admissão do HMB. Muito nervosa, passou a tarde observando mulheres entrando e sendo admitidas, enquanto esperava. Julga que o tempo de espera na admissão era “normal”, pois “os quartos estavam cheios, como também tinham grávidas lá esperando, então não achei que foi proposital, não”. Mas se sentiu discriminada, porque mesmo grávidas que não precisavam de internação urgente foram atendidas antes dela. “Eu não pude dizer nada, porque já imaginei que fosse assim, que fossem dar preferência às grávidas do que as pessoas que tinham ido fazer aborto”.

Durante a espera, nenhum profissional ofereceu-lhe conforto. Ao ser examinada, o médico repreendeu-a por ter-se alimentado pela manhã e não estar acompanhada, o que a fez se sentir “humilhada”. Após a admissão, espera novamente, pois não havia leitos no CO. Meia hora aguardando, e medicada, Marta é conduzida, caminhando, para a sala de curetagem. Ali, considera ter sido bem tratada por uma enfermeira e uma estagiária, diferentemente dos médicos: o anestesista, que gritou para ela não se mexer durante o procedimento, e o que a atendeu na admissão. Ao acordar da curetagem, Marta estava sozinha em uma das salas do CO. Ainda tonta, sob efeito da anestesia, pede ajuda, mas as pessoas circulam pelo local e não se aproximam dela. Finalmente, a enfermeira simpática entrou na sala, e Marta pediu: “Pelo amor de Deus, me tira daqui!”

Na enfermaria, Marta encontrou várias mães e seus recém-nascidos. Considerou a presença das parturientes “constrangedora”, pois as pessoas que visitavam as parturientes perguntavam-lhe: “Onde está o seu bebê?” Ao chegar à enfermaria, ela tentou não olhar para as outras mulheres: “Elas estavam felizes”, relata, “discutindo coisas de mãe, como dar banho ou amamentar”. Marta afirmou que gostaria de ter a companhia apenas de mulheres que, iguais a ela, tinham abortado.

Ao ser internada no HMB, Deborah chorou. A companhia da mãe não foi permitida, mesmo esse direito sendo-lhe assegurado legalmente. Chegou ao hospital às nove horas e “subiu” ao CO às 9h45. No início da tarde, começou a usar o soro endovenoso. Deborah afirmou que, notando que estava muito nervosa, eles anteciparam a curetagem. Chorando, foi transferida para a sala onde o procedimento seria realizado. Ao acordar, voltou a chorar muito, sentindo-se responsável pelo aborto: “Eu matei o meu filho, eu matei o meu filho”. Atribui sua atitude a um presumido efeito da anestesia: “Eu não estava em si, estava afetada pela droga”, mas afirmou que jamais esqueceria ter “matado um filho” e que um dia falaria sobre essa experiência para a filha que pretende ter. Porém, novamente argumenta que era “jovem demais para ter um filho” e que, portanto, havia feito a escolha certa.

Para Marta e Deborah, a trajetória do aborto foi longa, sofrida e solitária, diferente de Lúcia, que contou com o apoio do parceiro. Ambas passaram por momentos em que imaginaram ter o filho, mas afirmam que isso era, apenas, uma “fantasia”. No caso de Marta, a reação do parceiro deixou claro que ele não aceitaria o papel de pai e cônjuge, o que a levou à decisão pelo aborto. Já Deborah enfrentou oposição, do parceiro e da própria mãe, à sua escolha por abortar. Não obstante, o apoio emocional e logístico de outra parente é crucial para obtenção dos meios para abortar. Marta e Deborah vivem o processo de forma solitária, em que as dificuldades para superar os conflitos relacionais e as barreiras financeiras, legais e de acesso aos abortivos – principalmente o Cytotec – parecem insuperáveis. Para ambas, há necessidade de manter a gravidez em segredo, não só da sociedade, como de alguns

parentes (o pai de Deborah, a tia de Marta). A necessidade do sigilo marca o processo do abortamento do início até o fim, algo conhecido pelos profissionais de saúde, que informam como as jovens geralmente não querem passar muito tempo na instituição, como o regime hospitalar requer.

Nossas entrevistadas que induziram abortos tiveram experiências semelhantes nesses aspectos. Uma vez confirmada a gravidez, os relacionamentos no âmbito em que a gestação ocorreu sofrem pressões e alterações. A mulher considera a possibilidade de levá-la a termo, até compreender que não deve ter o filho, por vários motivos, dentre os quais se destacam os financeiros e os relacionais. Sabendo-se grávida, ela passa por um processo imaginário em que a gravidez é experimentada como uma relação com um filho potencial, e imagina como seria a relação com o bebê no futuro, mas também experimenta uma relação no presente. Assim, várias entrevistadas lançaram mão da frase, “o meu filho”, para referir-se não apenas ao feto abortado, mas também às sensações experimentadas ao pensar sobre a gravidez, antes de realizar o aborto.

A decisão de abortar nunca é tomada de modo isolado e não é vivida facilmente, como constata outros estudos brasileiros (Costa et al., 1995; Ramirez-Galvez, 1999; Menezes, 2006; Heilborn et al., 2012; Silveira, 2014). Quando a mulher chega à conclusão de que o aborto é a “única saída”, já considerou uma variedade de aspectos negativos, tais como: o fato de o aborto ser um crime; as dificuldades de conseguir os meios para o abortamento; a oposição de parceiros, familiares, entre outros; a informação de que os procedimentos adotados podem causar algum dano à saúde.¹⁰

É nesse quadro negativo que se insere a relação das mulheres com as instituições de saúde. Uma relação pautada pela desconfiança e pelo medo de ser maltratadas pelos médicos e pelos outros profissionais é o que, entre outros efeitos danosos, motiva o adiamento da ida ao hospital e, já internadas, um estado de tensão e insegurança, até que atitudes cuidadosas da equipe alterem esse sentimento.¹¹

Antimães e mães: processos simbólicos e o cuidado hospitalar

Quando uma mulher chega a uma maternidade pública com aborto induzido, ela já passou por uma série de processos e experiências que a testaram social e emocionalmente. Nesse momento, ela está psicologicamente abalada e, muitas vezes, com sintomas que indicam agravos à sua saúde, como febre e hemorragia. Embora as mulheres com aborto espontâneo tenham experiências semelhantes, o fato de não terem provocado o aborto lhes confere certa superioridade moral frente àquelas que o fizeram. O tratamento recebido ao chegar ao hospital, contudo, tende a ser parecido para umas e outras, pois todas são percebidas como induzindo um aborto: “culpadas”, até que provem sua “inocência”.

Como as parturientes, as mulheres com aborto também percorrem uma “via-crúcis” até localizar uma unidade de saúde que disponha de leito para internação. Alzira, aos quatro meses de gestação, procurou atendimento em quatro hospitais, antes de ser admitida no HMB. Mas, no momento em que a admissão no HMB é confirmada, ela, como a maioria das nossas entrevistadas, sente que a solução para seu sofrimento está prestes a acontecer. Independente da hora de chegada à maternidade, a maioria das mulheres relata ter que esperar até o início

da noite para a curetagem, e, geralmente, consideram isso “natural”, já que as parturientes representariam “casos” mais importantes e urgentes.

Poucas sabiam, no entanto, sobre os procedimentos aos quais seriam submetidas. A maioria relata que tinha muito medo e que os profissionais não forneceram explicações sobre o que ia acontecer, à exceção de alguns detalhes no momento anterior à curetagem. Lia conta que, embora sentisse muito medo da curetagem, por supor que seria dolorosa, procurou confortar duas adolescentes, dizendo-lhes, mesmo sem saber, que seria indolor. Foi somente no momento em que foi transferida para a sala na qual o procedimento seria realizado é que Lia foi informada sobre a anestesia geral e que, assim, não sentiria dor.

Talvez essa ausência prévia de informações, sobretudo no ambiente hospitalar em que a curetagem será realizada, explique os motivos que levam as entrevistadas a pensar que o procedimento retire o útero de dentro do abdômen “para fora”, para ser esvaziado de “restos” ou “sujeira”, antes de ser recolocado novamente na “barriga”. Essa concepção, bastante frequente entre as mulheres abordadas nessa pesquisa, articula-se à ideia de que são os médicos os responsáveis pela higienização do corpo e, sobretudo, do útero, propiciando, aliás, uma renovação da fertilidade feminina. Algumas usuárias do HMB compartilhavam da teoria de que “limpar o útero” por meio da curetagem aumenta a capacidade da mulher de engravidar novamente.

Embora a dor e o sofrimento modulem a experiência das mulheres no processo abortivo, constatamos que a maioria das entrevistadas, mesmo com críticas,¹² avaliou positivamente o tratamento recebido no HMB. Dolores, Virginia, Karine e Deborah, que induziram o aborto, e Alzira, com aborto espontâneo, declararam que receberam bom tratamento no hospital, emitindo comentários do tipo: “adorei o HMB”, “me senti protegida”, “gostei”, “me trataram superbem”. Magaly também gostou do atendimento, embora com menos entusiasmo que as entrevistadas mencionadas. Assim como Bruna, Magaly afirmou que “não se sentiu discriminada”. Já Olívia, Marta e Lia criticaram o tratamento recebido, principalmente o tempo de espera para o atendimento. Lúcia, no entanto, foi a que avaliou de modo mais negativo o atendimento do HMB. “Chocada” com o que presenciou, afirmou que foi vítima de maus-tratos e discriminação. Uma imagem previamente negativa do SUS e a experiência prática no HMB se ligam à crítica que Lúcia expressou acerca do atendimento recebido, sem desconsiderar o fato de que era a primeira vez que ela, uma moça oriunda de camadas médias da sociedade e detentora de um seguro de saúde privado, tinha procurado um serviço público de saúde.

Sobre os profissionais, as entrevistadas emitem distintas opiniões. Analisando os dados dessa pesquisa, Santana (2003, p.18; destaque no original) comenta: “As mulheres que abortam têm uma variedade de experiências na instituição. Elas não têm a garantia de que serão bem atendidas, devido à falta de constância da postura dos profissionais. O atendimento varia de acordo com a postura pessoal e com o ‘humor’ dos profissionais”.

Os relatos fornecidos pelas 11 entrevistadas sustentam essa observação. Ao analisar o atendimento dos profissionais, as jovens lembram a atitude de cada um deles, fazendo referências ao modo como eles as atenderam, se brusco, frio, mal-educado ou, pelo contrário, com carinho e respeito. Deborah, por exemplo, relata uma conversa amigável com um jovem médico e o que aprendeu sobre a ação do Cytotec no útero: “Ele disse que é como se tivesse jogado ácido em cima de uma pessoa”.

Algumas entrevistadas, mesmo aquelas que avaliaram positivamente o atendimento recebido, relataram ter ouvido comentários agressivos e presenciado cenas cruéis, ou até chocantes.¹³ Olívia, por exemplo, conta que, ao ser examinada, ainda na admissão, um médico perguntou-lhe: “Quem quer um feto morto?” Ela ressalta, entretanto, que outra médica que a atendeu “olhou para a cara dele com um ar de reprovação”. Mais tarde, já no CO, Olívia presenciou uma adolescente de 16 anos expelindo um bebê morto: “Ela gritou e gritou, mas ninguém ajudou, porque os médicos estavam todos ocupados fazendo partos”.

Quais seriam as razões que explicariam a tendência a uma avaliação positiva do atendimento, na perspectiva das entrevistadas que abortaram? À primeira vista, soa estranha uma avaliação dessa natureza, tendo em vista o sofrimento vivenciado por todas as entrevistadas, narrado nos seus depoimentos. Embora a experiência das mulheres com aborto seja, em alguns aspectos, similar à das parturientes,¹⁴ nosso material mostra que a discriminação contra as mulheres com abortamento aparece claramente, e sob diferentes formas, no hospital pesquisado.

Ações realizadas no HMB para humanização da atenção a essas mulheres estimularam alguns profissionais a refletir sobre suas posturas e ações e buscar modificá-las. Mas essas medidas não conseguiram alterar a atitude e o comportamento de outros. No HMB – como é o caso de outros serviços públicos no Brasil – não há uma atenção especial ao problema. Como resultado, qualquer preocupação institucional de combater a discriminação e melhorar o serviço para algumas categorias de usuárias (sobretudo aquelas com direito ao aborto legal) dilui-se no cotidiano do serviço. Mais que isso, há uma atitude negativa, uma vez que a instituição não está atenta às especificidades das mulheres com abortamento.

Isso está relacionado a um importante fator que dá sustentação às práticas discriminatórias: profissionais e usuárias percebem o HMB como um lugar, por excelência, destinado à realização de partos. A demanda de atendimento ao aborto, assim, desloca-se do objetivo principal da instituição, passando a ser vista com menos legitimidade que a atenção ao parto.

O pressuposto de que o HMB é uma “maternidade” – um lugar onde as mulheres tornam-se mães – é embutido na prática institucional. Podemos pensar que as curetagens são realizadas no final da tarde, após cesáreas e partos normais, exatamente porque os partos são vistos como prioritários. A estruturação do espaço físico e a organização das práticas hospitalares também refletem esse pressuposto: a sala de curetagem situa-se na parte menos visível do CO; a enfermaria “de infectados”, ocupada pela maioria das mulheres que abortam, é também localizada no lugar menos visível da ala das enfermarias – uma divisão espacial que resulta, talvez, de estratégias institucionais de ocultamento daquela que é uma prática ilegal e negadora da maternidade.

A nomeação das usuárias por parte dos profissionais, como mencionado acima, também justifica nossa análise. Quando um profissional de saúde chama uma usuária de “mãe”, torna-se evidente que, integrado aos cuidados de saúde, ele confere identidades às usuárias. A organização do atendimento às “curetas” as marginaliza no espaço e no tempo, ficando claro como a instituição se volta, prioritariamente, ao cuidado de parturientes/mães, e não daquelas com abortamento. Essas, portanto, acabam ocupando a posição de “antimães”, o que é indicado pelos próprios termos de denominação: “cureta” e “infectado”. Essa mensagem simbólica, incorporada à própria estrutura do atendimento, permeia o cuidado e se repete durante toda a permanência das mulheres na unidade.

Considerações finais

Falhas no atendimento a mulheres que abortam no HMB não são simplesmente o resultado de atitudes “preconceituosas”, flagradas por meio do enfoque do comportamento de alguns profissionais; outros fatores estão envolvidos. É evidente que alguns profissionais que trabalhavam na instituição, à época da pesquisa, demonstraram preconceito e trataram as usuárias (adolescentes e outras) de maneira desumana. Mas os significados subjacentes à própria *raison d'être* da instituição – ajudar as mulheres a tornarem-se mães – interferem negativamente no atendimento ao aborto. A violência obstétrica às mulheres com abortamento emergirá, assim, do imbricamento simbólico de significados negativos expresso na estruturação e nas práticas do cuidado dispensado.

Esse processo de significação subjacente à prática hospitalar tem como aliado as próprias usuárias, entre elas, as mulheres com abortamento, quando aceitam a sua categorização como “antimães”. Um modo de interpretar isso é dizer que a experiência de cuidado no HMB é condicionada pela postura moral em relação à autoindução do aborto, compartilhada por muitas mulheres antes mesmo de chegar às portas do hospital. Assim, aquelas que provocam o aborto tendem a aceitar o tratamento oferecido, sem esboçar reações. Chegam à unidade com a expectativa de ser criticadas não apenas pelos profissionais, mas também por outras pessoas. As que não provocaram o aborto, por outro lado, reagem a eventuais maus-tratos afirmando que as acusações não são justas: afinal, não são culpadas, pois desejaram ser mães – embora também não concordem que as outras mulheres fossem maltratadas. A experiência de um aborto espontâneo é, desse modo, condicionada por todo o leque de significados e práticas que circundam o aborto induzido.

O saber que “abortar é errado” dará, então, uma sensação às mulheres de que merecem um tratamento inferior. Como apontado em outros estudos sobre o tema (Pedrosa, Garcia, 2000; Carneiro, Iriart, Menezes, 2013), nossas entrevistadas mencionaram sentimentos de culpa e angústia durante sua estada no hospital. Há algo a mais do que a ideia de que não merecem ser tão bem atendidas como as parturientes, quando avaliam o atendimento de modo positivo, ou quando não criticam o que poderia ser interpretado como maus-tratos. Em primeiro lugar, é comum que usuárias de baixa renda não reajam em outras situações que requerem cuidados médicos, por saber que correriam o risco de seus cuidadores se voltar contra elas e lhes negar o que precisam naquele momento. Em segundo, sentir culpa não é algo identificado e explicitado por todas as mulheres. O que emerge de modo claro é a ambiguidade quanto a essa culpa. As mulheres, embora digam que fizeram algo “errado”, afirmam que era o que deveria ser feito naquele momento. Essa mesma avaliação de obstetras e ginecologistas que tiveram experiências próprias de aborto, consta em Faúndes et al. (2004). Para algumas, há, de fato, uma sensação de alívio por não estarem mais grávidas, o que é condizente com a volta à normalidade física e o fim dos sintomas da gravidez e/ou do abortamento.

Por fim, o longo e sofrido processo que as mulheres percorreram antes da chegada ao hospital é fundamental para a compreensão sobre a avaliação que fazem do atendimento. A instituição é vista por elas como o lugar onde o sofrimento chegará ao fim e na qual solucionarão seus problemas físicos, que são apenas um aspecto, embora fundamental, de um

dilema mais amplo e complexo. Para as usuárias, o hospital é visto como um lugar que conclui o processo de interrupção da gravidez, comumente iniciado há dias ou semanas, restabelece sua saúde física e as torna aptas a retornar à vida cotidiana. É justamente por isso que, ao lado da tristeza de ter causado “a morte de um filho”, como descrevem seus sentimentos após o aborto, nossas entrevistadas afirmam que ficaram, sobretudo, aliviadas. Ironicamente, é esse sentimento de alívio do sofrimento proporcionado pelos hospitais-maternidades que contribui para a permanência de uma estrutura de cuidado ineficiente e cruel, pois nem as usuárias, nem as demais pessoas envolvidas agem para alterar o atendimento prestado a mulheres que praticaram ou sofreram um aborto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Organização Mundial de Saúde, que apoiou financeiramente a pesquisa, por intermédio do Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, que concedeu uma bolsa de professora visitante à Cecilia McCallum, durante 2004-2005, possibilitando a continuidade do trabalho de análise e divulgação dos resultados. Agradecemos a Estela Aquino e outras colegas do Programa de Gênero Integrado em Gênero e Saúde, do ISC, pelos comentários e apoio. Somos gratas, especialmente, aos profissionais da instituição enfocada e às jovens entrevistadas. Uma versão preliminar do artigo foi apresentada nos seguintes fóruns: ST05 Juventude: Sexualidade, Gênero e Reprodução, 30º Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, em 2006; Fazendo Gênero, Florianópolis, 2007; RAM 2005.

NOTAS

¹ No Brasil, a noção de “humanização” aplicada ao cuidado hospitalar e, particularmente, ao parto abarca diversos significados. Ver Diniz (2001); Tornquist (2002, 2003, 2004).

² Silveira (2014) afirma que embora o aborto em clínicas privadas possa eventualmente facilitar o acesso a métodos rápidos, seguros e sem riscos aparentes à saúde, as mulheres pagam preços exorbitantes, não têm seus direitos reprodutivos garantidos e estão expostas à violência obstétrica.

³ Nome comercial do misoprostol, um tipo de prostaglandina utilizada para tratamento de úlceras gastroduodenais, que vem sendo amplamente usado pelas mulheres pelo seu efeito de contratura da musculatura uterina.

⁴ Seguindo a convenção da escrita antropológica, optamos por usar o presente etnográfico.

⁵ Serviço de Arquivo e Estatística Médica, local onde são fornecidos e arquivados prontuários da unidade e fichas de atendimento.

⁶ A Amiu é o procedimento recomendado pela OMS e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, até 12 semanas de gestação (OMS, 2013; Brasil, 2005). Desde 2000, o uso em hospitais públicos foi regulamentado mediante o decreto n.569.

⁷ Para descrições desses procedimentos, ver Brasil (2005).

⁸ Como veremos, as jovens usuárias têm uma explicação bastante diferente para suas dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde.

⁹ Medicamento com substâncias fitoterápicas e analgésicas, indicado para regulação do excesso do fluxo menstrual e para alívio das cólicas e do desconforto causado pela menstruação.

¹⁰ Várias informantes mencionaram, por exemplo, que o Cytotec “corrói o feto e o útero”.

¹¹ Dalsgaard (2004) detalha uma relação semelhante entre mulheres e os hospitais-maternidades.

¹² Nas discussões feministas sobre a atenção ao aborto, tende-se a presumir que a avaliação dada pelas usuárias será sempre negativa. Ver Menezes, Aquino (2009). Nossa análise mostra que a reação é mais complexa.

¹³ Sobre isso, ver Macedo (2005).

¹⁴ Sobre a experiência das parturientes, ver McCallum, Reis (2005).

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Estela Maria Leão et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.7, p.1765-1776. 2012.
- BARBOSA, Regina Maria; ARILHA, Margareth. A experiência brasileira com o Cytotec. *Revista Estudos Feministas*, v.1, n.2, p.408-417. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos*. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento inseguro: norma técnica*. Brasília: Ministério de Saúde. 2005.
- CACIQUE, Denis Barbosa; PASSINI JR., Renato; OSIS, Maria José Martins Duarte. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. *Saúde e Sociedade*, v.22, n.3, p.916-936. 2013.
- CARNEIRO, Monique França; IRIART, Jorge Alberto Bernstein; MENEZES, Greice Maria de Souza. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, n.17, v.45, p.405-418. 2013.
- COSTA, Roseli G. et al. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cadernos de Saúde Pública*, v.11, n.1, p.97-105. 1995.
- DALSGAARD, Anne Line. *Matters of life and longing: female sterilization in Northeast Brazil*. Copenhagen: Museum Tusulanum Press. 2004.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.
- DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, supl.1, p.959-966. 2010.
- FAÚNDES, Aníbal et al. The closer you are, the better you understand: the reaction of Brazilian obstetrician-gynaecologists to unwanted pregnancy. *Reproductive Health Matters*, v.12, n.24, suppl., p.47-56. 2004.
- HEILBORN, Maria Luiza et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.12, p.224-257. 2012.
- MACEDO, Ulla. “Útero em cena”: implicações e desdobramentos do uso da ultrassonografia obstétrica. Monografia (Conclusão de Bacharelado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2005.
- MARTINS-MELO, Francisco Rogerlândio et al. Tendência temporal e distribuição espacial do aborto inseguro no Brasil, 1996-2012. *Revista de Saúde Pública*, v.48, n.3, p.508-520. 2014.
- MCCALLUM, Cecilia Anne. Víctimas egoístas: perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador, Brasil. In: Wade, Peter et al. *Raza, etnicidad y sexualidades: ciudadanías y multiculturalismos en América Latina*. Bogotá: CES. p.137-166. 2008.
- MCCALLUM, Cecilia Anne. Sem nome: pessoa como processo na dinâmica racial e de gênero brasileira. In: Pina-Cabral, João de; Viegas, Susana de Matos (Org.). *Nomes: gênero, etnicidade e família*. Coimbra: Almedina. p.265-289. 2007.
- MCCALLUM, Cecilia Anne; REIS, Ana Paula dos. Users “and carers” perspectives on technological procedures for “normal” childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Pública de México*, v.50, n.1, p.40-48. 2008.
- MCCALLUM, Cecilia Anne; REIS, Ana Paula dos. Ressignificando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador-Bahia. *Cadernos de Saúde Pública*, v.22, n.7, p.1483-1492. 2006.
- MCCALLUM, Cecilia Anne; REIS, Ana Paula dos. Childbirth as ritual in Brazil: young mother's experiences. *Ethnos*, v.70, n.3, p.335-360. 2005.
- MENEZES, Greice Maria de Souza. *Aborto e juventude: um estudo em três capitais brasileiras*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2006.
- MENEZES, Greice Maria de Souza; AQUINO, Estela Maria Leão. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, v.25, n.2, supl., p.193-204. 2009.

OMS.

Organização Mundial da Saúde.

Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas da saúde. 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf. Acesso em: 8 nov. 2014. 2013.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda; GARCIA, Telma Ribeiro.

"I'll never forget it!": women's experience with induced abortion. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.8, n.6, p.50-58. 2000.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodriguez.

Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. (Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006). Brasília: Cebrap; Ministério da Saúde. 2009.

RAMIREZ-GALVEZ, Marta Célia.

Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1999.

SANTANA, Fábria S.

Trajetórias em saúde reprodutiva: narrativas de mulheres jovens sobre o aborto, atendidas

em uma maternidade pública de Salvador. (Relatório). Salvador: Universidade Federal da Bahia. 2003.

SILVEIRA, Paloma.

Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no Nordeste brasileiro. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014.

SOARES, Gilberta Santos; GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula.

Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro. Dossiê. Recife: Grupo Curumim. 2010.

TORNQUIST, Carmen Susana.

Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.

TORNQUIST, Carmen Susana.

Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.2, supl., p.419-427. 2003.

TORNQUIST, Carmen Susana.

Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, v.10, n.2, p.483-492. 2002.

