

JULIANA SILVA PONTES

**HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES QUE PROVOCARAM ABORTAMENTO:
contribuições para a enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Rio de Janeiro
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Pontes, Juliana Silva

Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento: contribuições para a enfermagem / Juliana Silva Pontes. Rio de Janeiro, 2006.

98 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem Anna Nery, 2006.

Orientador: Maria Antonieta Rubio Tyrrell

1. Enfermagem. 2. Mulher. 3. História de vida. 4. Abortamento provocado. I. Tyrrell, Maria Antonieta Rubio. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, EEAN, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD: 658 4

JULIANA SILVA PONTES

**HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES QUE PROVOCARAM ABORTAMENTO:
CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Rio de Janeiro, 19 de dezembro de 2006

Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell - Presidente
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof^a. Dr^a. Helen Campos Ferreira – 1^a. Examinadora
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos – 2^a. Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens – Suplente
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz – Suplente
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

*Para as minhas três Marias
(Celeste, Antonieta e Conceição) e uma
Esmeralda. Por tudo que sou e por todos os
horizontes que vocês me mostram.*

AGRADECIMENTOS

À Energia Superior, Supremo Amor, que nós denominamos como Deus, por tudo.

Às mulheres que contaram suas histórias de vida. Sem vocês nada disso teria existido por maior que fosse a minha vontade. Obrigada por compartilharem comigo as suas vivências!

À minha mãe (uma das minhas Marias). Você é a pessoa que mais me ensina nesse mundo. Tudo que sou, penso e sinto se originou a partir de você. Obrigada por tudo!

À dinda Esmeralda, ao meu pai e ao meu irmão, ao Antônio, por tanto Amor e Cuidado.

Ao Gi, pelo Amor, Carinho e Acolhimento. A Francisca, José, Anderson, Tayana, Samara, Bianca, Márcia, Rogério, Silvana, Sérgio e Ana Vitória, por tantos momentos felizes.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell (mais uma das minhas Marias). Indescritível é a palavra exata que diz tudo que eu sinto por você. A cada dia de convivência, maior é a minha admiração, carinho, respeito e Amor que lhe tenho. Muito obrigada por tudo!

À Prof^a. Dr^a. Rosângela da Silva Santos, Prof^a. Helen Ferreira, Prof^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz, Prof^a. Claudia Santos e Prof. Octavio Vargens. Vocês foram muito especiais nessa trajetória, não só pela participação nas bancas de defesa do projeto e de qualificação, mas, principalmente, pelo exemplo de compreensão, carinho competência e cuidado que tiveram ao ajudar-me na construção do meu material.

A todos os professores da Escola de Enfermagem Anna Nery, em especial aos do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, companheiros essenciais no início da minha jornada que se perpetuaram ao longo de toda essa trajetória. A Prof^a. Conceição (a terceira Maria a qual dediquei este trabalho), por ter sido um grande exemplo de Amor aos alunos. Seus conselhos vão seguir comigo pela minha vida.

A Rosália, Sônia, Cristina, Jorge Anselmo, Sandra, Raphaela, Sílvia, Marili e Cláudio, pela torcida organizada.

Aos meus amigos de ontem, hoje e sempre: Carol, Newton, Rozânia, Paulo, Cíntia, Andreza, Ana Paula, Francine, Franciane, Fernanda, Selma, Fabiana, Shirley, Simone, Rosana, Wânia, Sandra, Jaqueline, Juliana, Marinalva, Rafael, João, Patrícia, Vanessa, Márcia, Monique, Valéria, Beatriz, Bia, Irinéa, Vilza, Vinícius, Wagner, Vanderlei. Em especial a Rosane (por tantas vezes que enxugou minhas lágrimas e me devolveu o sorriso), a Ozana (por seu exemplo de fé) e ao Hipólito (pelo exemplo de perseverança).

RESUMO

PONTES, Juliana Silva. **Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento**: contribuições para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Estudo qualitativo que adotou como caminho metodológico a História de Vida. Teve como objeto de estudo a assistência de saúde na visão da mulher que vivenciou o processo de abortamento provocado tendo como questão norteadora: Quais os aspectos da assistência de saúde relatados pelas mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado? Os objetivos definidos foram: a) Descrever, a assistência de saúde recebida, por meio da história de vida de mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado. b) Discutir a assistência de saúde a partir dos relatos das mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado sob o enfoque dos direitos reprodutivos e sexuais. As bases conceituais que fundamentaram a análise dos dados se relacionam com Gênero e Condição Feminina, Cidadania, Direitos Reprodutivos e Sexuais, Marco Conceitual de Abortamento e Bases Éticas e Legislativas sobre Aborto no Brasil. Foram colhidas 12 histórias de vida de mulheres que concordaram em falar sobre sua vivência no processo de abortamento provocado, conforme a Resolução 196/96 (CNS), assegurando o anonimato das participantes utilizando nomes de pedras semi-preciosas para identificar as depoentes. Por meio da análise dos dados, emergiram duas categorias: 1) A Assistência de Saúde frente à Situação Abortiva (com as sub-categorias: Os Caminhos do Abortamento, Clandestino x Legal, As Diferenças e as Violências na Assistência); e, 2) A Assistência de Saúde e os Direitos Reprodutivos e Sexuais (com as sub-categorias: A (Des)Assistência no Planejamento Familiar e as Parcerias, As Diferenças de Gênero na Busca pela Assistência). O estudo evidenciou, apesar das diretrizes políticas atuais em saúde da mulher e das normas sobre o aborto, indicativos das necessidades do acolhimento para a assistência, eliminar a violência institucional que existem tanto nos serviços clandestinos quanto nos ilegais, tratar as falhas nos serviços de assistência de planejamento familiar, e proporcionar fundamentalmente apoio educacional. Outra constatação no estudo refere-se à feminilização do apoio ao buscar o abortamento: em outras mulheres e amigas que acreditaram que a escolha do aborto só cabiam a elas; que o homem negou sua responsabilidade deixando a decisão para a própria mulher. Diante de todos esses dados e discussões, buscamos contribuir não só para a assistência de saúde à mulher no processo de abortamento como também na no ensino e na pesquisa de Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem, Mulher, História de Vida, Abortamento Provocado.

ABSTRACT

PONTES, Juliana Silva. **Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento**: contribuições para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Guidance: Doctor Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Qualitative study that adopted as methodological way the History of Life. Had as study object the assistance of health in the vision of the woman who lived deeply the process of provoked abortion. As guidance question it presented: Which the aspects of the health assistance told by the women who had lived deeply the process of provoked abortion? Was adopted as objective: a) To describe, the assistance of received health, by the history of life of women who had lived deeply the process of provoked abortion. b) To argue the assistance of health from the stories of the women who had lived deeply the process of abortion provoked under the approach of the reproductive and sexual rights. It was established as conceptual bases: Gender and Feminine Condition, Citizenship Reproductive and Sexual Rights, Conceptual Landmark of Abortion and Ethical and Legislative Bases about Abortion in Brazil. Had been harvested 12 histories of life of women who had agreed to speak about their experience in the process of provoked abortion. To guarantee the anonymity, according to the 196/96 Resolution, was used names of half-precious rocks to identify the deponents. With the analysis of the data, two categories had emerged: 1) The Assistance of Health front the Abortive Situation (with the sub-categories: The Ways of the Abortion and Clandestine X: The Differences and the Violence of the Assistance) and 2) the Reproductive and Sexual Assistance of Health and Rights (with the sub-categories: (the Non) Attendance in the Familiar Planning and The Partnerships: The Differences of Gender in the Search for the Attendance). The study evidenced that despite the lines of the current politics direction in health of the woman indicated the way of the shelter for the assistance, the stories of the women shows the great institutional violence that there is in such in the clandestine services as in the illegal ones and also that it has imperfections in the forms of assistance in the familiar planning, therefore we do not take care of the necessities of educational support. Another prominence was the feminilization of the support in the search of the abortion: many had searched support in other women and believe that the choice of the abortion only concerned to them. Many had also told that the man denied their responsibility or simply they had left them alone to take the decision. Ahead of all these data and quarrels, we search to not only contribute for the assistance of health, but for the proper of education and research of Nursing.

Key words: Nursing, Woman, Life History, Provokate Abortion.

RESUMEN

PONTES, Juliana Silva. **Histórias de vida de mulheres que provocaram abortamento**: contribuições para a enfermagem. Rio de Janeiro, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

Orientadora: Doctora Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Estudio cualitativo que adoptó como camino metodológico la Historia de Vida. Tuvo como objeto de estudio la ayuda de salud en la visión de la mujer que ha vivido el proceso de abortamiento provocado. Como cuestiones orientadoras presentó: Cuales los aspectos de la ayuda de salud relatados por las mujeres que vivieron el proceso de abortamiento provocado ¿ Fue adoptado como objetivos: a) Describir, la ayuda de salud recibida, por el medio de la historia de vida de mujeres que vivieron el proceso de abortamiento provocado. B) Discutir la ayuda de salud desde los relatos de las mujeres que vivieron el proceso de abortamiento provocado bajo el enfoque de los derechos reproductivos y sexuales. Fue establecido como bases conceptuales: Género y Condición Femenina, Ciudadanía, Derechos Reproductivos y Sexuales, Marco Conceptual de Abortamiento y Bases Éticas y Legislativas sobre Aborto en Brasil. Fueran recogidos 12 historias de vida de mujeres que concordaran en hablar sobre su vivencia en el proceso de abortamiento provocado. Para garantizar el anonimato, conforme la Resolución 196/96, fueron usados nombres de piedras semipreciosas para identificar las deponentes. Con el análisis de los datos, emergerán dos categorías: 1) La Ayuda de Salud frente la Situación Abortiva (con las subcategorías: Los Caminos del Abortamiento y Clandestino X Legal: Las Diferencias y las Violencias de la Ayuda) y 2) La Ayuda de Salud y los Derechos Reproductivos y Sexuales (con las subcategorías: La (No) Ayuda en el Planeamiento Familiar y Las Parceiras: Las Diferencias de Género en la Busca por la Ayuda). El estudio evidenció que aún las directrices políticas actuales en salud de la mujer han indicado el camino del acogimiento para la ayuda, los relatos de las mujeres muestra la grand violencia institucional que hay tanto en los servicios clandestinos cuanto en los ilegales y también que hay fallas en las formas de ayuda en el planeamiento familiar, aún que no atendimos las necesidades de apoyo educacional. Otro realce fue la feminización del apoyo al buscar el abortamiento: muchas buscaron apoyo en otras mujeres y creen que la escogida del aborto solamente ha cabido a ellas. Muchas también relataron que el hombre negó su responsabilidad o simplemente la dejaron en soledad para que tomase la decisión. Delante de todos esos datos y discusiones, hemos buscado contribuir no solamente para la ayuda de salud, pero para la propia triade de ayuda, enseñanza e investigación de Enfermería.

Palabras-clave: Enfermería, Mujer, Historia de Vida, Abortamiento Provocado.

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1 Situação problema	12
1.2 Objeto de estudo	21
1.3 Questão norteadora	21
1.4 Objetivos	21
1.5 Relevância do estudo	21
2 CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO	24
3 BASES CONCEITUAIS	33
3.1 Gênero e condição feminina	33
3.2 Cidadania, direitos reprodutivos e sexuais	37
3.3 Marco conceitual de atenção ao abortamento	41
3.4 Bases éticas e legislativas sobre aborto no Brasil	42
4 ABORDAGEM METODOLÓGICA	47
4.1 Natureza do estudo	47
4.2 Método de história de vida	47
4.3 Sujeitos do estudo	49
4.4 Cenário da pesquisa	51
4.5 Técnica de coleta de dados	51
4.6 Tratamento dos dados	53
5 ANÁLISE DOS DADOS	55
5.1 A assistência de saúde frente à situação abortiva	61
5.1.1 Os caminhos do abortamento: clandestinidade, serviço privado ou domicílio	61
5.1.2 Clandestino x legal: as diferenças e as violências da assistência	68
5.2 A assistência de saúde e os direitos reprodutivos e sexuais	76
5.2.1 A (des)assistência no planejamento familiar	76
5.2.2 As parcerias: as diferenças de gênero na busca pela assistência	82
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	98

“Para a mulher que aborta, descanso...”

Nando Reis

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Situação Problema

O meu interesse em pesquisar um tema que é amplo e complexo, que toca questões não só ético-legais e morais, mas também socioeconômicas, técnico-científico, religiosos e culturais, surgiu da vivência com mulheres que já tinham provocado abortamento¹. Concomitantemente foi influenciado por reflexões e experiências adquiridas durante o Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia e de Especialização em Enfermagem Obstétrica, da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ), traduzindo-se em um grande desafio na arte de pesquisar, a rigor, numa Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Nestas experiências de aprender-cuidar de mulheres que estavam vivenciando a problemática do abortamento, estas se mostravam pessoas tristes, com necessidades, principalmente de apoio psicossocial maior do que a necessidade de satisfazer cuidados físicos o que fortaleceu o meu interesse.

A primeira vivência foi no 4º período, no Programa Curricular Interdepartamental V, onde prestávamos assistência à família expectante, isto é, a mulher no processo de reprodução.

Em dois dos campos de estágio, prestamos assistência a mulheres nesta situação na sala obstétrica onde assistimos a mulher no pré-parto, parto e no pós-parto, no alojamento conjunto. Neste último, verificamos nas mulheres que as necessidades de apoio psicossocial eram ainda maiores devido a este local ser destinado às mulheres no período puerperal e aos seus filhos, recém-nascidos.

¹ Neste estudo, utilizamos a mesma definição de abortamento que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 147) declara como a interrupção da gravidez até 22 semanas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm.

Nesta fase, as mulheres em situação abortiva mostravam-se isoladas da família e em muitas situações, os cuidados, em sua maioria, eram prestados de forma técnica, conforme é prescrita na rotina hospitalar ou até mesmo de forma menos atenciosa.

Uma outra vivência ocorreu no último período do Curso de Graduação quando, dentre outros, tínhamos como campo de estágio o consultório de enfermagem na área de ginecologia. Percebi, nessa área, que algumas mulheres procuravam o serviço após algum tempo. Isto é, depois de terem vivenciado um aborto² em situação provocada. Nesta, a intenção, segundo o relato de uma delas, era “*saber se estava tudo bem*”. Já outras relatavam que faltaram à consulta no dia marcado por receio de vivenciar reações do profissional que as atenderiam, diante do fato de terem provocado um aborto.

Posteriormente, vivenciei a experiência de ser professora substituta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI/EEAN/UFRJ), onde tive a oportunidade de acompanhar alunos no cenário de prática de consulta de enfermagem pré-natal, despertando minha atenção a maneira como as mulheres se comportavam ao informar que provocaram abortos.

Empiricamente, pude observar duas situações que fortaleceram meu interesse para realizar um estudo com rigor científico: de um lado, as mulheres sentiam desconforto ao falar sobre esta experiência durante o levantamento da história obstétrica e clínica (anamnese); e, de outro lado, as mulheres procuravam o serviço no período gestacional aproximado a convergência com a semana gestacional que provocaram o aborto, mostrando-se muito preocupadas e ansiosas em relação ao desenvolvimento do feto e sua formação.

² Biologicamente, aborto é o produto da cavidade uterina expelido no processo de abortamento. Porém, popularmente aborto nomeia o ato em si. Usualmente as duas denominações podem aparecer ao longo deste estudo

Essas situações provocavam, nos alunos, curiosidades em relação à aprendizagem sobre a temática e aos cuidados a serem oferecidos e questionavam após a consulta: como alguma gestante um dia provocou um aborto, e porquê ocorria? Sempre disse a eles que *só ela sabe os motivos, mas com certeza cabe a nós cuidar sem julgar*, por difícil que seja compreender as circunstâncias e fatores determinantes, e propiciava reflexões para estudo, já que também temos nossos valores e juízos. E, enfatizava que é necessário lembrar que, no âmbito de cuidar, é necessário conhecer os problemas que apresentam as mulheres nessas situações do que considerar as convicções pessoais como base da qualificação da assistência.

Outro aspecto marcante que fortaleceu meu interesse nesse caminhar na condição de discente e docente, na área de assistir e ensinar na área da saúde da mulher, foi a observação empírica de comportamentos e (re)ações na realidade das situações de abortamento provocado. Este que é um fenômeno que ocorria em mulheres de classes sociais, culturas e estilos de vida variados. As diferenças são suas vivências e conseqüências. Reafirmo que estas situações sempre despertaram minha atenção enquanto pessoa, mulher e ser enfermeira.

Acrescenta-se a essas experiências a minha condição de Bolsista de Iniciação Científica (IC/ CNPq), no projeto de pesquisa intitulado “*A Saúde da Mulher e o Saber Acadêmico de Enfermagem: Tendências e Prioridades da Produção Científica dos Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu*”³, orientado pela Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell.

Nesta investigação, utilizamos como fonte de dados os “Catálogos de Informações sobre Pesquisa e Pesquisadores em Enfermagem” do Centro de

³ Esta pesquisa foi aprovada e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e registrada no Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher – NUPESM/DEMI/EEAN.

Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem (CEPEN/ABEn), tendo como delimitação temporal o período de 1975 a 2001.

Nesse estudo, identificamos que do total de 2.292 resumos de dissertações e teses na área de enfermagem nesse período, 342 eram referentes à área da Saúde da Mulher, correspondendo 14,9% da produção total na área; desta produção, somente 07 trataram da temática do aborto. Assim, ao se estudar este tema, o quantitativo não se apresenta de forma significativa, principalmente quando verificamos que o aborto é uma das causas obstétricas diretas de mortalidade da população feminina que são preveníveis. Tais trabalhos sobre a temática eram de natureza qualitativa, buscando investigar fatores de interação entre as mulheres e profissionais de saúde ou de obter a opinião de alunos sobre conteúdos e cuidados nas situações de mulheres que se submeteram ao abortamento provocado tratados em sua formação de graduação em Enfermagem.

Essas constatações fundamentaram minha opção em abordar no trabalho de conclusão de curso de graduação (TCC) a temática sobre: *Assistência à Mulher no Processo de Abortamento: Concepções da Equipe de Enfermagem*⁴. Este estudo teve como objetivos: a) descrever as concepções da equipe de enfermagem acerca da assistência a mulher no processo de abortamento e b) analisar a assistência de enfermagem a mulher no processo de abortamento, à luz do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os resultados desse trabalho, na modalidade de uma monografia, mostraram que a equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem), independente da idade e do nível de sua formação (superior ou médio), concebe e presta cuidados diferenciados à mulher em situação de abortamento. Essa

⁴ Teve como cenário uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, e os sujeitos foram profissionais que atuavam na sala de pré-parto e parto. Encontra-se registrada no NUPESM/DEMI/EEAN.

diferenciação está relacionada, principalmente, ao tipo de abortamento que se traduz na prática profissional por uma *atitude de aceitação* à mulher, no aborto espontâneo e de *rejeição* no aborto provocado, atribuindo “*pena*” ou “*raiva*” respectivamente e, com isto, caracterizando a qualidade do *cuidado* ou *não cuidado de enfermagem* ofertado.

A constatação da importância do Planejamento Familiar, naquele estudo, como estratégia de prevenção do aborto, foi evidenciada como opção profissional da equipe, e não pessoal da cliente; isto é, o profissional fala sobre métodos contraceptivos considerados mais adequados para ela, sem perguntar, na maioria dos casos, se a mulher conhece ou se foi orientada, se tem dúvidas ou como pretende evitar uma nova gravidez (indesejada).

Em suma, constatou-se, nesse estudo, que o cuidado oferecido é técnico e rotineiro em ambos os tipos de abortamento de situações vivenciados pela mulher: “menos carinhoso” no caso de abortamento provocado, o que é altamente questionado e avaliado, pela equipe de enfermagem, como negativo a prática pelas mulheres, assertiva expressa por todas (7) as profissionais. E é “carinhoso” no caso de a mulher atendida em situações de abortamento espontâneo.

Outro fato constatado no estado da arte foi feito em um estudo intitulado “A Abordagem sobre Saúde da Mulher nos Artigos de Enfermagem da Biblioteca Virtual SciELO (1995 – 2005)”. Nesse estudo, foram usados unitermos presentes na página eletrônica que permitissem pesquisar o maior número possível de artigos em saúde da mulher (os unitermos disponíveis eram: “enfermagem”, “enfermagem ginecológica”, “enfermagem materno-infantil”, “enfermagem obstétrica” e “saúde da mulher”). Surpreendentemente, apesar de ser um estudo limitado, não foi encontrado nenhum artigo que falasse sobre o tema do abortamento, fato que pode

ter ocorrido por dois motivos: a) os estudos que abordaram o tema do abortamento não dispõem de outro unitermo dos citados, ou b) nenhum estudo foi publicado nesses periódicos, neste recorte temporal, sobre a questão do abortamento provocado na área de enfermagem.

Biologicamente, o conceito de abortamento refere-se “à expulsão ou à extração de concepto pesando menos de 500 g, que equivalem, aproximadamente, a 20-22 semanas completas”, período do desenvolvimento em que o feto ainda não atingiu a viabilidade (REZENDE; MONTENEGRO, 1999, p. 237). O processo de abortamento nos textos e documentos médicos é ainda classificado como espontâneo ou provocado, e são também “cl clinicamente definidos de acordo com os sintomas e se o produto da concepção foi parcial ou completamente retido ou expelido” (BURROUGHS, 1995, p. 339-340) .

Tal classificação de tipos de abortamento, que é baseada em aspectos fisiopatológicos, nos dá a conotação de que os cuidados físicos se modificam conforme a classificação deste e, tanto a mulher que aborta de forma espontânea quanto a que o provoca podem sofrer sérias complicações em seu organismo, requerendo cuidados e profissionais altamente qualificados. Cabe enfatizar que, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), 70.000 mulheres morrem em decorrências de complicações geradas por abortos. Isto nos leva a refletir que a mulher em situação abortiva necessita de cuidados para o restabelecimento de sua saúde, conseqüentemente, de assistência prestada com qualidade e com respeito à sua condição de cidadã.

Na prática, ao cuidar dessas mulheres há diferenciação no atendimento. Isto é reconhecido em documentos oficiais, recomendando-se na Norma Técnica que a Atenção tem que ser Humanizada à Mulher no Abortamento (BRASIL, 2005). Nesta

norma, fica claro o reconhecimento pelas autoridades competentes de que o aborto é uma importante causa de mortalidade materna num contexto de culpabilização e penalização do abortamento. No próprio documento afirma-se que (op. cit, p. 9):

É fundamental, por fim, reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres.

Na área de Enfermagem, Lipinski, Lunardi e Fonseca (2000, p. 431) evidenciaram numa pesquisa sobre o assunto de que a diferenciação no atendimento de uma mulher para outra baseada no tipo de abortamento que está vivenciando, que é necessário reconhecer que “uma atuação de enfermagem, pautada na educação, no diálogo, no ambiente humanizado, com a redescoberta da mulher como centro da decisão poderia ajudar a redesenhar um quadro tão difícil quanto do aborto”.

Essa diferenciação de atendimento, baseada não na individualidade da mulher, mas no tipo de abortamento, me fez refletir, uma vez mais sobre essa problemática e questionar sobre a qualidade da assistência prestada e, principalmente, sobre a garantia dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais dessas mulheres. A evidência de que há essa dicotomia no tipo de cuidado, de acordo com o tipo de abortamento, de que esses direitos não estão sendo respeitados e a condição de cidadania da cliente não é assegurada. A mulher requer também seu direito assegurado à saúde, conforme disposto no Art. 196 da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

Tal evento na vida da mulher é uma questão tão pessoal que Cardich (1993, in SOARES, 1998a) afirma que o aborto se envolve numa completa trama de fatores pessoais, biológicos e socioculturais que o faz ser um evento único e distinto para cada mulher, que não é passível de generalização. Por tal motivo, não se deve

esquecer essa teia que envolve este acontecimento, tendo em vista que a assistência deve ser ao mesmo tempo única e igualitária tanto para a mulher que o provoca quanto para aquela que o vivencia de forma espontânea.

Soares (1998b) estudou mulheres de classe média que provocaram abortamento e que forneceram dados por meio da técnica de grupos focais e da rede de relações. A autora, além de atingir os seus objetivos, trouxe uma definição de abortamento a partir da voz das mulheres, porém destituída de valoração e foi relacionada “a interrupção de uma gravidez”. Mas, nesta definição não foram consideradas as subjetividades envolvidas. As mulheres produziram significados sobre o termo interromper. Sobre isto, a pesquisadora afirmou que, para essas mulheres, interromper significou eliminar, separar, perder, suprimir. Estas palavras foram ditas várias vezes durante os depoimentos, traduzindo o desejo de extrair os padrões de maternidade aprendidos na infância e, naquele momento, optar por outro caminho, mesmo que tenha sido importante para confirmar seu potencial reprodutivo foi atribuído a um ônus de sentimentos e de vivência.

Essa problemática e sua convergência com a qualidade da assistência de enfermagem foram estudadas no Trabalho de Conclusão de Curso, de minha autoria. Evidenciou-se nos depoimentos dessas mulheres que a assistência à mulher em situação de abortamento precisa ser repensada e reestruturada para que atenda aos preceitos conclamados pelo Ministério da Saúde tais como o acolhimento e o diálogo, que configuram uma assistência humanizada.

Atualmente, em que pesem as propostas governamentais e as normas estabelecidas para solucionar a problemática, dentre outros, por influência, também, das lutas do movimento feminista, pouco se fez e se faz de concreto para evitar que o aborto se repita. Mulheres que tiveram complicações por aborto estão entre as

pacientes mais negligenciadas quanto aos cuidados de promoção da saúde reprodutiva. Via de regra, nem são encaminhadas a serviços autorizados e profissionais capacitados, como disposto nas propostas governamentais. Assim, ampliam-se os debates promovidos basicamente pelo Governo Federal e pela sociedade brasileira.

O manual “Parto, Aborto e Puerpério - Assistência Humanizada à Mulher” (BRASIL, 2001), elaborado com a participação da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiras Obstetras (ABENFO), afirma que o conceito de qualidade da atenção ao abortamento e no pós-aborto implica num

esforço integrado e sinérgico de todos os níveis gestores para a oferta de serviços que garantam: acolhimento, informação, aconselhamento, competência profissional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos.

Assim, é necessário um repensar coletivo por parte não somente pelas instituições formadoras, mas também pelas unidades de assistência de saúde e da sociedade em geral, para que o ensinar - cuidar - assistir à mulher em abortamento seja eficaz, competente e, principalmente, humanizado.

Nesse sentido, constata-se e assim é declarado pelo Estado, que a situação abortiva vivenciada pela mulher é reconhecida como *um grave problema de saúde pública*, onde a mulher corre um alto grau de risco de adoecer e morrer bem como de vulnerabilidade⁵ bio-psico-social, pouco estudada e tratada. Caracterizada, de fato, uma problemática complexa e abrangente, o que representa um grande desafio no processo de Ensinar e Cuidar em Saúde, em geral e em Enfermagem em particular. Isto justifica, a rigor, estudar o assunto na modalidade de uma dissertação, do Curso de Mestrado em Enfermagem na *Linha de Políticas de Saúde*

⁵ Vulnerabilidade é o ponto pelo qual alguém ou algo pode ser atacado (FERREIRA, 1993, p. 329).

da Mulher: Modelos de Ensinar e Assistir em Enfermagem do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Mulher (NUPESM/DEMI/EEAN).

1.2 Objeto de Estudo

Para o desenvolvimento deste projeto, tem-se como objeto de estudo a assistência de saúde à mulher que vivenciou o processo de abortamento provocado, a partir de sua história de vida.

1.3 Questão Norteadora

Neste sentido, tem-se como questão norteadora do estudo:

- Quais os aspectos da assistência de saúde relatados pelas mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado?

1.4 Objetivos

A partir dessa questão, definem-se dois objetivos:

- Descrever a assistência de saúde às mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado por meio de sua história de vida;
- Discutir a assistência de saúde a partir dos relatos das mulheres que vivenciaram o processo de abortamento provocado sob o enfoque dos direitos reprodutivos e sexuais.

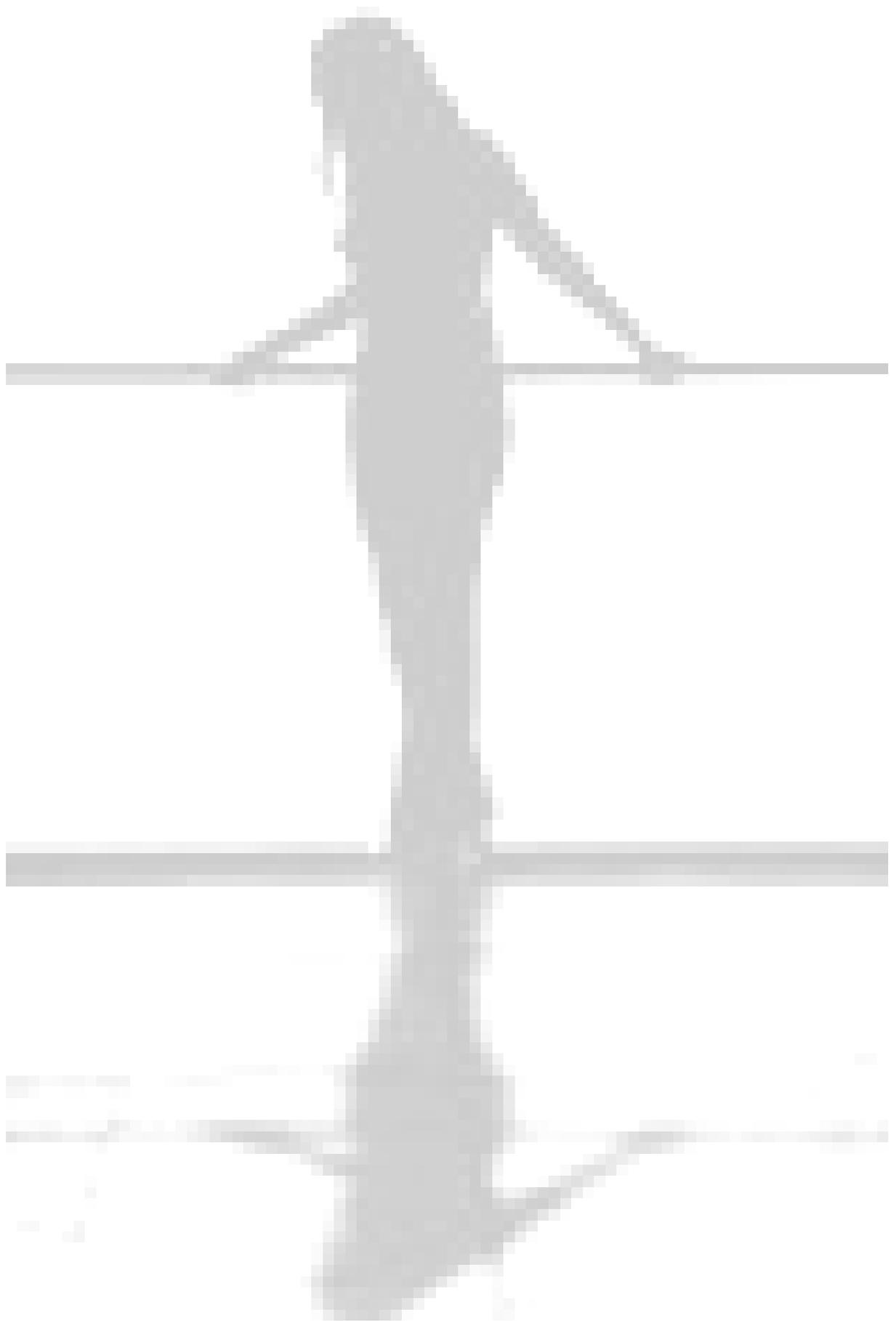
1.5 Relevância do Estudo

Com o desenvolver deste estudo, pretende-se realizar e atender o desejo de conhecer mais profundamente e ampliar conhecimentos sobre as interfaces de influência no estilo de cuidar em saúde da mulher que vivenciou o abortamento - o

que tem sido para mim fonte de reflexões. Pretende-se, também, contribuir, através dos dados produzidos pelas mulheres, para uma caracterização das dimensões assistenciais, científicas e pedagógicas da enfermagem na área de saúde da mulher na situação abortiva, contribuindo, desta forma, para as bases dos modelos de ensinar-cuidar, ensinar-pesquisar e assistir-pesquisar em saúde da mulher.

Nessa perspectiva, defendemos *o cuidado como um modo de ser* (BOFF, 1999). O sentido da palavra cuidado assume a forma de desvelo, que provoca preocupação, inquietação e senso de responsabilidade, representando também uma atitude de ocupação e de desenvolvimento afetivo com o outro. Portanto, no tocante à assistência de enfermagem, espera-se que possa subsidiar a discussão sobre bases de propostas para a prática de ensinar e cuidar na perspectiva da humanização no modo de ser profissional e de ser cuidado na situação abortiva da mulher.

Em relação ao ensino, oferecerá suporte técnico-científico aos estudos e investigações nos diferentes níveis de formação (profissionalizante, graduação e pós-graduação), através da divulgação e publicação dos seus resultados. E, a partir dos resultados obtidos, poderá incentivar outros estudos e debater a necessidade de inclusão da temática nas propostas e planos curriculares e no desenvolvimento de outras pesquisas nesta esfera de conhecimento.



2 CONTEXTUALIZANDO O ESTUDO

Para compreendermos a problemática da mulher que vivencia a situação do abortamento provocado, é preciso analisar esta questão de forma contextualizada. Este capítulo tem esse propósito: trazer os temas inerentes a esse contexto, iniciando pelo perfil epidemiológico.

O dado mais recente publicado pelo MS na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (BRASIL, 2004a), em nosso país, indica que 31% de gestações terminam em abortos. Anualmente, ocorrem mais ou menos 1,4 milhões entre abortos espontâneos e inseguros, com uma taxa de 3,7 abortos para 100 mulheres de 15 a 49 anos. Para melhor análise, é só observar que dados do SUS indicam que em 2004 ocorreram 244 mil internações motivadas por curetagens⁶ pós-aborto, sendo importante registrar que as curetagens são o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superadas apenas pelos partos normais. Nesses números não são contemplados os abortos por razões médicas ou legais, que são os permitidos pelo artigo 128 do Código Penal Brasileiro e retificado pelo Conselho Nacional de Saúde através da Resolução nº 258, de 06/11/1997, que determina a regulamentação e normatização do atendimento ao aborto legal através do Sistema Único de Saúde (SUS).

No “Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis”, documento elaborado pela Rede Feminista de Saúde (2005), também é registrado que o número de abortos realizados no Brasil, utilizando parâmetros de correção do Alan Guttmacher Institute, tendo como base de cálculos o número de curetagens realizadas e

⁶ Curetagem é um procedimento obstétrico para o esvaziamento do útero, podendo ser realizado até a 16ª semana de gestação (CHAVES NETTO, 2005).

estimativas de abortos em que as mulheres não procuram assistência após esse ato entre 1999 e 2002, chega-se ao número de 705.600 abortos provocados/ano.

É mister destacar que o aborto no Brasil, além de constituir uma das causas mais freqüentes de internação, representa também as dificuldades dos serviços de saúde e, em especial, de Atenção Básica em Saúde de oferecer serviços ou ações que visem à contracepção e ao planejamento familiar na rede pública de atenção à população. Lima (2000) traçou esse perfil epidemiológico baseado em dados estatísticos, num período de 15 anos (1980-1995), mostra, um decréscimo na média de idade das mulheres que morreram por aborto, colocando este problema não só como um problema grave de saúde pública, mas envolvendo direitos constitucionais, de saúde reprodutiva e, portanto, de cidadania.

O Relatório do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança e do Adolescente, da Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (ECA/SES/RJ), registra que o aborto, neste Estado, ocupa a 4ª. posição das causas da mortalidade materna por causas preveníveis. Com base neste dado, o Comitê de Mortalidade Materna (CMM) alertou o governo e se estabeleceram critérios de *evitabilidade* determinados por *experts* (com representantes do governo, da FEBRASGO, da ABENFO, de profissionais que trabalham com a temática e dos movimentos sociais, em especial o feminista, dentre outros), indicados pela Coordenação da Mulher do Programa da Mulher, Criança e Adolescente e divulgados no Manual de Comitês de Mortalidade Materna (BRASIL, 2002b). Reafirmou, uma vez mais, que a grande maioria dos óbitos (mais de 85%) poderiam não ter acontecido, o que significa que poderiam ser prevenidos. Deve-se considerar, também, que esses quantitativos podem não representar fidedignamente o número total de casos enquanto dados oficiais, pois o aborto é uma prática ilegal

no Brasil. O problema agrava-se quando, configurando-se como prática clandestina, contribui para a subnotificação dos casos ou até mesmo a ausência de registros, podendo-se inferir que os dados oficiais nem sempre refletem um quantitativo condizente com a realidade dessa problemática.

A Rede Feminista de Saúde, em 2005, analisando o perfil de morbimortalidade no Brasil, através de 89 casos de óbitos, identificou que 41,6% eram negras, 62,9% eram solteiras ou separadas, 60% trabalhavam como domésticas ou eram donas de casa, 73% tinham escolaridade inferior a 8 anos de estudo e 55% tinham menos de 29 anos de idade.

Além deste quadro epidemiológico, para entendermos a dimensão do abortamento provocado, é necessário também debater e refletir de um lado que o conceito de saúde na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) institui *que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado*, de assegurá-la à população em geral.

De outro lado, o clássico conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) define-o como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças”. Apesar de tentar englobar vários aspectos, a própria OMS em discussões posteriores o ampliou como:

A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as capacidades físicas.

O movimento feminista na V Conferência Mundial da Mulher, em Beigin, na China, em 1995, tomando como base esses conceitos fundamentais, definiu a Saúde Reprodutiva como direito das mulheres abrangendo, dentre outros, alimentação, saneamento básico, saúde e educação, habitação, tecnologia apropriada, acesso a todos os serviços de demandas (programadas e espontâneas),

desde a condição feminina e de cidadã, ou seja, compreendendo os direitos sexuais e reprodutivos (ONU, 1995).

Dessa perspectiva magna, o aspecto saúde tem uma gama de significados e responsabilidades que envolvem setores e instituições que influenciam o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e do meio ambiente, desde uma perspectiva constitucional e legal (FORMIGA FILHO in GALVÃO; DIAZ, 1999).

Arouca (1982 in TYRRELL; CARVALHO, 1999, p. 78) no contexto da reforma sanitária, defendia uma concepção de saúde como um objeto concreto da realidade social que compreende:

1. Um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade;
2. A produção de serviços de saúde como sua base técnico-material, seus agentes e instituições organizadas para satisfazer necessidades;
3. Um espaço físico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresa, equipamentos e medicamentos);
4. Um espaço de densidade ideológica;
5. Um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais, que tem a ver com a produção social;
6. Uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto do nível individual como coletivo.

Essas concepções sobre saúde, desde o movimento da reforma sanitária, foram amplamente debatidas e consensuadas, posteriormente, na 8ª. Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) o que na nossa opinião pessoal, de certo modo, auxiliou a definição de saúde na Constituição Federal do Brasil (1988), quando explicita, em seu artigo 196, que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Nessa magnitude e nessa concepção, o direito à saúde é para todos os cidadãos brasileiros, e nela entende-se a questão do atendimento à mulher em todas as situações por ela requeridas. Portanto, na situação de abortamento, podendo-se afirmar, com base nesse artigo constitucional, que é garantido o acesso universal e igualitário a assistência, por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL,

1990) fortalecendo a idéia de que nesta situação a mulher necessita de medidas de promoção, proteção e recuperação de seu equilíbrio bio-psico-social na dimensão individual, familiar e social, compreendendo, também, as características descritas pelo ilustre sanitarista Sergio Arouca.

Anteriormente à promulgação da Constituição, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde (PAISM), já abordava o abortamento de forma bastante preocupante, afirmando que o atendimento à mulher pelo sistema de saúde é limitado e que, ao lado de outros aspectos importantes a esse grupo populacional com crescente presença no mercado de trabalho e papel fundamental no núcleo familiar, a questão do abortamento encontrava-se em segundo plano e a ênfase dava-se a ela no processo de reprodução.

Nesse programa, também foi colocado e publicado o compromisso pelo Estado, por meio do Serviço de Planejamento Familiar, sendo este um dos objetivos programáticos do PAISM, desde 1984, a prevenção da gravidez indesejada, principalmente de adolescentes, através do conhecimento de métodos contraceptivos adequados à individualidade das mulheres, conseqüentemente, evitando o aborto por opção consciente do casal ou da mulher, com supervisão de profissionais competentes da área da saúde. Assim, com base no PAISM (BRASIL, 1984), a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (1995, p. 56), ao publicar o manual denominado: “Saúde Materna – Componentes Essenciais dos Direitos Reprodutivos” apoiou a afirmativa de que a gravidez não desejada ou não planejada era a maior responsável pelo aborto provocado e suas complicações, alertando que, após a sua fertilidade rapidamente reconstituída, é necessária a orientação de um profissional de saúde competente sobre todos os métodos e a

participação do companheiro e da família para que, por uma opção consciente, a mulher pudesse decidir sobre o uso dos métodos mais adequados esclarecendo-se seus direitos reprodutivos e sexuais.

Nesse particular, cabe lembrar que na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing, China (ONU, 1995), à luz do compromisso do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento afirmou-se que

em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de boa qualidade para o tratamento de complicações derivadas de abortos. Serviços de orientação, educação e planejamento familiar pós-aborto devem ser oferecidos prontamente à mulher, o que contribuíra para evitar abortos repetidos.

Além disso, no relatório final da conferência, a questão do aborto e do Planejamento Familiar foram abordados, registrando-se que

em nenhum caso se deve promover o aborto como método de planejamento familiar. Insta-se a todos os governos e às organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes, a revigorar o seu compromisso com a saúde da mulher, a tratar os efeitos que têm sobre a saúde os abortos realizados em condições inadequadas como sendo um importante problema de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto mediante a prestação de serviços mais amplos e melhorados de planejamento familiar.

Diante do exposto, percebemos que, de um lado, há uma preocupação governamental em afirmar que a questão do aborto é um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Isto significa que é necessário encarar a magnitude do assunto como tal, que implica em reconhecer que o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. É preciso, também, destacar que, para algumas mulheres, a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro.

De outro lado, implica em buscar um atendimento mais qualificado a essas mulheres, reconhecendo que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos a eliminar a violência de gênero, a promoção da sua humanização, incitando os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres e de respeito às suas decisões, preservando-se, assim, sua autonomia.

O ideal do atendimento colocado no “Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis”, enquanto preocupação societária, converge com a do Ministério da Saúde, no manual “Parto, Aborto e Puerpério – Atenção Humanizada a Mulher” (BRASIL, 2001, p.16) enquanto preocupação governamental que conclama a necessidade de se reconhecer os direitos das cidadãs, com estabelecimento de relações afetivas positivas entre as pessoas; entre elas, os profissionais e gestores, mesmo que tenham fatores diferenciados em relação à cultura, raça, gênero e etnia, tendo como produto desta interação uma atenção humanizada livre de pré-conceitos, discriminações e violência institucional.

Essas reflexões reforçam as declarações do Estado, em recente documento do Ministério da Saúde, intitulado “Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher” (BRASIL, 2004b, p. 31), onde consta que o aborto que acontece em condições inseguras é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde, sendo feita através do retardo do atendimento, na falta de interesses das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas e no retardo e lentidão do atendimento judicial

Desta forma, foi lançado pelo governo federal para instar às práticas mais humanas nessas situações em instituições em níveis estaduais e municipais, no ano de 2005, o *Manual de Norma Técnica sobre Atenção Humanizada ao Abortamento*, para que seja usado como um guia para profissionais e serviços de saúde, esclarecendo que o reconhecimento do Estado estabelece três vertentes de encaminhamento programático e conceitual: a) o aborto realizado de modo inseguro é importante causa de morte materna; b) as mulheres em processo de abortamento devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade nos serviços de saúde e c) a atenção tardia pode ser uma ameaça à vida e a saúde física e mental das mulheres. Esta norma, que traduz o discurso oficial do papel do Estado, embora fundamental, representando uma grande conquista, é muito difícil de ser aplicada de forma plena na prática da situação do aborto, dadas as diversas resistências, dentre outras muito fortes, como as estabelecidas pelas doutrinas religiosas, partidárias e algumas até societárias.

3 BASES CONCEITUAIS

Para analisar os aspectos da assistência, na situação abortiva relatados pelas mulheres, são necessárias algumas reflexões teóricas e conceituais sobre gênero, cidadania e direitos reprodutivos. Sob essa ótica, são consideradas questões de reflexão-crítica que fundamentem a análise dos dados das histórias de vida das mulheres em situação abortiva, essenciais referentes à problemática, ao objeto de estudo e aos cuidados que devem ser oferecidos pelos profissionais de enfermagem.

3.1 Gênero e Condição Feminina

As sociedades dividem, de uma maneira geral, sua população em duas categorias chamadas “masculina” e “feminina”. E, embora isso aconteça em todas as populações, a identidade de homem e mulher dentro da sociedade vai sendo construída nas relações estabelecidas cotidianamente, especialmente nas relações de poder.

Nesse enfoque, recorreremos a Helman (2003, p. 146) quando coloca:

embora a divisão binária da humanidade em dois gêneros seja universal, ao ser examinada atentamente, ela se revela um fenômeno claramente mais complexo, com muitas variações em relação a maneira como os comportamentos masculino e feminino são definidos nos diferentes grupos culturais.

Nessa afirmação, pode-se entender que a construção de gênero não é só histórico-social, mas também cultural. Isto é, a constituição de tal categoria depende das relações cotidianas e dos papéis que são atribuídos ao masculino e ao feminino. Essa mesma autora ressalta que, nas sociedades, os papéis atribuídos e a socialização dos papéis sexuais acontecem de forma distinta para meninos e meninas, pois desde o nascimento, através da identidade sexual, começa a influência do social e cultural sobre o indivíduo (diferenças nas cores de

identificação, no tipo de brinquedos e brincadeiras, de papéis a desenvolver, de oportunidades de estudo e de trabalho, etc).

Assim, essa construção de gênero é um processo de aprendizado que tem sua natureza estabelecida através de padrões sociais predeterminados, reforçados por normas e papéis a desempenhar, inerentes a uma sociedade patriarcal, de aculturação com características machista, classista e étnica que, na prática das relações sociais, estabelecem marcas de diferenças e discriminações como, por exemplo, entre brancos/negros, mulheres/homens, ricos/pobres, fracos/fortes, etc.

A categoria de gênero consolidou-se no Brasil no final da década de 70, concomitante ao fortalecimento do movimento feminista no país. A incorporação da perspectiva de gênero por políticas públicas é, no entanto, para a autora, ainda hoje pouco explorado (FARAH, 2004). E na nossa opinião pessoal, incluída nas políticas públicas de saúde da mulher de forma tardia (BRASIL, 2005) no discurso oficial do Estado com sérias implicações de aplicá-las na realidade sociocultural em que se desenvolvem as relações sociais e de poder de gênero.

A categoria de gênero, como referencial que fundamenta uma análise, foi incorporada na década de 80, principalmente pelas feministas de origem anglo-saxã, com o intuito de avançar sobre as discussões entre os sexos e os princípios masculino/feminino, perpassando pela questão de poder do androcentrismo, considerando a sua construção sociocultural e, particularmente, sobre as formas de dominação entre os sexos e os conflitos de poder existentes, que vão além do sexo biológico por si e que suscitam distintos papéis, expectativas, divisão social e sexual nas esferas da sociedade (MURARO e BOFF, 2002).

Essa breve trajetória e descrição de concepções de gênero, como uma distinção mais ampla que tão somente à identidade sexual, se contrapõe a

compreensão biologicista, que coloca a inferioridade social da mulher devido, unicamente, ao seu papel na reprodução biológica e coloca, também, que a relação entre masculino/feminino é uma relação de poder em busca de equilíbrio.

Para Scott (1990, p. 14), “o conceito de gênero apresenta duas partes essenciais: a) é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças que distinguem os sexos e, b) é uma forma primária de relações significantes”.

Esta autora considera que a primeira instância de dominação e poder é a questão da diferença entre masculino/feminino, estando na configuração de instituições, de relações, símbolos e representações, normas, papéis sociais e identidade, aplicando-se a quatro aspectos essenciais que operam juntos nas relações sociais:

1. Símbolos e representações culturais;
2. Normas e doutrinas;
3. Instituições e organizações sociais;
4. Identidade subjetiva.

Considerando estas relações, pode-se afirmar que a questão de gênero parte de uma construção de um equilíbrio constante de poder entre as relações masculinas/femininas e seus determinantes, muito maior que a questão biológica do sexo, implicando na consideração das relações sociais descritas.

A questão de gênero na sociedade brasileira, como referido anteriormente, já vem sendo discutida desde a década de 70, e de forma mais visível pelo movimento feminista, que se organiza para estabelecer condições de aproximação à igualdade de direitos à mulher em um ambiente que, por construção histórica, é mais favorável ao gênero masculino (considerando-o sexo forte) em detrimento das condições de ser mulher (considerando-a sexo frágil).

Uma das conquistas desse movimento feminista em relação à saúde foi a inclusão de leis, normas e programas governamentais coerentes às idéias de igualdade e cidadania, como fundamentaram a criação do PAISM pelo governo federal. Ainda hoje, faz parte dessa luta o desenvolvimento de ações “em saúde reprodutiva”, envolvendo e respeitando o direito à mulher viver a maternidade por opção do casal, de forma responsável e ter uma contracepção segura com acesso a informações, ao pré-natal e ao parto em boas condições, entre outras questões (PITANGUY in GIFFIN; COSTA, 1995). Mesmo assim, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher ainda é considerado uma grande conquista feminina e inovadora porque foi construído para oferecer uma assistência de forma ampla e integral não só à condição da mulher como mãe, no ciclo gravídico-puerperal, mas considerando todo o seu ciclo vital, como marco primordial sobre a saúde da mulher dentre as políticas públicas de saúde.

Atualmente, diante de novos desafios e perspectivas das políticas públicas, e especialmente as de saúde da mulher, o Governo Federal (BRASIL, 2004b) implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, contemplando no discurso oficial, de forma explícita, a questão de gênero e as reivindicações do movimento feminista.

O relatório da CEPIA (Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação), feito em parceria com o Banco Mundial (2005), sobre a questão de gênero no Brasil mostra que houve avanços, principalmente considerando o sensível aumento das taxas de cobertura de nível educacional e da participação das mulheres no mercado de trabalho, mas destaca que ainda há muito trabalho a ser feito, pois as desigualdades se encontram nas questões de direitos sexuais e reprodutivos, na atenção à saúde e no combate a violência intrafamiliar e sexual.

Assim, dentro desse arcabouço conceitual, pode-se considerar a categoria de gênero como básica ou fundamental para a compreensão dos fatores que interferem na assistência à mulher em situação de abortamento, pois considerando a valorização das relações do sexo (e não de amor), da maternidade e da função reprodutora do corpo feminino em nossa sociedade (e não da saúde reprodutiva), do poder dos homens desde a maioria de representação em funções sociais e de decisão de destaque (no executivo, legislativo e judicial), explica-se o porquê da discriminação em relação à mulher que provoca o aborto.

Esta situação cria um grande conflito na mulher que implica em pré-conceito quando de sua assistência e determinação de crime para quem opta por essa prática. Prática que é verbalizada pelas mulheres em estudo como “jogadas à própria sorte” ou “ao destino de DEUS” e referem-se às práticas de aborto provocado em condições clandestinas, de solidão, desrespeito, rejeição, de auto-determinação e auto-responsabilidade, que em sã consciência, já foi demonstrado, que são essas circunstâncias conjunturais, culturais e socioeconômicas determinantes de tais violências.

3.2 Cidadania, Direitos Reprodutivos e Sexuais

Cidadania, na conotação etimológica, é “a qualidade ou estado de cidadão, sendo este o indivíduo no gozo dos direitos civis, judiciais e políticos de um Estado, ou no desempenho de seus deveres para com este” (FERREIRA, 1993, p. 78).

Segundo Ávila (2003), o projeto de cidadania da modernidade teve seu marco histórico de fundação na Revolução Francesa (14/07/1789), contemplando somente os homens. Percebe-se que desde esse acontecimento e a aquela época, a condição de ser cidadão sempre privilegiou os homens, ficando as mulheres e

demais grupos (servos e escravos) relegados à margem de assuntos de interesse público. Pinho (1999, p. 59) menciona que “cidadania pode-se definir de forma simplificada e clássica, como a defesa de direitos formais”, ou melhor, um vínculo com as leis que regulam as relações sociais e que este interage em três dimensões: social, civil e política e não como construída nas sociedades do mundo inteiro que atribuem à interação dos sexos desde sua origem conforme aqui referenciado por Ávila (op. cit.).

Porém, tais concepções determinam um eixo de reflexão e ação por parte do movimento de mulheres, pois, dentro do contexto atual, se faz necessário ampliar a noção de cidadania devido às discriminações de gênero ainda existentes em nosso âmbito social (ÁVILA, 2003; SCOTT, 2005), o que, em nosso entendimento, determina uma violência de gênero perpetuada nas sociedades capitalistas e globalizadas do mundo contemporâneo, de difícil solução e tratamento, inclusive como fato político e epistemológico de valorização da condição feminina e de sua inserção social.

Para Demo (2001, p. 35), o conceito de cidadania pode ser definido como o “acesso a todos os níveis de existência (Família, Sociedade e Estado) bem como o direito à vida e ao atendimento das necessidades básicas”, colocando que a cidadania brasileira como um todo, *é restrita* tanto em direitos quanto em deveres, além de ser assistida e não emancipada e afirma ainda que a nossa sociedade é mobilizável e não mobilizada.

Considerando o conceito de Demo (op. cit.), que severamente critica a cidadania brasileira, enfocando a situação feminina e reportando-nos, também, a Ventura (2003, p. 46) ao afirmar que as “mulheres obtiveram mais tardiamente o status de cidadã, devendo-se ao desequilíbrio numa questão fundamental: a

igualdade entre os gêneros”. Por isso, para o autor, se fazem necessárias declarações formais, a rigor como fatos filosóficos de vida e políticos do Estado para o exercício de cidadania porque mesmo obtendo o *status*, na realidade cotidiana, a mulher não tem seus direitos assegurados, principalmente quando são vistos nos dados estatísticos e na descrição da situação. O problema é ainda pior se fizermos uma ligação com outras múltiplas discriminações em nossa sociedade, como a questão de raça e sexualidade.

Na interface entre o exercício da cidadania e dos direitos reprodutivos e sexuais, principalmente para as mulheres, o quadro é coerente com essa afirmação, como se objetiva ao colocar que esses direitos devem ser considerados no plano da cidadania, em que pesem os esforços governamentais e do Estado; portanto, é necessário o rompimento com a hegemonia a que as mulheres foram sempre submetidas, até mesmo em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras sobre a reprodução foram historicamente determinadas pela dominação da ideologia patriarcal (ÁVILA, 2003).

A Organização Mundial de Saúde, desde 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, embasa esta questão ao reiterar que os direitos das mulheres são direitos humanos, proposição já feita anteriormente no relatório da Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979). Tal afirmação, apesar de não ter força de Lei, tem como garantia a força de ser cumprida pelos Estados a partir da obrigatoriedade, desde então, quando estes apresentarem por relatório as medidas adotadas para a garantia dos direitos, que devem ser reconhecidos e respeitados e, principalmente, exercidos pelas próprias mulheres.

Esta permanente violação dos direitos humanos das mulheres e de seus direitos reprodutivos e sexuais é uma das principais preocupações da área de saúde, conforme estudos de Cook, Dickens e Fathalla (2004, p. 11) que destacam os grandes desafios com que se deparam as mulheres:

O principal desafio com que nos defrontamos e que deve pesar em nossa consciência social é a tragédia negligenciada da mortalidade materna. Frequentemente, o comprometimento da saúde reprodutiva não está na falta de conhecimento médico, mas sim nas transgressões aos direitos humanos das mulheres. A falta de poder das mulheres é um sério risco à saúde.

Os Direitos Reprodutivos constam na Carta Magna do país (BRASIL,1988), como reiterado anteriormente, explicitando que “cada pessoa tem o direito de decidir qual o número de filhos e o espaçamento entre eles, decidindo, de forma livre e espontânea, tendo informação, educação e meios necessários para isto”. Esta opção não pode ter influência ou determinação do Estado que também não pode adotar políticas de controle populacional. Este pressuposto ainda inclui a questão dos direitos sexuais, que é o direito de todo cidadão exercer sua sexualidade com plenitude e saúde, tão prejudicado nas relações afetivas e de poder de decisão como relatadas pelas mulheres em estudo.

A definição plena de Saúde Reprodutiva é dada pela Organização Mundial de Saúde que, na Conferência Internacional sobre Mulheres, em Pequim, 1995, informou:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação de fecundidade que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável.

A dimensão da transcendência dos direitos reprodutivos e sexuais consiste numa condição básica dos direitos de cidadania, expressos na Constituição Federal, como já referimos. Além disso, esses direitos representam “um grande avanço por ser maior que a idéia de Planejamento Familiar, na qual predomina a ideologia de dominação masculina” (VARGENS, 2001, p. 7) e do exercício da mesma pela subordinação feminina.

Por conseguinte, reconhecer os direitos reprodutivos e sexuais como direitos de todos os cidadãos implica em reconhecer a mulher como cidadã e respeitá-la quanto às decisões sobre sua vida e sua saúde reprodutiva.

3.3 Marco Conceitual de Atenção ao Abortamento

O Ministério da Saúde, no ano de 2005, publicou para domínio da sociedade brasileira, a *Norma Técnica de Atenção ao Abortamento*. Este documento veio como resposta do compromisso do Brasil com as conferências internacionais de Cairo (1994) e de Beijing (1995) sobre a ampliação do debate visando a descriminalização e a legalização do aborto entre os países membros da OPAS/OMS, da qual o Brasil é membro integrante, com gestões, até hoje, sem efeito positivo basicamente por oposição de grupos imperialistas e conservadores que são auto-centrados, enquanto evolução da democracia e do controle social pelos próprios cidadãos, fatos que enfraqueceriam seu poder hegemônico.

Discorrer sobre a responsabilidade do Estado perante a situação abortiva sobre as questões clínicas e de planejamento reprodutivo pós-abortamento traz o significado do novo paradigma de atenção à mulher em situação abortiva.

Para este novo modelo, é necessária a inclusão de cinco elementos principais:

1 – Estabelecimento de parcerias entre comunidades e prestadores de serviços a fim de prevenir a gravidez indesejada e o abortamento inseguro, visando tanto a mobilização de recursos quanto de serviços que satisfaçam as necessidades comunitárias inerentes ao assunto;

2 – Acolhimento e orientação para as necessidades das mulheres, principalmente as emocionais e físicas;

3 – Atenção Clínica às mulheres em situação abortiva e suas complicações, com suas bases referenciais em aspectos éticos, legais e bioéticos;

4 – Serviços de planejamento reprodutivo visando oferecer orientações;

5 – Associação com outros serviços de oferta de promoção à saúde da mulher e de inclusão social feminina.

O objetivo principal desses cinco elementos é trazer à tona a atenção humanizada como modelo a ser implantado de forma segura, sustentável e efetiva à assistência da mulher em situação abortiva tão desejada e tão negligenciada.

3.4 Bases Éticas e Legislativas sobre Aborto no Brasil

No Brasil, a legislação em vigor só permite que o aborto seja legal em duas situações⁷: na primeira, o aborto é denominado necessário ou terapêutico, não podendo o médico ser substituído por outro profissional. Na primeira situação, são necessários exames comprobatórios para embasar a realização do aborto e para justificar o ato para o Conselho Federal de Medicina.

Em relação à segunda situação, o aborto é legal quando resultante de um estupro; também é denominado de aborto sentimental ou por indicação ética. É justificado pelo Estado de necessidade em face das conseqüências morais,

⁷ Segundo o Código Penal, artigo 128, incisos I e II, há somente duas exceções em relação à prática do abortamento no Brasil: quando é feito para salvar a vida da mãe ou é decorrente de um estupro.

familiares e sociais de um crime praticado contra a mulher. Conforme a lei, é preciso provar que houve um estupro, não bastando somente o testemunho da mulher, necessitando de laudo do Instituto Médico Legal, o que agrava mais a situação de marginalização e discriminação da condição feminina, considerando-se os diversos critérios burocráticos para tal comprovação e as situações de riscos a que estariam expostas.

Desse modo, no campo da responsabilidade deontológica e jurídica, é importante caracterizar o aborto como direto, indireto e criminoso. O abortamento direto é toda ação ou intervenção que tenha como finalidade ou meio a expulsão do concepto inviável. O indireto é toda ação ou intervenção que venha indiretamente ter como efeito a expulsão de um feto viável ou inviável.

Já o aborto criminoso é a expulsão voluntária provocada de um feto viável ou inviável. Inclui tanto o aspecto subjetivo, que é a intenção de provocar o aborto, e o outro aspecto que é o objetivo, caracterizando a expulsão e morte do concepto. Podemos, então, inferir que tanto o abortamento direto como o indireto pode ter ou não uma conotação criminosa.

Sendo assim, a mulher que recorre ao aborto no Brasil, que não está numa situação de violência sexual ou de caráter terapêutico, realiza-o de forma clandestina, em condições inseguras, correndo o risco de adoecer e morrer, podendo, o que é mais grave, ser denunciada à justiça e julgada por crime contra a vida, ao qual se aplica pena de 1 a 3 anos de detenção. Muitas delas utilizam os mais diversos meios na situação abortiva: medicamentos, chás, sondas, agulhas de tricô, talos de plantas, entre outros (NERY, 2001) sem registrá-los por temor à punição de crime. É necessário destacar que as mulheres, com uma condição

financeira maior, recorrem a clínicas particulares para praticarem o aborto com privilégios de atendimento de qualidade remunerada.

Segundo Cook, Dickens e Fathalla (2004, p.385), aborto inseguro e aborto ilegal tem definições distintas. Aborto inseguro é “um procedimento cujo propósito é interromper uma gestação indesejada, realizado por pessoas sem qualificação necessária ou em um ambiente sem os padrões mínimos para isto, ou os dois aspectos em conjunto”. Já o aborto ilegal significa “interromper uma gravidez fora dos parâmetros permitidos por lei”. Portanto, nem sempre um aborto ilegal é inseguro, pois dependendo das condições econômicas, a mulher pode se submeter a um procedimento seguro em uma clínica clandestina, apesar de não ter uma absoluta segurança sobre isso.

Além dos documentos referidos na 11^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002a), os participantes, ao tratarem o assunto, propuseram de forma explícita e enfática, uma vez mais, a necessidade urgente de “descriminalizar” o aborto e rever a legislação restritiva à interrupção da gravidez, além da preocupação do índice de mortalidade por causa de complicações da situação abortiva. Segundo dados do próprio Ministério, em nível nacional, a incidência de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% no contexto da mortalidade materna, justificando que medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva devem ser ampliadas (BRASIL, 2001).

No Manual de Norma Técnica sobre Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005, p.11) colocam-se os aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento, citando documentos em Plano Internacional e Nacional, ressaltando que a humanização da assistência enfoca o respeito aos princípios fundamentais da

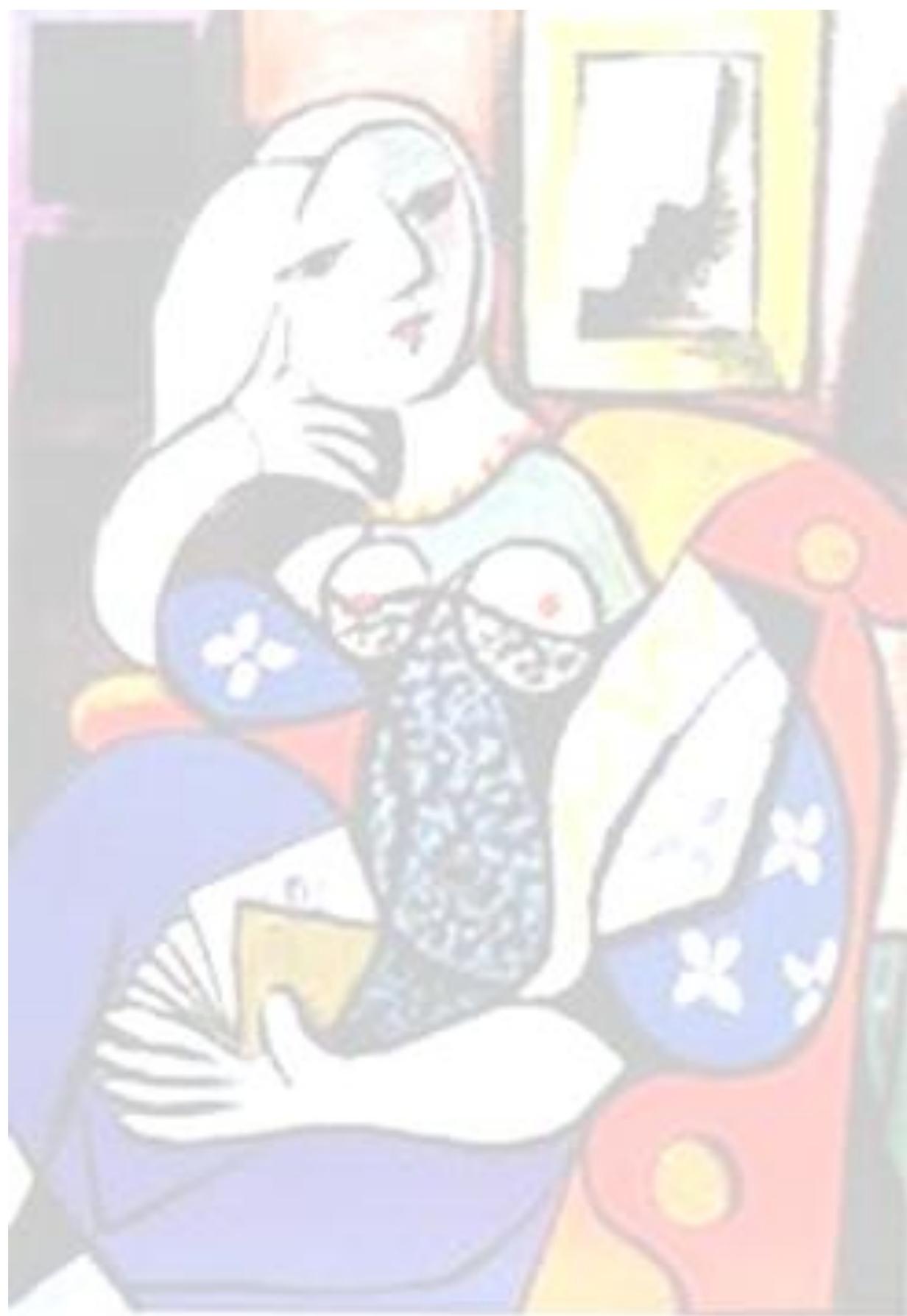
bioética (ética aplicada à vida): autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

E, de forma objetiva, afirma que o profissional deve:

Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: 'não fazer juízo de valor e não julgar', pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

Outro ponto que pode ser colocado como um ideal a ser conquistado para uma assistência humanizada, com a qual concordamos, é o significado de cuidado, segundo Boff (1999). Ele considera que o *cuidado* é mais que um ato *é uma atitude*. Logo, quando é colocada a questão da humanização, é necessário basear a prática da assistência numa atenção constante ao outro, evidenciando a todo o momento que ambos – tanto quem cuida quanto quem recebe os cuidados – são humanos, logo estabelecendo uma relação que deve ser entre dois sujeitos e não sujeito e objeto. Quando esta atitude (cuidar) atinge tal patamar, nas relações, são respeitados os valores, crenças e posicionamentos de ambos, tornando o cuidado qualificado e humano.

Por isso, a humanização da assistência perpassa em saber que quem cuida também é humano. É uma pessoa que tem a sua história, seus valores. Assim, *humanizar também é cuidar de quem cuida*. Como coloca Demo (2005), áreas de conflito entre posições diferentes sempre irão existir, mas é necessário vê-las e refletir sobre elas, pois esse exercício faz parte da dialética da convivência humana.



4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1 Natureza do Estudo

É um estudo de natureza qualitativa, já que nesta pesquisa abordam-se dados relacionados a um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2004, p. 21).

Desta forma, o tratamento dos dados, nessa dimensão, proporcionaram ao estudo respostas às indagações formuladas que, se tratadas pelo método quantitativo, embora reconheçamos a importância de que dados quantitativos possam ser usados na caracterização dos sujeitos e da problemática levantada como objetivação da realidade, não nos aproximam ao mundo dos significados.

4.2 Método de História de Vida

Para coletar os depoimentos, foi usado o Método de História de Vida que, segundo Bertaux (1980), há uma distinção na terminologia de “Life history” e “Life story”, caracterizando este método com duas vertentes de estudo e com características próprias. Na primeira vertente, trata-se de um estudo aprofundado sobre um indivíduo ou um grupo de pessoas, considerando-se como dados da pesquisa não só o relato, mas também outros dados contidos; por exemplo, em documentos tais como parecer médico e prontuários.

A segunda vertente - “Life story” - refere-se ao relato de vida das mulheres em estudo e que consiste na narração, ao pesquisador, por parte delas onde abordarão sua vivência ou uma determinada situação. Como afirma Glat (1989, p. 29), “este

tipo de estudo visa *apreender e compreender* a vida, conforme ela é relatada e interpretada pelo próprio ator”.

Como este estudo trata dos relatos das mulheres que vivenciaram o abortamento, dando-lhes voz, foi utilizado o tipo *Life story*, aprofundando o estudo na história, que é contada pela própria pessoa que vivenciou; neste caso, ao relatar a situação abortiva, acreditamos na depoente. Isto significa acreditar no seu ponto de vista, já que se busca descrever e discutir a assistência de saúde tendo como foco a mulher e seu depoimento. No decorrer deste estudo será denominada história de vida.

Para Glat (1989, p. 30), este método “tem como consequência tirar o pesquisador de seu pedestal de ‘dono do saber’ e ouvir o que as mulheres têm a dizer sobre ela mesmo: o que ela acredita que seja importante sobre sua vida”. Além disso,

a história de vida é antes de mais nada uma oportunidade para reflexão, pois consideramos que as mulheres que vivenciaram o abortamento não fazem um relato simplesmente sua vida, ela reflete enquanto conta esta parte de sua vida. (Op. cit., p. 32)

Enquanto abordagem metodológica, oportuniza, ao pesquisador, aprender a ouvir, a ver o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, o que implica em ter a mulher como uma parceira, como alguém que é ativa no estudo e que a faz refletir. O método também abrange os acontecimentos importantes de uma vivência, sentimentos de uma parte da vida da pessoa. Essa reflexão dos depoentes, de deixarem vir à tona tantos aspectos tão particulares, é a diferença primordial e isso faz com que se estabeleça uma relação de empatia entre pesquisador e sujeitos em estudo, o que Glat (op. cit., p. 32) considera como “dinâmica e dialética”.

No presente estudo, foi considerada também a especificação que Dias e Santos (2005), parafraseando outros autores, colocam a História de Vida como

Tópica. Isto quer dizer que se pode fazer uso dessa abordagem enfocando um acontecimento vivenciado pela pessoa. E é justamente isto que buscamos neste estudo.

No trabalho de Dias e Santos (op. cit.), citado anteriormente, foi realizada uma revisão bibliográfica de dissertações e teses que utilizaram o Método de História de Vida. Foram encontrados 18 estudos, os quais consideraram os mais diversos segmentos da população e trouxe a tona, segundo as autoras, o fato de que “o método privilegia as atitudes dos atores envolvidos, valorizando-os sem delimitar as dimensões de cada idéia abordada e evidencia que os pesquisados não saiam do universo da investigação” (op. cit., p. 285). Além disso, ficou claro, neste estudo, que a maior contribuição a esse quantitativo foi de autores da área da enfermagem, que têm como objetivo, de sua prática profissional, o cuidar, que para ser exercido é necessário conhecer o outro e o que será cuidado, e o método privilegia justamente essa compreensão.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos foram mulheres que vivenciaram a situação do abortamento, independentemente de quando essa experiência aconteceu, atendidas no serviço de consulta de enfermagem ginecológica de um hospital público universitário do Rio de Janeiro, momento que foram convidadas para dar entrevista. Não adotamos critérios de exclusão ou inclusão, porém tomou-se o cuidado de não coletar dados de adolescentes, pois como é um grupo com características específicas, seria necessário direcionar o estudo de uma outra forma. Além disso, seria preciso a autorização de um responsável.

Ao todo foram 15 (quinze) mulheres entrevistadas. Três retiraram seu consentimento: duas após a entrevista e uma durante a coleta dos depoimentos. Isso ocorreu porque, para elas, foi muito difícil falar sobre o assunto. A terceira, que retirou o consentimento durante a entrevista afirmou que *“não quero falar mais não, eu to mexendo aonde não devo”*. Nessa frase, para mim, ficou explícita a difícil vivência que a mulher ainda tem com a situação do abortamento.

Assim, os depoimentos analisados pertencem a 12 histórias de vida de mulheres que concordaram em falar sobre sua vivência no processo de abortamento provocado.

Buscou-se intencionalmente diversificar ao máximo as entrevistadas, para que se tivesse maior variabilidade de relatos, o que é justificado por Bertaux (2001, p. 207), como *“importante para enriquecer o estudo e para se ter certeza de que se atingiu o ponto de saturação dos relatos”*.

Apesar da retirada dos consentimentos, a saturação dos dados não foi prejudicada, principalmente porque já havia acontecido com um número menor de depoimentos, cabendo aos outros que os sucederam somente confirmar os núcleos temáticos originados.

Os relatos agrupados para análise, apesar de pertencerem a mulheres diferentes umas das outras, mostraram o quão é semelhante a vivência do abortamento provocado entre elas. Apesar da rotina e cotidiano variados, todas apresentaram elos inegáveis que são considerados como a dimensão real dessa experiência.

4.4 Cenário da Pesquisa

O serviço de consulta de enfermagem ginecológica em um Hospital Universitário do município do Rio de Janeiro foi o cenário do estudo. Realizamos, inicialmente e juntamente com a enfermeira responsável pela consulta, uma aproximação. Junto com essa enfermeira, a pesquisadora atendia a mulher que procurava o atendimento para a coleta de material de seu exame preventivo. Antes de realizar este procedimento, fazia o levantamento de dados pregressos e atuais sobre sua condição feminina e da família, o que denominamos de anamnese (perguntávamos se ela já tinha provocado algum aborto e se aceitava participar de um estudo sobre esta situação, aproveitando esse momento de aproximação). Os relatos de história de vida foram coletados em dias e horários estabelecidos por elas. A grande maioria determinou que fosse feita logo após a consulta.

Este cenário, para a pesquisadora, já era conhecido desde sua atuação como aluna de graduação em enfermagem, mas contou o critério de ele ser um campo de estágio para alunos de graduação onde, posteriormente, vivenciamos a experiência, também como professora substituta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ. Ainda, neste mesmo cenário, a pesquisadora atua não só como mestranda, mas também como aluna do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, pois é um dos campos de estágio do referido curso.

4.5 Técnica de Coleta de Dados

Após essa aproximação, as mulheres que aceitaram participar do estudo, foram informadas sobre a finalidade, os objetivos e as contribuições da pesquisa bem como seu direito de permanecer ou retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum constrangimento, penalização ou prejuízo à sua pessoa.

Neste sentido, lhes foi fornecido o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Apêndice A) para que pudessem estar cientes das condições de sua participação e autorizar ou não o desenvolvimento do estudo, formulando o questionamento e gravando seu relato, conforme preceitos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (CNS/CONEP) (BRASIL, 1996).

Cabe ressaltar que a identidade foi mantida em sigilo durante todo o estudo, de acordo com a Resolução 196/96, evitando abusos, distorções e malefícios aos sujeitos, tendo caráter de orientação e conscientização com relação aos problemas e efeitos indesejáveis na produção do conhecimento com humanos. E, para manter seu anonimato, as denominamos por nomes de pedras semi-preciosas. A aprovação da proposta pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEAN/HESFA foi em 29 de novembro de 2005 (Anexo A).

A partir daí, os dados foram coletados por meio de uma entrevista aberta norteada por uma única questão, característica própria do método de história de vida que prioriza uma escuta atenta e silenciosa e, principalmente, que o sujeito se torne o condutor da narração e não o pesquisador. Essa questão foi formulada da seguinte forma: *“Fale-me de sua vida que tenha relação com a assistência de saúde que você recebeu durante a sua vivência no abortamento provocado”*.

Dessa forma, encontramos fundamento na afirmação de Glat (1989, p. 34):

a estrutura geral da entrevista no seio da qual as informações serão recolhidas é determinada não pelo pesquisador através de perguntas padronizadas e predeterminadas, mas, como foi dito anteriormente, pela informante; pela maneira como ela encara e valoriza os diversos aspectos de sua vida.

Assim, a entrevista foi gravada em fita magnética e transcrita imediatamente após a realização da mesma, pois é através da transcrição que o pesquisador se aproxima ainda mais das questões levantadas pelo sujeito e consegue adquirir, com

maior propriedade, o referencial teórico necessário para desvendar as colocações das mulheres entrevistadas.

4.6 Tratamento dos Dados

O método de História de Vida prioriza a análise dos dados que “prossegue durante toda a pesquisa, e consiste em construir progressivamente uma representação do objeto sociológico” (Bertaux, 1980, p. 87). Ao mesmo tempo, ele nos afirma que a análise se constrói formando núcleos temáticos. Portanto, é colocado que as entrevistas devem ter a transcrição imediata, por parte do pesquisador, para que os dados já se organizem conforme são coletados, porque permite atingir e visualizar o ponto de saturação e construir a análise a partir dos próprios relatos.

Dessa forma, na análise há um investimento na reflexão sobre as narrativas, objetivando uma compreensão de cada relato, sem estar envolvida a um complexo procedimento técnico.

Dias e Santos (2005) defendem que a metodologia para tratamento dos dados é maleável, não impondo método específico para análise. Os núcleos temáticos ou categoria de análise surgiram como produtos dos relatos, o que torna o método enriquecedor, pois como as autoras afirmam, o método “dá voz” a grupos tidos como excluídos. E, acrescentamos que também “dá a vez”. Por isso, o método converge com a necessidade do estudo por lidar com uma temática, muitas vezes, silenciada e difícil de ser lembrada e relatada.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta etapa, contando com os dados coletados nas entrevistas transcritas e com o objetivo de não perder os detalhes, conforme o método prioriza, a princípio lendo e relendo o material das entrevistas, foram identificados 14 núcleos de agregação dos dados que serviram para a nucleação temática, assim denominados:

1. Clandestinidade do procedimento;
2. Dificuldades com métodos anticoncepcionais;
3. Arrependimento/culpa;
4. Não arrependimento;
5. Maternidade como prova do perdão de Deus;
6. Castigo de Deus;
7. Durante / Depois;
8. A decisão ser da mulher;
9. A participação (ou não) do parceiro;
10. Aborto como assunto de mulher;
11. Condições financeiras/Adiamento dos planos;
12. Gravidez como forma de pensar na maternidade;
13. As lembranças;
14. A canalização do “Amor Materno”.

Após o mapeamento temático dos dados, foi possível agregá-los ainda mais, construindo duas categorias temáticas: A vivência do Aborto e as Questões de Gênero; e a Transgressão da Maternidade: Questões de Direitos Reprodutivos e Sexuais.

Após a construção dessas categorias foi possível estruturá-las em subcategorias para melhor compreensão e análise dos relatos das mulheres em situações de aborto provocado.

1. A vivência do Aborto e as Questões de Gênero, compreendendo 04 subcategorias, como segue:

1.1 - Clandestinidade/Legalidade do Procedimento;

1.2 - Arrependimento/Não-arrependimento;

1.3 - O durante/depois;

1.4 - Decisão e assunto de mulher/A (não) participação do parceiro.

2. A Transgressão da Maternidade: Questões de Direitos Reprodutivos e Sexuais, compreendendo 04 subcategorias, a saber:

1.5 - As dificuldades com o uso de métodos anticoncepcionais;

1.6 - A gravidez como despertar de uma maternagem;

1.7 - A canalização do amor materno;

1.8 - O castigo e o perdão de Deus.

Porém, nessa forma de organização, a análise dos depoimentos não respondia aos objetivos a que o estudo se propôs, pois nesta construção o enfoque maior era a vivência do abortamento, necessário para uma complementação de informações úteis para compreensão e análise, mas não representava a assistência de saúde através de histórias de vida narradas pelas próprias mulheres, conforme requerido como objeto e objetivos do estudo. Esse erro aconteceu na leitura flutuante; portanto, foi necessário ler e reler para formar uma nova organização.

Assim, após uma nova leitura e releitura para a ordenação dos núcleos temáticos, foi evidenciada a seguinte estrutura no desenho: duas categorias cada uma englobando duas subcategorias, conforme descrito a seguir:

1 - A Assistência de Saúde frente à Situação Abortiva

1.1- Os Caminhos do Abortamento ;

1.2- Clandestino x Legal: as Diferenças e as Violências da Assistência.

2 - A Assistência de Saúde e os Direitos Reprodutivos e Sexuais

2.1- A (Des)assistência no Planejamento Familiar;

2.2- As Parcerias: Diferenças de Gênero na Busca pela Assistência.

Mas, antes de apresentar as categorias do estudo, é necessário fazer uma apresentação das mulheres que participaram deste estudo, pois iremos conhecer a sua história de vida e como foi vivenciar a situação abortiva.

Quartzo-rosa tem 23 anos, o aborto foi aproximadamente há 03 anos e meio. É evangélica, tem atualmente 03 filhos (a época só tinha 01 filho). Está desempregada e possui o ensino médio incompleto (antes trabalhava como balconista em uma lanchonete). Tem uma renda familiar de R\$ 700,00, que é o salário do marido enquanto porteiro.

Cianita está cursando uma graduação e suas fontes de renda são dois estágios que possui na área que está se formando. Tem uma filha de 1 ano, mora com os pais e o irmão. Não tem uma religião definida e provocou o aborto há 2 anos.

Ametista é empregada doméstica, não tem filhos e mora no local de trabalho. Tem um salário de R\$ 450,00 por mês. É espírita, tem 34 anos e vivenciou a situação abortiva há 2 anos.

Berilo tem 38 anos, é graduada em enfermagem. Provocou o aborto há 12 anos. É evangélica, casada, tem 03 filhos. Possui uma renda familiar em torno de R\$ 4.500,00.

Turquesa provocou o aborto há 13 anos. É pedagoga, católica e não tem filhos. Mora sozinha e tem uma renda mensal em torno de R\$ 2.000,00. Tem 46 anos.

Âmbar tem 53 anos, mora sozinha e não tem filhos. É a única que se declarou agnóstica. Provocou três abortos: o primeiro com 20 anos, o segundo aos 26 anos e o terceiro aos 35 anos. Trabalha como tradutora e tem um rendimento médio mensal em torno de R\$ 1.200,00.

Malaquita, assim como Âmbar, vivenciou mais de uma vez a situação abortiva: a primeira vez aos 19 anos de idade e a segunda aos 22 anos. É empregada doméstica, tem 2 filhos e mora com eles e o marido. É católica e tem 29 anos. Tem uma renda familiar de R\$ 900,00.

Pedra-da-Lua tem 20 anos, é casada e tem 2 filhos. É autônoma (vende cosméticos) e tem uma renda familiar em torno de R\$ 500,00 por mês. Não tem uma religião definida. Provocou o aborto há 2 anos.

Jade está cursando graduação em uma faculdade particular e trabalha como recepcionista. É solteira, mora com os pais e tem 24 anos. Vivenciou o processo de abortamento há 4 anos.

Dolomita tem 44 anos e provocou o aborto aos 19 anos de idade. É casada e tem um filho. É bancária e declara ser católica.

Larimar é dona de casa, tem dois filhos. Tem o ensino médio incompleto, é católica, tem 32 anos e uma renda familiar em torno de R\$ 2.000,00. Provocou o aborto há 8 anos.

Ônix mora com o marido e o filho. Tem 35 anos e provocou o aborto quando tinha 28 anos de idade. É autônoma (trabalha como vendedora ambulante), não completou o ensino fundamental. Tem uma renda familiar em torno de R\$ 900,00 por mês.

Para melhor visualização dos depoimentos, os dados de caracterização citados anteriormente estão reproduzidos no quadro abaixo:

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo

Entrevistada	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Religião	Nº de filhos	Com quem mora atualmente	Renda Familiar R\$	Tempo que provocou o aborto
Quartzo-Rosa	23	Ensino médio incompleto	Balconista (atualmente desempregada)	casada	Evangélica	03	Filhos e o marido	700,00	3 anos e meio
Cianita	24	Ensino superior incompleto	Estagiária	solteira	Sem religião definida	01	Pais, irmão e a filha	2.000,00	2 anos
Ametista	34	Ensino fundamental incompleto	Empregada doméstica	solteira	Espírita	---	Com os patrões	400,00	2 anos
Berilo	38	Ensino superior completo	Enfermeira	casada	Evangélica	03	Filhos e o marido	3.500,00	12 anos
Turquesa	41	Ensino superior completo	Professora	solteira	Católica	---	Sozinha	2.000,00	13 anos
Âmbar	53	Ensino superior completo	Tradutora	solteira	Agnóstica	---	Sozinha	1.000,00	33, 24 e 18 anos
Malaquita	29	Ensino fundamental incompleto	Empregada doméstica	casada	Católica	02	Filhos e Marido	800,00	10 e 7 anos
Pedra-da-Lua	20	Ensino fundamental incompleto	Autônoma	casada	Sem religião definida	02	Filhos e o marido	450,00	2 anos
Jade	24	Ensino superior incompleto	Recepcionista	solteira	Sem religião definida	—	Com os pais	2.500,00	4 anos
Dolomita	44	Ensino superior completo	Bancária	casada	católica	01	Filho e o marido	3.500,00	25 anos
Larimar	32	Ensino médio incompleto	Dona de casa	casada	católica	01	Filho e o marido	2.000,00	8 anos
Ônix	28	Ensino fundamental incompleto	Autônoma	casada	católica	01	Filho e o marido	900,00	7 anos

5. 1 A Assistência de Saúde frente à Situação Abortiva

5.1.1 Os Caminhos do Abortamento: clandestinidade, serviço privado ou domicílio

A maior parte das mulheres informou que recorreram a uma clínica clandestina, algumas relataram ter sido levadas a uma clínica particular e outras se submeteram ao abortamento até mesmo em casa, onde o atendimento é um procedimento resolutivo, embora solitário, impessoal, rápido, sem acompanhamento e nem orientação, como se pode observar nos depoimentos de Quartzo-Rosa, Ametista, Turquesa e Dolomita:

Eu depois que acabei de fazer eu fiquei desmaiada por mais de 20 minutos; todo mundo fez, quando acabou, demora mais ou menos uns dez, quinze minutos. Eu fiquei mais de trinta minutos desmaiada; eu não calculo muito bem o tempo e o horário, mas eu sei que quando eu acordei todo que tava na sala de espera, que tinha pra fazer, quase todo mundo tinha ido embora. Só umas três ou quatro pessoas que ainda não tinha feito. E a moça me perguntando se eu tava me sentindo bem, falando que eu ia sair de lá andando, bem. (...) Você perde muito sangue, você fica perdendo sangue por muito tempo e é uma loucura, eu não recomendo (...) Mas pior foi os problemas que eu fiquei depois. Eu fiquei, assim, eu fiquei sangrando por muito tempo; eu agora pra ter meus bebês eu tive muito problema, elas queriam nascer antes do tempo e... eu tive que tomar muito remédio, tive que ter muito cuidado pra não perder elas; depois do aborto eu perdi um bebê com dois meses... Ou seja, me mexeu muito, assim, sacrificante. Foi assim, muito sacrificante. (Quartzo-Rosa)

Quando eu fiz o aborto, eu acho que Deus tava do meu lado, que eu tenho maior medo de (...) falar de médico, eu já tava morrendo de medo. Mas eu não sei. Eu tava com tanta força que eu não senti nenhuma dor, eu não senti nada. O médico passou o medicamento, eu não precisei tomar remédio pra cólica, pra dor, não senti uma dor. O aborto foi todo certinho, tudo direito. Quando eu acordei, entrei na sala, quando acordei já estava feito. Depois do aborto fui sentir mais. Foi dolorido, muito duro. No começo quando eu fiz o aborto, que eu ia assim numa loja via roupinha de bebê começava a chorar. Tudo que eu via de criança, começava a chorar. E a entrar em desespero. (Ametista)

Então, era um consultório normal, com uma sala de exame normal. Me fizeram trocar a roupa, tirei, botei a camisola. Só tinha uma mulher lá dentro, que me colocou na mesa, me colocou no soro. Não sei quanto tempo fiquei lá, só sei que foi pela manhã. E quando acordei tudo tinha acabado. Sem dor, sem choro. Acho que não restava mais nada de mim. (Turquesa)

Era uma clínica assim comum... Não tinha nada demais... Eu cheguei, a enfermeira mandou eu vestir uma camisola dessas de hospital, botou um soro e

depois eu apaguei na cama mesmo. Tinha umas duas meninas comigo, da mesma idade que a minha eu acho, mas a gente nem se olhou direito. Nessas horas a gente nem quer se ver quanto mais olhar pra alguém... Aí, depois que eu voltei a ter consciência, eu já tava em outra enfermaria sozinha, aí outra enfermeira veio, perguntou se eu tava me sentindo bem, me deu um leite com uns biscoitos pra comer e depois me ajudou a levantar. Vesti minha roupa e saí... Minha amiga tava do lado de fora e a ela me levou pra casa dela. Já tinha dado em casa a desculpa de que eu ia passar uns dias lá. No dia eu fiquei muito mal, muito triste mesmo, mas depois com o tempo, tudo foi amenizando (...). (Dolomita)

Em pesquisa realizada no Brasil, citada pelo Ministério da Saúde que consta no documento de “Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher” (BRASIL, 2004b), foi estimado que 20% dos abortamentos provocados é realizado em clínicas clandestinas, e 50% dos abortos domiciliares apresentaram complicações físicas graves. Isso caracteriza que, tanto por causa da ilegalidade quanto pela falta de condições financeiras; a mulher que provoca o aborto o faz dentro de uma grande margem de risco de vida, podendo levar a complicações severas expondo-se a risco de morrer.

É justamente nesta situação que o abortamento se torna visível: quando acontece algo com a mulher. Para Larimar, “*após o abortamento sofreu sangramento, muita dor, não conseguia raciocinar e ter sentido raiva*”. Para Ônix, “*não conseguiu abortar e teve que procurar o médico*”. E, Pedra-da-Lua diz “*ter sangrado muito e ter sentido muita cólica*”.

Essas três mulheres descreveram situações identificadas como desesperadoras, de horror e ao mesmo tempo muito conflituosas. De um lado, relataram a forma de provocar o aborto no domicílio, por meio de “abortivos”, tais como: chá, agulha de tricô, chá de buchinha do norte com canela, agulha de tricô, e duas relataram ter aplicado e tomado *CITOTEC*. De outro lado, todas manifestaram não ter abortado ou eliminado nada, tendo de imediato procurado o médico, por meio de orientação de amiga, irmã ou de madrinha, dentre outros.

Nessas histórias evidenciou-se, além das situações, sentimentos e formas de as mulheres se submeterem, em condições precárias, a procedimentos instrumentais e soluções estimulantes de abortamento, vivências que configuram um grande conflito: de ver-se livre de uma gravidez que não desejavam e de auto-decidir a forma pela qual não levariam essa gravidez a término. Com isto, experimentaram como resultado a contradição de colocar em risco sua condição de *viver ou de morrer*.

Nessa relação de conflito e contradição, fica clara a negação da condição de cidadã. Isto porque o princípio constitucional estabelece de que *todos os cidadãos têm direitos a serem assistidos porque é dever do Estado assegurar esse acesso e de qualidade*, ao contrário do que elas vivenciam: uma situação de “desesperança”, de “horror” e com “medo” de procurar esse tipo de atendimento por medo de serem mal tratadas, questionadas.

Nessa situação recorreram à proteção divina e de pessoas que pudessem ajudá-las a procurar serviços privados, onde, segundo elas mesmas, seriam atendidas sem que ninguém pudesse perguntar-lhes nada. De onde se pode inferir que também eram privadas de obter garantia do direito de serem orientadas e preparadas, inclusive para prevenir a situação de abortamento em condições de “clandestinidade e ilegalidade” e, portanto, solicitar uma atenção humanizada conforme preconizada nas políticas públicas vigentes de atenção integral na perspectiva de gênero (BRASIL, 2004b).

(...) então a mãe dele conhecia uma mulher que não sei quem tinha ido e tinha dado certo e então lá fui eu. A mulher mandou eu tomar um monte de chá e disse pra eu voltar lá no outro dia. O que eu mais lembro foi da dor, sabe? O chá me deu umas cólicas horrorosas e a mulher enviou uma agulha de tricô pra poder botar pra fora (...). Foi horrroso, horrroso mesmo... e depois que eu saí de lá, eu saí péssima, mais do que no corpo, de cabeça mesmo. Saí de lá com raiva dele, da mulher, de mim, de todo mundo. Sabe quando você não consegue raciocinar

direito? Foi assim que eu fiquei (...). Parecia que eu tava fora de mim, com pena e raiva de mim mesma. (Larimar)

Eu provoquei em casa, primeiro tomei um chá de buchinha-do-norte e canela. Sangrei, mas não botei nada pra fora. Aí, eu tentei com a agulha de crochê junto a uma mulher lá perto de casa, e também não perdi. Por último, coloquei e tomei citotec, aí foi que eu perdi, sabe? E, assim, com o sangramento e com as dores eu corri pro hospital pra tirar o resto, mas na realidade, eu não tinha abortado. E, assim, como o médico estava longe lá de casa eu sempre corria pro mesmo... então, quando eu fui na terceira vez, os médicos já até sabiam assim, sabe? (Ônix)

Pra tirar minha irmã e uma amiga, juntas arranjamos umas folhas de maconha e tomei o chá. É horrível, muito ruim. Depois que eu bebi o chá, essa colega me arranhou um citotec pra colocar lá. Aí, depois de algum tempo, comecei a sangrar. Sangrei muito e senti muita cólica um dia inteiro, mas essa minha colega vendo o sangue disse pra mim “tu não colocou tudo pra fora não”. Vai ter que ir num médico (...). Fiquei com medo. Medo de morrer, de ser maltratada, porque eles maltratam a gente que faz esse tipo de coisa... mas fui. Chegando lá, eles me internaram e tiraram o resto. Me trataram mal, na realidade nem falavam comigo direito. Só na hora de tirar o resto é que a moça (acho que era enfermeira? porque mexia no soro) falou pra mim não fazer isso mais não, que eu era muito nova, que eu podia ter morrido. Depois, me mandaram pra enfermaria. Lá, eu não falava com ninguém não. Era muito ruim, estar junto de um monte de bebê. Então ficava no corredor... Aí, graças a Deus, me deram alta... (Pedra-da-Lua)

Esse tipo de comportamento, por parte dos profissionais, colocado por Pedra-da-Lua é justamente o que as atuais Políticas Públicas em Saúde da Mulher querem modificar e propõem que os profissionais de saúde promovam debates, estudos e, de acordo com essas orientações, modifiquem o estilo de cuidar da mulher em situações de abortamento provocado. Até porque no discurso e nos documentos oficiais, já não há mais espaço para a criminalização da mulher; pelo contrário, se coloca que a atitude de cuidar deve ser de acolhimento, informações e aconselhamento, acesso e integração da rede assistencial, competência profissional e tecnologias apropriadas.

Além disso, está se tornando cada vez mais ampla a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais, fortalecendo na esfera de atuação a importância de se ter uma escuta atenta e individualizada para a prevenção da gravidez não desejada, do

abortamento e de suas conseqüências, sendo estes considerados fatores de alta prioridade para profissionais de saúde (BRASIL, 2004a). Fica claro, também, nos relatos descritos anteriormente, que esse tipo de comportamento pode não acontecer numa assistência privada, mas não significa necessariamente acolhimento, que é um dos fatores primordiais apontado pelas políticas públicas o qual deve ser contornado.

Segundo Fonseca et al. (1997), em estudo objetivando traçar um perfil das mulheres que se internaram por sangramento vaginal decorrente de abortamento, em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, foi constatado que 46,9% das pacientes procuraram o hospital 48 horas após o aparecimento dos sintomas. Na análise dos desses dados pelos autores, isto significa que

essa demora pode estar relacionada, principalmente nos casos de abortos provocados, ao temor das conseqüências criminais ou pessoais, em especial em nosso país onde o aborto é punido por lei. Há ainda mulheres que para evitar se expor em público, esperam até o máximo agravamento dos sintomas, para então procurar o serviço de saúde. (Op. cit., p. 318)

Esse relato confirma a análise já realizada acrescentando um complicador que torna mais grave a posição das mulheres em situação de abortamento e que diz respeito à “criminalização do aborto”, *criando uma estratégia de sobrevivência* que é fundamentada nas *complicações e visibilidade de sintomas* para demandar uma *situação de atendimento de urgência ou emergência*, para assegurar um atendimento que detenha a hemorragia e com isso ela *evitar o risco de morrer sem socorro médico*.

Os aspectos psicológicos das mulheres no abortamento foram também fatores importantes relatados sobre nas suas trajetórias de vida, destacando-os com palavras como “sacrificante” e “desesperador”.

Para Franz (1987), esses sentimentos surgidos após o abortamento caracterizam a “síndrome pós-aborto”. Esta traz o que os estudiosos comparam na

situação psicológica denominada de: “Desordem Ansiosa Pós-Traumática”, que foi observada, por tempo prolongado, nos veteranos de guerra do Vietnã. Essa situação se tornou visível nas falas, implicando no reconhecimento de que as mulheres necessitam de cuidados que vão além dos cuidados nos aspectos físicos, precisando de apoio emocional também e com isto evitar a “loucura” como elas denominaram. E, muitas vezes por ser uma decisão que precisa ser tomada depressa, não conseguem perceber essa necessidade de imediato, submetendo-se a uma situação que as torna ainda mais frágeis e expostas na sua condição de discriminação de gênero e privação de um cuidado humanizado.

Cianita nomeou a vivência após o abortamento de loucura, explicitando o conflito que experimentou sem poder retroagir e muito menos a quem recorrer.

Aí, quando cheguei lá, tinha uma sala com várias garotas bem novas assim também; algumas da minha idade, algumas mais novas também esperando. E, eu acho que eu fui a última daquele dia. Não sei. Eu lembro que nesse dia, lá fora, a minha ficha começou a cair ali. Um pouco antes de começar [...] meu olho encheu d'água do nada. Eu: “gente!” Aí: “Não. Agora eu tô aqui. Agora eu vou. Não vou voltar atrás.” Aí, o médico falou: “Tudo bem com você?” Eu: “Tudo.” Aí ele fez um carinho. Tratavam super carinhosos, né? Fez um carinho assim[...] eu falei: “Não. Tudo bem”. Me deram o sedativo. Quando eu acordei já tinha acontecido, tava meio lesada, meio “grog”. Aí, uma hora que eu fiquei assim assustada, foi quando foi me arrumar. A enfermeira puxou um pano de dentro de mim. Eu meio “grog” fiquei assim: “que isso?” Pano imenso, todo sujo de sangue. Depois me deram café e biscoitinho. Eu tava meio fraca. Comi e saí. Quando saí, encontrei meu namorado, comecei a chorar no meio da rua, estava chovendo[...] Aí, a gente pegou um táxi e fomos pra casa de uma amiga minha e fiquei lá. Até esse dia eu fiquei bem, foi tudo bem. No dia seguinte, à noite, eu comecei a surtar. Comecei a pensar; “cadê meu filho?. Aí começou a bater uma loucura assim: Onde ele tá? Que eu fiz? Não dá pra voltar atrás. (Cianita)

Silva (1997 in NERY, 2001) encontrou nos seus estudos estas reações emocionais, evidenciou que elas não são padronizadas, são variadas de pessoa para pessoa, conforme vários aspectos, dentre eles: contexto em que a mulher se encontra, situações conflitantes que ela está vivenciando, os precários recursos emocionais internos e a própria história individual não favorável. Cabe enfatizar, aqui,

também sua condição desfavorável por falta de instrução e orientação sobre seus direitos e como fazê-los respeitar.

Outro aspecto colocado por duas entrevistadas, justamente as que vivenciaram a situação abortiva por mais de uma vez, foi a desmistificação, para elas, do ato em si e os prejuízos que advêm das relações com o(s) companheiro(s) sobre a paternidade e a relação de confiança para continuar numa relação. Uma (Âmbar) por conhecer plenamente como é o procedimento de curetagem e a outra (Malaquita) por já ter vivenciado a curetagem em outra oportunidade onde não houve intercorrências:

Só que com o conhecimento que eu tinha(...) fui fazer uma curetagem no médico, paguei uma certa grana, era caríssimo naquela época; fui fazer uma curetagem, daquelas que você sai andando no mesmo dia. Perfeito! (1º Abortamento) Depois, meses depois, se dá conta que esta novamente grávida. Outra curetagem, foi muito bem feita. Porque esse companheiro era médico, pagava caro também (2º Abortamento). Cinco anos depois, fiquei grávida outra vez, me dei conta rapidamente que tava grávida e tomei aquelas doses hormonais (3º Abortamento). (Âmbar)

A mulher passou uns chás pra eu tomar antes e depois e no dia ela meteu uma agulha e tirou, e deu tudo certinho. Meses depois, o namoro acabou... Foi isso, o primeiro. O segundo foi do meu marido. Ele não sabe que eu tirei um filho dele não... A gente tinha pouco tempo, assim, de que a gente se conhecia e aí eu fiquei com medo dele achar que não era dele. Como o outro deu certo, foi tudo direitinho, eu não tive medo né? Já sabia como ia ser, procurei ela e não deu nada errado também não. Foi assim... (Malaquita)

Apesar de existir, nesses relatos, conseqüências maiores de exposição ao risco de adoecer ou morrer (já que a curetagem pode ter o risco de perfuração uterina e infecção), Âmbar e Malaquita não vêm com preocupação ou medo porque tiveram uma experiência anterior sem conseqüências. Este é um dos aspectos que torna a questão de assistência ao aborto muito preocupante. Estatísticas mundiais da OMS afirmam que, por ano, aproximadamente 70.000 mulheres morrem em conseqüências de abortamento provocado. Mas, esse não é um número fidedigno, pois as controvérsias morais e religiosas sobre o aborto tendem a ocultar as

dimensões clínicas e de saúde pública sobre o tema, omitindo registros que mascaram as estatísticas de gravidade da situação.

No caso de Âmbar e Malaquita, ficou claro que ambas consideraram como sendo seguro, pois não tiveram medo diante de uma nova vivência. Apesar de que pela descrição do procedimento, Malaquita se submeteu a um risco de complicações muito maior do que Âmbar. Além disso, no discurso de Âmbar evidenciamos que ela detinha um certo conhecimento técnico, maior que Malaquita e contou com apoio do companheiro que era médico. Isto demonstra claramente a separação existente entre um aborto inseguro e ilegal, pois, apesar de ter sido fora dos parâmetros de legalidade, ela o mensura como seguro por ter um companheiro médico e por saber (segundo ela) que a curetagem foi “muito bem feita”. Como citado anteriormente, são classificações distintas que não necessariamente estão interligadas; neste caso, poder-se-ia afirmar que foram abortos “seguros” (?) mas “ilegais”. É claro que estas conotações merecem, a rigor, outros estudos para poder avançar nesta análise.

5.1.2 Clandestino x Legal: as diferenças e as violências da assistência

Como foi visto na categoria anterior, a maioria das mulheres deste estudo vivenciou a situação abortiva em clínicas clandestinas. Algumas consideraram que, por ser um local clandestino, não tiveram uma assistência de saúde de qualidade, adequada e nem humanizada, mesmo que essa atenção tenha sido remunerada. Isso fica claro nos depoimentos de Quartzo-rosa, Berilo e Jade:

Bom, eu não recebi assistência de saúde nenhuma, é difícil... eu não recebi assistência de saúde porque eu fiz numa dessas clínicas clandestinas, a clínica tem nome, mas é praticamente clandestina, o único remédio que eu recebi foi Tylenol pra tomar caso dor. Não me foi explicado nada(...). Eu quando acabei de fazer o abortamento, eu fiquei desmaiada; todo mundo, tinha mais ou menos na sala umas 25 mulheres, tudo pra fazer... aí deram, te dão uma droga que você desmaia, não vê nada, eles vão e faz o que tem que fazer e você não sabe se o médico que está cuidando de você é um profissional, não sabe como foi feito... é

uma loucura. Você se joga na mão de uma pessoa estranha, ela te dá uma injeção e pode fazer o que quiser com você. E depois, e outra: você não tem o direito de reclamar. É muito arriscado, você depois pode querer ter um filho e não poder, é muito arriscado... É muito arriscado, você não tem como reclamar, se você passa mal, se você tem alguma coisa você não tem como reclamar. (Quartzo-Rosa)

Depois do aborto? Porque eu não fui... eu não tive um assistência de saúde, nem antes, nem depois (...). Eu não tive assistência porque foi escondido. Eu não permitia que ninguém soubesse, porque eu tinha vergonha por tá estudando, tá numa faculdade, tá na uerj e ter me permitido engravidar um atrás do outro pela terceira vez. Então, eu tinha vergonha. Não falava isso pra ninguém, nem para as minha amigas da faculdade, pra minha família. Não falei isso pra ninguém. Na época, além do meu esposo, quem ficou sabendo foi a menina que cuidava dos meus filhos, que ficava na minha casa, comigo, por isso ficou sabendo. Então, eu não tive uma assistência, porque não procurei o auxílio de ninguém. (Berilo)

Bem, assistência de saúde assim, em hospital de verdade, eu não tive e nem precisei, graças a Deus. Eu fiz numa dessas clínicas clandestinas, de fachada. Lá era assim, você ia antes pra ver quanto tempo tava e depois um, dois dias no máximo você ia pra tirar, ou até no mesmo dia se você tivesse o dinheiro (...). Eu nunca vou esquecer que tive coragem de me jogar na mão de pessoas estranhas, que nem sei se são médicos mesmo, e fazer um negócio horrível desses. Tá certo que assim, a aparência do lugar não era ruim, pelo contrário, era até bem limpo, organizadinho, mas eu não posso afirmar que eram profissionais entende? Quando eu penso nisso, eu penso que é ou muita coragem ou muita loucura, muito desespero... (Jade)

A Rede Nacional Feminista de Saúde e de Direitos Sexuais e Reprodutivos, em seu dossiê “Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis” (RNFS, 2005) coloca justamente a *clandestinidade como impeditivo de uma assistência de qualidade*, pois sendo ilegal, os lugares aonde ocorrem os abortos não são regidos por normas legais da área de saúde. Isso repercute na mulher com um grande malefício, que é identificada como uma etapa de *loucura*: ela, assim como outras mulheres, se submetem a este procedimento, mas não têm noção das ações que fazem parte dele e de quem irá realizá-lo. Neste documento, o movimento feminista também registra reivindicações sobre a legalização e a importância da despenalização da mulher que se submete ao aborto, pois coloca que os dados oficiais não são fidedignos sobre a visibilidade do risco a que a mulher se submete e de suas conseqüências.

Nesse particular, trazer a discussão do aborto para a legalidade é um debate muito conflituoso em nossa sociedade, onde grupos sociais conservadores desconsideram essa dura realidade. Até mesmo constar nas pautas das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), o debate sobre a aprovação da descriminalização para a mulher demorou catorze anos (quatro conferências) foi difícil, tendo sido o assunto (bandeira feminista) finalmente apoiado na 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2002. Isso representou uma grande conquista para as mulheres e para o movimento feminista, mas não quer dizer que o aborto tenha deixado de ser crime ou que é legal no Brasil; esta conquista societária ainda se encontra sem efeito positivo como fato político e societário.

Outras mulheres do estudo consideraram ter recebido assistência de saúde na rede pública do sistema oficial, após o procedimento de abortar. Pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a qualidade da atenção nesse contexto é: “conjunto de ações oferecido à mulher durante e após a interrupção de uma gestação, quer espontânea ou induzida, estendendo-se até o 42º dia após o término da gravidez”. Isto significa que, após a interrupção da gestação por mais quarenta e dois dias, a mulher estará vivenciando as conseqüências de uma situação abortiva, necessitando ainda de cuidados, não só na esfera biológica, mas também psicológica e social.

Os depoimentos de Cianita e Larimar são convergentes ao colocarem a necessidade de cuidados médicos após a interrupção, mas divergem ao colocarem o modo de atendimento que ocorreu na clandestinidade e os desdobramentos em busca de assistência no pós-abortamento:

Depois de um tempo fui procurar auxílio médico, né? Eu tive problema de hemorragia, continuou descendo sangue, não parava. Eu vi, assim, que o atendimento é bem preconceituoso; eles não se preocuparam com as outras pessoas, se estavam ouvindo ou não. Eu fui a um hospital público, me atenderam

e falaram na frente de todo mundo as coisas, me deram esporro na frente de todo mundo também. Foi uma experiência bem traumática o pós (...). Eu comecei a procurar como eu ia fazer, né? Se eu ia tomar citotec, se eu ia a uma clínica. Aí, achei melhor ir numa clínica. Aí, comecei a procurar. Com conhecido, soube de uma clínica, fui lá. O atendimento (...) eles fazem um atendimento super legal, te tratam super bem, bem diferente do depois [risos]. Eu lembro que... no dia que eu fui lá, eu fui lá pra fazer uma consulta, pra saber a quanto tempo tava e tudo, se realmente tava. Eu sabia, mas eles fazem. No dia seguinte, dois ou três dias depois, não sei, eu fui lá pra realmente fazer o aborto. (Cianita)

Dias depois, eu ainda tive que ir no médico porque assim, começou a me dar febre, muita dor. Fiquei com medo de ir num lugar hospital público e então eu fui e contei pra minha madrinha. Ela era uma pessoa que tinha condição sabe? Depois de um esporro, ela me ajudou. Me levou numa clínica particular e, graças a Deus, deu tudo certo. O médico nem comentou nada demais comigo, só falou pra eu ser mais cuidadosa, tomar pílula e coisa e tal. Pediu pra eu voltar lá depois da alta (fiquei internada uns quatro dias) e me deu pílula anticoncepcional (...). Ah, esses chás eram horríveis. Era um monte de erva que ela deu quando a gente procurou por ela. E ela não enganava ninguém não. Ela falava, avisava que dependendo do tempo de gravidez, só chá não ia adiantar, que ia ter que usar agulha de tricô. Então assim, ela deixava a pessoa bem consciente de tudo. Na hora ela era bem grossa, falava que não adiantava a gente gritar, que isso não adiantava nada, mas eu acho que era porque ela ficava mais nervosa que a gente. E depois, quando eu fui pro médico ele com certeza sabia porque eu tava ali, porque com certeza minha madrinha falou. Mas assim, ninguém me tratou mal não sabe? Eu acho que porque era particular ninguém ia fazer isso... Eu tomei antibiótico e fui pra casa tomando por uns 10 dias sei lá e aí eu fiquei tranqüila também porque ele se preocupou em marcar uma consulta comigo e me dar uma pílula. Acho que isso foi o mais importante. Aí, foi isso... (Larimar)

Ambos os relatos registram atos de desrespeito à condição humana, tanto numa unidade de atendimento clandestina quanto numa unidade de saúde da rede pública. Neles existem afirmações das mulheres que descrevem as necessidades de atendimento urgente, as diferenças de atendimento de acordo com o tipo de unidade que cobra (privado) e aquele que não cobra (pública), reações das pessoas que colaboram e realizam o procedimento do aborto como um ato corriqueiro como que “ali que se inicia” e “ali termina”, a prescrição de medicamento para tratar a dor e a infecção, dentre outros.

Nesses relatos também se detecta uma outra contradição quanto à qualificação da forma de atendimento entre o atendimento pós-aborto oferecido por uma unidade de atendimento de caráter público e uma particular. Embora em ambas

as formas de atendimento haja convergência na chamada de atenção com “esporro” e de conhecimento público, as divergências caracterizam na unidade pública um atendimento “pré-conceituoso”, experiência “bem traumática”; e nas unidades privadas foi “legal” e orientaram sobre o uso da pílula.

Esses relatos configuram os traços de violência institucional tanto no ambiente particular (clandestino) quanto na unidade de saúde pública (sistema oficial) caracterizando uma atenção não qualificada e desrespeitosa. Aqui se fala de uma “violência institucional” como caracterizada pela Rede Feminista de Saúde (2005): retardo no atendimento, falta de interesse em escutar as mulheres, e discriminação explícita por meio de palavras e atitudes condenatórias. Na descrição dessas situações, se aplicarmos esse conceito, fica caracterizada esse tipo de violência praticada explicitamente.

A reflexão imediata dessas situações e que registramos por ser importante, é o modo como ambas instituições praticam, de forma diferente, o exercício da assistência de saúde: sistema privado como assistência “melhor” que a oferecida numa assistência pública (“pior”), o que implica como consequência afirmar e defender é que em ambas as instituições privadas e públicas, a qualidade de atendimento deveria ser a mesma, pois todas são regidas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, deveriam prestar essa atenção considerando o acesso universal a todas as mulheres que buscam o serviço, considerá-las cidadãs, titular de direitos, inclusive o de saúde.

Soares (1995, p. 57) refere que a situação no abortamento é agravada enormemente pela criminalidade na qual está inserido:

Da ilegalidade à realidade existe um caminho doloroso que hoje se traduz em algumas expressões bastante simbólicas da situação social do aborto, que se espraia sobre o véu da clandestinidade. *Aborto seguro* – para quem pode pagar e obtê-lo sem risco de vida e seqüelas para a saúde. *Aborto de risco* – para quem não pode pagá-lo e que deriva, na maioria das vezes, no

chamado aborto incompleto. *Aborto incompleto* – aquele que precisa de atendimento no serviço de saúde oficial, com possibilidade de infecção e complicações pós-aborto.

Em outro depoimento, o de Ônix, a violência institucional aparece de forma aparentemente velada, porém marcante para a mulher, pois como ela mesmo considera foi o ponto de partida para o despertar nela um sentimento de “culpa”:

Teve um que eu não sei se por pena ou sei lá o quê ainda disse assim: “conseguiu heim!” Ele era novinho, acho que ele tentou brincar comigo, mas foi aí que eu senti dor de ter feito. Sabe quando você tá meio abobada? Nessa hora que bateu assim em mim... Foi ruim sabe? Foi aí que eu senti o aborto, um aperto assim... Na hora assim me arrependi, mas fiz o certo sabe?(...) É como eu te disse, perto de onde eu morava só tinha um hospital perto, ir pra outro é muito distante, então eu sempre corria pro mesmo. E assim, eu tava tão louca, tão desesperada que eu não ficava pensando se iam lembrar de mim ou não, eu queria acabar com tudo aquilo logo sabe? Das duas primeiras vezes, eu fiquei internada uns dois dias; da última vez, como fiz curetagem, fiquei três dias. Ninguém me maltratava não, ninguém falava nada. Saí de lá tomando remédios e nada mais.
(Ônix)

No relato de Ônix, mesmo considerando uma tentativa de aproximação, foi um ato de violência. Motta (2005), ao fazer uma pesquisa sobre as relações interpessoais entre a equipe de saúde e mulheres em abortamento incompleto, coloca que uma das maiores necessidades da mulher é justamente o acolhimento. Coloca como resultado que os profissionais deveriam aproveitar o momento da realização de um procedimento para ir além da técnica, compartilhar com a mulher considerando seus desejos, sentimentos, crenças. Isto significa ter presente os seus elementos subjetivos, tais como: temores, dores, perdas, vivência.

O tipo de comportamento, por parte dos profissionais, colocado nesses depoimentos, é justamente o que as atuais Políticas Públicas em Saúde da Mulher querem modificar. No discurso oficial, já não há mais espaço para a criminalização da mulher por ter realizado um aborto provocado; pelo contrário, se coloca que a atitude de cuidar deve ser de acolhimento, informações e aconselhamento, acesso e integração da rede assistencial, competência profissional e tecnologias apropriadas.

Além disso, está se tornando cada vez mais ampla a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais, fortalecendo, na esfera de atuação, a importância de se ter uma escuta atenta e individualizada para a prevenção da gravidez não desejada, do abortamento e de suas conseqüências, sendo considerados fatores de alta prioridade para profissionais de saúde (BRASIL, 2001; 2004b).

Esse tipo de atendimento preconceituoso já é reconhecido pelo Ministério da Saúde como parte da realidade das mulheres que provocam aborto. O reconhecimento se dá através da publicação do Manual Técnico “Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica” (BRASIL, 2005), com a qual se objetiva garantir os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e ser um guia para novas abordagens à mulher que vivencia essa situação por parte dos profissionais de saúde. Esse manual considera que é fundamental reconhecer que a qualidade da atenção que se deseja inclui aspectos relativos à humanização, devendo incitar nos profissionais uma preservação da postura ética, respeitando os direitos humanos das mulheres, independentemente de suas indicações morais e religiosas.

Além disso, nesse documento, o governo procura garantir o direito colocado na Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes”, onde é explicitado o direito da mulher em fazer abortamento em caso de violência sexual. Apesar de tais declarações do Estado nos documentos clarificarem no plano das idéias, por meio do estabelecimento de normas, a assistência e os procedimentos, no plano das ações, essa é uma realidade ainda distante.

O que acontece, na realidade, é mais distante ainda dessas normas, como se constata nos relatos de Jade e de Âmbar. Para a primeira, a relação de um aborto seguro prende-se ao fato de a mulher gozar de uma condição socioeconômica; e,

para a segunda recorrer ao Sistema Único de Saúde o aborto seguro prende-se ao fato do não cumprimento da Lei. Como é objetivado a seguir:

é por burrice mesmo porque eu sou uma pessoa informada, que tenho dinheiro pra comprar uma pílula, de ir num médico, sou maior de idade e acabei fazendo isso, então imagina essas meninas por aí, de favela que não tem nada disso? Essas que não tem uma grana pra pagar um aborto igual ao que eu fiz? É complicado...
(Jade)

Isso também é uma história de lei, né? Você tem a lei, mas o sistema de saúde oficial [...] Isso é lei. Você foi violada, tem gravidez que você que não quer, tem direito. Ou um filho mal formado, você tem direito. Agora me pergunta em qual sistema de saúde oficial você pode fazer isso com facilidade. Eu não conheço. As pessoas continuam procurando alternativas. Se você tem alguma grana, você tem quem te empreste, vai num troço bem feito. Se não tem, você vai pra onde, pra agulha de crochê, com colher, pra que você possa se livrar do indesejado.
(Âmbar)

Apesar de Âmbar não ter tido essa vivência (o aborto consentido pela lei), fez tal afirmação por ter convivido com mulheres e ter experienciado com elas a tentativa de realizar um aborto dentro da regulamentação e porque tal afirmativa partiu de sua reflexão durante a entrevista em relação ao contra-ponto do aborto provocado sem a proteção da lei. É nesse ponto que Bertaux (2001) coloca que a história de vida faz com que a pessoa não fale simplesmente sobre a sua vida, mas também reflita sobre ela e sobre os demais aspectos envolvidos.

Em um outro documento oficial do MS (BRASIL, 2004b), intitulado “Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes”, consta que as atitudes dos profissionais de saúde são causadas pelo modo como o aborto é percebido. O fato de a mulher ter realizado um aborto é visto através da representação simbólica da maternidade, esta como parte essencial da idealização do ser mulher e da realização feminina, e como conseqüência visto como uma recusa da maternidade. O documento também é explícito ao afirmar que o aborto provocado é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos

serviços de saúde, o que significa um reconhecimento oficial da problemática acerca do assunto.

Com base nessa declaração oficial do problema, em estudo realizado sobre a percepção dos profissionais de enfermagem (LINPISKI; LUNARDI; FONSECA, 2000), evidenciamos claramente como esses profissionais prestam cuidados que se diferenciam (independente da idade, escolaridade e formação superior ou médio ou profissionalizante: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem), quando relacionados ao tipo de aborto, comprovando o que o próprio MS afirma em documento anterior. Se for espontâneo, justifica-se que o mesmo é produto de sua “*fisiologia*” e de natureza divina, os cuidados são “*sensíveis*” ou “prestados com compreensão, bondade, e aceitação”. Se o aborto for provocado é justificado como “*crime*” contra a vontade divina e é rejeitado, os cuidados são “*racionais*” ou *prestados* com incompreensão, raiva e não aceitação. Portanto, é urgente, além de incluir a discussão sobre esse assunto na formação do enfermeiro e promover debates na sua prática profissional.

5.2 A Assistência de Saúde e os Direitos Reprodutivos e Sexuais

5.2.1 A (Des)assistência no planejamento familiar

A questão do Planejamento Familiar, em documentos oficiais, foi enfatizada com maior foco com o surgimento do PAISM, em 1984. Nele, destaca-se o tema como uma das diretrizes gerais de integrar a atenção integral à saúde da mulher e com objetivos programáticos específicos. A primeira edição do “Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar” surge logo após, em 1988, que colocava a questão de forma basicamente tecnicista.

Até os dias de hoje, mesmo após a Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher em 2004, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 1984) é considerado relevante e é um marco na área de saúde da mulher. Apesar de que 22 anos após, as mulheres ainda enfrentam problemas com os aspectos de prevenção da gravidez indesejada e dificuldades de acesso aos meios contraceptivos:

E nessa história de trocar um remédio pelo outro foi aí que eu fiquei grávida. Não foi uma gravidez planejada, de jeito, de forma nenhuma, eu tava morando de aluguel, construindo a minha casa... (...). Hoje em dia eu me cuido, eu coloquei o DIU; Tô correndo bastante atrás pra poder ligar e não acontecer de novo, mesmo eu casada, na minha casa, com marido, eu não quero ter mais filhos porque se um filho dá trabalho, dois, três dá mais, muito mais ainda e quatro, cinco... então, eu acho que a gente tem que pensar antes de fazer, depois que faz, não adianta chorar pelo leite derramado (...). O posto de saúde tem tudo grátis; se você não encontrar num posto você encontra no outro, ou no outro ou no outro; dá camisinha no posto grátis, dá pílula, coloca o DIU igual eu coloquei no posto. Têm vários métodos, vários métodos de evitar uma gravidez... (Quartzo-Rosa)

Nós tínhamos nos separado há algum tempo, eu falei: chega! E juntamos outra vez. Não dá tempo de tomar pílula, tomei pílula muitos anos só que não tomei tempo suficiente...saí grávida (...). É uma situação que envolve um lado cultural muito forte e envolve o lado hipócrita da sociedade, na atenção de saúde a mulher. O que é essa atenção? No que ela consiste? Aqui, tem um montão de meninas, de mulheres no Brasil, que não conseguem um anti-contraceptivo em muitos posto de saúde e isso tá previsto na lei. Elas não conseguem. Fique grávida 3 vezes com acesso a tudo isso. Não havia SUS nesse tempo, mas dava pra comprar. E a mulher que não tem acesso, entra numa fila enorme e não tem. (Âmbar)

Sempre tentei me cuidar, mas nessa época que eu engravidei eu tinha parado com a pílula. Foi burrice mesmo. Eu tava achando que porque eu tomava há muito tempo, eu podia ter alguma coisa. Então eu parei e tava correndo atrás de operar. Já tinha até juntado um dinheirinho pra fazer particular. Agora eu tô com um DIU. Coloquei depois de tudo, corri atrás e consegui, graças a Deus; me deixa mais tranqüila. Mas, se Deus quiser, eu ainda opero, ligo minhas trompas. Vai me deixar mais tranqüila...(...) Depois, como eu não queria engravidar de novo, procurei uma doutora que tem uma consulta baratinha e coloquei o DIU. Ela me arranhou no hospital que ela trabalha. (Ônix)

Nesses depoimentos de Quartzo-rosa, Âmbar e Ônix evidencia-se que os problemas decorrentes do uso de métodos contraceptivos estão relacionados a duas condições: uma é ter dinheiro para adquirir o insumo para não engravidar, se não

desejar, e o outro se relaciona com o cumprimento das determinações governamentais de fornecer esses insumos nos serviços de saúde.

Embora as mulheres reconheçam o papel dos insumos para obter efeito positivo no sentido de prevenir uma gravidez indesejada, não basta conclamar que as mulheres têm direito de acesso a eles, porque nem sempre lhes são assegurados, mas, também, referem não estar suficientemente orientadas, pois a ausência, muitas vezes, de uma atividade educativa e de aconselhamento são aspectos justificados como condições que determinam as formas de atuação dos profissionais de saúde na assistência à anticoncepção como as mesmas mulheres reconhecem *esta problemática envolve um lado cultural forte e, de outro lado, a atitude hipócrita da sociedade*. Garantir tal atendimento é afirmar a responsabilidade com os Direitos Reprodutivos e Sexuais de mulheres e homens tão conclamados nos discursos e documentos oficiais e tão negligenciados na prática profissional e na realidade social em que as mulheres estão inseridas. Este é um dos grandes desafios a ser considerado para poder oferecer uma assistência de qualidade sem diferenças e discriminações, cujo foco principal direcionem cuidados na perspectiva de gênero e da humanização e matéria para ser estudada, a rigor, em outras pesquisas.

Segundo a Lei do Planejamento Familiar, aprovada em 1996, e citada no documento sobre “Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico” (BRASIL, 2002b), todas as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) são obrigadas a garantir, em toda a rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte integrante de ações que compõem a assistência integral à saúde. Neste sentido, “o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às

mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos”.

O papel dos profissionais em tais atividades é fundamental. O Profissional de saúde exerce três atividades: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas. É importante que essas atividades, principalmente para situações onde o indivíduo (seja homem ou mulher, já que a responsabilidade de prevenir uma gravidez indesejada é de ambos) necessita de apoio para adotar métodos contraceptivos basicamente quando entendem responsabilidades, socialmente determinadas para o mundo privado (com os filhos, a família ou os estudos). Observa-se, também, nesses relatos, o fenômeno de assumir a responsabilidade da anticoncepção para si sem a participação do companheiro; fenômeno já constatado em outros estudos, significando a urgência de uma posição de conotação política e social de fato e de direito.

Essa foi uma situação vivida por Malaquita e Berilo:

Ah, eu nunca consegui tomar direito porque esquecia mesmo, e aí não dava certo. Tinha vezes que eu tomava outras por conta minha porque as vezes eu ficava muito enjoada. Camisinha eu nunca gostei. (Malaquita)

E assim, pra tomar remédio sempre fui relapsa em relação a mim; cuidar do outro não. Se eu tiver uma responsabilidade de te dar uma medicação de hora em hora, você vai tomar. Agora, em relação a mim (...) porque eu priorizava outras coisas, priorizava meus filhos, priorizava faculdade (...) esquecia de tomar remédio, foi e engravidei de novo. (Berilo)

O Manual Técnico de Atenção Humanizada ao Abortamento (op. cit.) enfatiza que as orientações sobre planejamento reprodutivo devem ser dadas o quanto antes, pois a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata. Portanto, ao cuidarmos de mulheres que vivenciaram a situação abortiva e que anteriormente já tinha dificuldades em lidar com métodos contraceptivos, se faz necessário uma atenção cuidadosa, com uma escuta atenta aos obstáculos relatados por ela. Neste

particular, cabe enfatizar a diferença conceitual entre Planejamento Familiar e Controle da Natalidade, sendo que o primeiro significa *controle da fertilidade, onde o casal pode decidir quando ter ou no ter filhos*, e o segundo traz a conotação de que *o casal somente decide por não ter filhos*.

Outro ponto importante sobre os empecilhos no uso de métodos contraceptivos, foi a questão da utilização do condom (camisinha) masculino. Algumas mulheres relataram que, muitas vezes, abandonam esse método de barreira - comprovadamente eficiente - para prevenir doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, como forma de demonstrar confiança ao seu companheiro ou de acreditar que não irá acontecer com elas o risco de adquirir essas doenças, mesmo que na maioria dos casos engravide, como ocorreu com Pedra-da-Lua e Jade:

E nessa de ficar, acabei confiando e deixando a camisinha. Com os outros que eu ficava como piteira eu usava, com ele não... E nessa eu fiquei grávida. (Pedra-da-Lua)

Acho que assim, a gente tem que usar alguma coisa pra se cuidar. Tem que usar camisinha e mais alguma coisa entende? Só camisinha a gente acaba largando... A gente começa com aquele papo de que confia e coisa e tal e, de repente, larga e nem pensa no resto. Porque assim, quando a gente usa camisinha a gente fica pensando na AIDS, na gravidez, mas depois que a gente tá com a pessoa há algum tempo e rola esses papos de confiar, a gente acaba largando... deixa pra lá sem poder deixar... Mas eu acho, não sei, que todo mundo acaba fazendo pelos mesmos motivos, e a gente acaba não usando camisinha porque na verdade quer também agradar o namorado, mostrar que confia. (Jade)

Crizóstomo, Sobra e Nery (2004, p. 415) afirmam que “as definições culturais de gênero construídas social e historicamente tidas como naturais e inquestionáveis ditam normas socioculturais acerca do feminino e do masculino que interferem no relacionamento e intimidade”. Isto fica claro nos depoimentos, onde é explícito que a mulher se submete a relações sem proteção no intuito de “agradar” o parceiro. Nos casos relatados anteriormente, fica evidenciado o fato de que com o comportamento

de abandonar o uso da camisinha fica também, assegurado a demonstração da relação de confiança para com o companheiro, aspecto que é cultural e precisa de estudo, a rigor, mais aprofundado.

Para Marcolino e Galastro (2001), a cultura patriarcal, própria do ocidente, faz com que as relações entre homens e mulheres sejam permeadas pela *cultura machista* que está presente, como forma de dominação do homem sobre a mulher, em todo o processo de criação e de crescimento e desenvolvimento. Sendo assim, evidencia-se que a mulher ainda não se empoderou do seu próprio corpo, conotação tão em voga nos dias de hoje com a ampliação dos debates sobre Direitos Reprodutivos e Sexuais, o que implica no reconhecimento de sua autonomia e decisão sobre sua sexualidade e reprodução (não desejada).

Nessa posição, a própria Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004b) registra que num mapeamento feito sobre a precariedade da assistência em anticoncepção, há pouca participação e estímulo dos homens a adotarem ações de planejamento familiar, em que pese as limitadas experiências de serviços que fazem este papel. Isto confirma que o próprio homem se exclui e é excluído, muitas vezes, da responsabilidade na anticoncepção, colocando toda a responsabilidade sobre a mulher e cabendo a ela difíceis decisões, como é o caso do abortamento, como comprovado nesta pesquisa.

Nesse contexto, é muito importante que o Estado, a sociedade e os profissionais de saúde coadunem objetivos em prol de assegurar uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, conforme definida em 2004, como um ato, principalmente político e social, de tal forma que sejam assegurados os direitos reprodutivos e sexuais dos cidadãos (homens e mulheres) como conclamado na

Constituição Brasileira, visando uma transformação concreta da realidade sócio-cultural em que estão inseridas as mulheres.

5.2.2 As parcerias: as diferenças de gênero na busca pela assistência

Nas falas da maioria das entrevistadas, ficou claro que a decisão de interromper a gestação foi delas. Em muitos desses relatos, não houve o compartilhamento de responsabilidade sobre a concepção com seu companheiro. Na maior parte dos casos, as mulheres recorrem a amigas, primas ou irmãs, isto é, buscam parcerias com outras mulheres; talvez, numa perspectiva de solidariedade na condição feminina. As exceções foram Berilo e Larimar que relataram ter discutido a decisão com o marido, como objetivamos a seguir:

Fiquei em pânico. Eu fiquei totalmente desestruturada e ao mesmo tempo eu não queria contar pra ninguém; não contei pra ninguém, a única pessoa que soube foi meu marido. (Berilo)

Eu tava trabalhando na época, eu era secretária de um dentista, mas já era casada e meu marido estava desempregado; e a gente ainda não tinha filho. Ele tava desempregado há pouco tempo, mas assim, a gente não sabia se ele ia arranjar logo ou não e então bateu aquele nervosismo, né? A gente pensou: “e agora?” . Foi então que a gente decidiu tirar. Não foi fácil não, mas era o melhor... (Larimar)

Nesses discursos, percebe-se que a mulher pode compartilhar com seu companheiro a decisão e ele experimentar, através dela, a difícil decisão do aborto. Segundo pesquisa feita por Pedrosa e Garcia (2000), essa divisão de responsabilidades não é comum nas relações onde acontece o abortamento provocado, geralmente o relacionamento afetivo-sexual é instável, incapaz de resistir à crise situacional desencadeada, como demonstrada neste estudo. Mas, deve-se considerar o aspecto de que, pelo relato de suas histórias de vida, ambas estavam em um momento de vida não favorável economicamente a assumir uma gestação. Este é um fator preponderante que as mulheres já declararam em outros estudos

(COSTA et al., 1995; NERY, 2001; BOEMER; MARIUTTI, 2003). Nestes trabalhos também evidenciaram que geralmente é uma decisão solitária com abandono da família e em especial do companheiro.

O fato de a mulher atribuir a ela a decisão perpassa no fato de que é no corpo dela que a concepção acontece e por ela se sentir responsável pela prevenção da gravidez indesejada e, também, por ter que assumir sozinha o filho. A responsabilidade, no final, sempre é atribuída à mulher, seja a de evitar, de assumir ou de abortar. Ela toma para si uma responsabilidade, que é de ambos (MARCOLINO; GALASTRO, 2001), porque, apesar de não ser um problema exclusivo, é sobre ela que recaem os preconceitos e responsabilidades ao âmbito privado que acaba sendo compreendido como *falta de carinho ou de gostar*. Isto é fato nos depoimentos de Turquesa, Âmbar, Ônix e Quartzosa-rosa:

Eu não contei pra ele. Só contei pra ele depois que eu fiz o aborto, porque eu achei que isso era uma decisão minha, já que eu sabia que isso poderia acontecer, também porque eu não queria que ele me desse o fora, dissesse que era problema meu (...). E eu gostava tanto dele. Pior, eu voltei com ele por um tempo, depois que isso aconteceu e pra ele foi como se nada tivesse acontecido, mesmo ele sabendo. Não teve gesto de carinho... Eu vivi isso só com as minhas três amigas (...). Porque, na verdade, ele não gostava de mim. Eu gostava dele, mas ele não gostava de mim. Porque ele nunca disse alguma coisa em relação a isso. Pra ele é como se nada tivesse acontecido. Eu resolvi. Eu tomei a decisão. Eu acho que a decisão era minha. Acho que, realmente, a decisão era minha. Não era de mais ninguém, era minha. E eu tomei a decisão. (Turquesa)

A experiência foi um pouco engraçada, porque a decisão de não ter o filho, de não ser mãe, foi sempre minha. (Âmbar)

A decisão de abortar foi minha sabe? Ele só falou assim: "Mulher, tu que sabes" (...) Mas não dava não. É tudo muito difícil, já tenho um filho... Eu falei com ele mais fui eu que corri atrás de tudo... (Ônix)

Olha, a situação foi a seguinte: eu tenho um filho pequeno, hoje ele tem 5 anos, na época ele tinha 1 ano e meio, eu tava com o pai do bebê há 2 anos e meio, só que só eu estava trabalhando. Ele era uma pessoa bem irresponsável... e assim, ele não... ele não sabe até hoje, ele nunca ficou sabendo... mas assim, ia vir numa hora muito imprópria, eu tava trabalhando em 2 lugares, eu pagava aluguel, eu não tinha condições nenhuma de ter outra criança! Nenhuma! (...) A relação que eu tinha na época era assim... essa pessoa, graças a Deus, ele não tinha vício nenhum, só que era um garotão. Na época ele tava com 19 anos. Ele queria... ele

não falou pra mim que não iria assumir, só que eu tenho certeza que quem iria segurar a barra desse filho era eu. Eu iria segurar sozinha. Por mais apaixonada que eu tivesse, por mais encantada, quem iria segurar a barra desse filho sou eu. (Quartzo-Rosa)

No Dossiê “Aborto - Mortes Preveníveis e Evitáveis” (BRASIL, 2005), coloca-se que a maior parte das mulheres que morrem por terem provocado um aborto no Brasil são solteiras ou separadas, isto é, não têm uma relação estável. As pesquisas existentes apontam que o apoio que a mulher necessita pode vir de outras pessoas, como amigos e familiares. Este foi um dado também no depoimento de Dolomita e Pedra-da-Lua:

Aí eu procurei uma amiga minha, que conhecia ele também, e contei tudo pra ela. Então, eu e ela conversando, achamos melhor eu procurar uma clínica e tirar... Aí veio outro problema: com quê grana? A clínica ela até conhecia, outras amigas nossas já tinham feito... Mas, e grana? Então, eu decidi vender um cordão que minha avó tinha me dado. Com dinheiro, eu e ela fomos lá e aí eu fiz... Depois ele voltou, mas aí eu não quis contar, e depois a gente nem namorou direito... foi melhor eu ter feito mesmo... (Dolomita)

Aí eu fui e procurei minha irmã. Conte pra ela e ela perguntou “quer ter?”. Aí eu disse “como eu vou ter? Como vou criar”. Até mesmo porque eu sabia que se ele soubesse que a criança tinha defeito ele ia jogar a culpa em mim e ia vazar... Então, eu decidi tirar... (...) Depois, contei pra ele que foi espontâneo, que o bebê tinha defeito e morreu por causa disso. Ele nem chorou, nem nada. Isso doeu. Foi aí que o aborto doeu. Quando eu vi que tava era sozinha... (Pedra-da-Lua)

Para as outras mulheres, contar e compartilhar essa gestação significa ter vivenciado uma violência psicológica que o outro lhe fez, como foi para Ametista. Além disso, para conseguir o dinheiro e realizar o aborto em melhores condições do que no domicílio, ela colocou sua vida em risco:

Exame de sangue. Deu positivo. Aí, fiquei desesperada, sem saber o que fazer. Fui falar com o pai da criança que eu estava grávida. Falou que não iria assumir. Que se eu quisesse dar, desse, se eu quisesse vender por um real, vendesse. Disse até que sumiria aqui do Rio para não assumir a criança (...). Conversando com uma amiga minha, a minha amiga falou: “a única solução que eu tenho para ti (...) - a minha amiga era lésbica e queria, se eu ficasse com ela, ela assumiria a criança. Mas eu tinha que ficar com ela. E eu não queria isso pra mim.(começa a se acalmar mas continua chorando) Aí ela disse: “a única solução é você ir na boca de fumo comigo, lá no morro dona marta e arrumar o dinheiro.” Fui lá. Falei com traficante. Ele falou que se eu não pagasse no prazo que ele deu,

aparecia com a boca cheia de formiga, eu e a garota. Ele me arrumou dinheiro, eu fui na clínica, fiz todos os exames e o médico fez o aborto. (Ametista)

Já para Cianita, apesar de não ter sofrido uma violência tão severa quanto Ametista relata as modificações sofridas na relação ao compartilhar a intimidade:

Na época, meu namorado não queria. A gente discutiu muito, na época. Brigava. Ele chorava muito. Eu levava como uma coisa bem super tranquila. Aí, decidimos que ia fazer mesmo. Eu comecei a procurar como eu ia fazer, né? Se eu ia tomar citotec, se eu ia a uma clínica. Aí, achei melhor ir numa clínica. Aí, comecei a procurar. Com conhecido, soube de uma clínica, fui lá (...). Depois disso meu relacionamento com o pai da minha filha, que é o pai da minha filha agora é o mesmo que o da outra criança, começou a desmoronar depois do aborto. E aí eu fiquei novamente grávida. A gente, realmente, depois daquilo mudou completamente tudo que a gente tava vivendo, sentindo. E não teve volta depois daquilo. Hoje, eu crio minha filha sozinha. Ele mora no Piauí. Também é uma pessoa problemática. Não sei o que levou... antes ele queria ter tido e agora essa que, realmente, tá aqui... não está participando, né? (Cianita)

Outro ponto trazido nos relatos foi o fato de que o aborto é um assunto tratado entre mulheres. Podemos perceber isso pelos relatos anteriores, onde emerge que as depoentes procuraram solidariedade e apoio em amigas ou irmãs (como nos casos de Ametista, Pedra-da-Lua, Dolomita, Turquesa) e pelas falas de Quartzosa e Cianita, que colocaram na entrevista não só a sua vivência na situação do abortamento provocado, mas também as suas experiências:

Eu já participei de um outro aborto, da minha prima. Só que ela fez diferente, ela tomou citotec. Eu dei pra ela. Eu falo que a gente vai arder no inferno juntas. A gente fez a mesma coisa, uma cúmplice da outra. E a história dela foi bem diferente. Ela é diabética e tudo. Acho até que o dela nem ia a frente mesmo, porque ela já tava tendo uns princípios de aborto, né? A família toda sabia. Então, a gente ficou bem de olho assim. No primeiro sinal já falamos com todo mundo. Também esse foi provocado. Foi bem traumático pra ela também. (Cianita)

Eu assim, eu falo pra todo mundo, ontem mesmo eu fui fazer uma ultrassonografia e tinha uma moça que estava grávida, ela já teve uma gravidez tubária, ela tava querendo tirar porque ela tem num filho, o cara que ela tá não é assim um, ela não mora junto com ele, é só um namorado, e aí ficou grávida e eu falei pra ela que não vale a pena... (Quartzo-rosa)

Como emergiu dos depoimentos, muitas vezes as mulheres compartilham sua vivência com outras mulheres, se colocando como igual, que entendem exatamente

o que ela está passando, pois é do mesmo gênero, logo, também, compartilha experiência e vivencia diversas cobranças e papéis sociais exigidos a desempenhar. Esse envolvimento representa como uma rede de relações, onde é possível dividir as subjetividades e estabelecer apoio nesse momento, que é um evento marcante da vida reprodutiva e sexual das mulheres.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do abortamento provocado, apesar de velada pelas controvérsias morais e religiosas, é um problema de magnitude de saúde pública que, no mundo capitalista e globalizado, se agrava vertiginosamente. Isto se dá sob influência, principalmente, de fatores sociais e culturais que devem ser sempre discutidos. Mesmo sob o véu da ilegalidade, as mulheres buscam uma assistência de qualidade para interromper uma gravidez indesejada e/ou não planejada ficando limitadas a uma prática clandestina e insegura sem garantia do Estado.

Os documentos governamentais nos fornecem componentes oficiais para uma base de assistência humanizada na perspectiva de gênero, porém nos serviços de saúde (sejam eles legais ou clandestinos) a mulher busca atendimento, onde nem sempre ela vai ter a sua necessidade maior atendida, que é de acolhimento e de apoio para um aborto seguro. As próprias políticas e os manuais técnicos do Ministério da Saúde reconhecem que a mulher ainda é discriminada e criminalizada quando está vivenciando uma situação abortiva.

É importante ressaltar que, para os próprios profissionais de saúde, é extremamente difícil e conflituoso cumprir com a Política de Saúde Integral à Mulher. A origem dessa dificuldade se encontra na própria sociedade e cultura em que estão inseridos, marcada pelas diferenças de gênero que estereotipa a mulher num sistema de crenças e valores em que predomina a função procriativa da mulher valorizando a maternidade (PEDROSA; GARCIA, 2000).

Em artigo intitulado “Uma Relação Tão Delicada”, Leocádio (2003) coloca que o objetivo de humanizar e melhorar a qualidade da relação entre profissionais e mulheres, em processo de abortamento, teve avanços focalizados, apesar das

novas perspectivas de *ampliação de acesso a todas e todos*. A humanização e acolhimento ainda não são uma realidade no Sistema Único de Saúde. Há ainda muito a se fazer, que depende intrinsecamente em reconhecer a condição de cidadã da mulher e articular os diversos aspectos da política de saúde e de seus direitos sexuais e reprodutivos. E como foi verificado, em estudo anterior, os profissionais diferenciam a assistência de acordo com o tipo de abortamento ser espontâneo (aceito) ou provocado (rejeitado).

Como evidenciamos nas histórias de vida, a relação entre aborto, segurança no procedimento técnico e acolhimento não convergem, ocasionando conflitos e contradições. Apesar de algumas depoentes colocarem que se sentiram acolhidas, na hora de executar o aborto, outras trouxeram relatos de violência pessoal e institucional. Em relação a um atendimento após o ato, houve a mesma tendência de culpabilização. Isso leva a refletir até que ponto pode-se afirmar que pagar por um abortamento é garantia de segurança? Se nossa legislação é proibitiva sobre o procedimento, como se pode afirmar isso? E, parafraseando Ametista, a quem reclamar e como protestar?.

São muitas as questões que se derivam dessas histórias relatadas. De um lado, a discussão sobre a *legalidade do aborto* não desprovida dos aspectos técnicos e de qualidade da assistência, mas também dos aspectos ético-legais, administrativos e morais. De outro lado, a discussão sobre a *despenalização ou criminalização* não desprovida dos mesmos aspectos considerados na discussão da legalização. Mas, de qualquer ponto de vista, é certo que a ilegalidade e a criminalização trazem um ônus muito grande para a saúde da mulher, que contraria a condição de cidadã. Isto configura um nó epistemológico que, a rigor, pode ser estudado em outras pesquisas.

Outra questão que emergiu dos depoimentos e que também já foi evidenciada em outros estudos (FONSECA et al., 1997; BOEMER; MARIUTTI, 2003; MOTTA, 2005) é considerar o abortamento como uma das estratégias para se evitar uma gravidez não desejada (planejada). Esta perspectiva faz parte dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, considerada a condição de cidadã, sendo necessário cumprir com a política de Planejamento Familiar como controle da fertilidade e não da natalidade, como um direito a ser bem atendida.

Considere-se que há mais de 20 anos do PAISM (BRASIL,1984) e quase 10 anos da Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996), ainda é falha a assistência às necessidades da mulher em geral e em situação de abortamento provocado em particular, principalmente na esfera educacional. Os relatos indicaram que, muitas vezes, a mulher desconhecia ou não conseguiu perceber os fatores que podiam levar a uma gestação sem desejá-la e a um grande risco de adoecer e morrer.

Um ponto fundamental que os relatos traduzem relaciona-se à violência de gênero para a mulher que provoca o aborto. Muitas foram as que sequer compartilharam com o parceiro a questão da gravidez não desejada e a decisão de realizar o abortamento. Houve até mesmo depoimentos em que o homem negou sua responsabilidade. Incumbiu a mulher de decidir diante de um evento marcante de sua história de vida, colocando-a em uma situação que, por si só, já vem imbuída muitas vezes de culpa, penalização e solidão. Este é um fato que traz uma possível afirmativa de que as mulheres fazem uma rede de apoio e relação com outras mulheres, por se considerarem pares diante de uma sociedade ainda patriarcal como a nossa, e onde pesam sobre as mulheres muitos preconceitos e culpabilizações.

Do mesmo modo, as mulheres, em situação abortiva, criam estratégias de poder do lado dos dominados ou das minorias, em relação ao companheiro, tais como: não informar que realizaram o aborto; afirmar que elas não precisam de proteção (camisinha); que é ela quem protege a relação com o companheiro manifestando confiança e estabilidade; assumir a decisão de vivenciar a contracepção; estabelecer ela mesma uma rede de apoio com outras mulheres, dentre outras.

Também ficam claras nas discriminações de relações de gênero que não há uma parceria na adoção dos métodos contraceptivos. Há evidências entre as depoentes que, muitas vezes, se submeteram a uma relação sexual de risco para agradar ao parceiro, testemunhando uma relação de confiança e afetividade, assumindo uma responsabilidade não compartilhada.

Diante de todos esses dados, discussões e análises, as mulheres contribuíram com seus relatos, não só para a melhoria da gestão dos serviços e da assistência de saúde, mas, também, para a melhoria do ensino e da pesquisa em especial de Enfermagem. O tema do abortamento provocado ainda necessita de amplos debates face à determinação de posições políticas em prol da defesa dos direitos de cidadania e da condição feminina, tanto na esfera federal, estadual e municipal quanto na academia e na própria sociedade.

Em suma, a atual política de saúde da mulher, as propostas governamentais e as demandas das mulheres, neste caso em situação de aborto provocado, são certamente consideráveis e sua efetivação exige diretrizes para alcançar a igualdade de gênero e empoderamento das mulheres, bem como ações decididas e legitimadas das instituições de saúde, da colaboração dos diferentes setores do governo envolvidos com a saúde, da academia, de agências nacionais e

internacionais de apoio e de maneira central da sociedade civil organizada, mas isto é uma outra história a construir..., pois o tema é amplo e complexo e a força da lei é frágil ...

Muitos dos questionamentos que *nasceram* nas análises das situações relatadas pelas mulheres não foram contemplados, a rigor, neste estudo. Constituem *desafios para outras histórias de vida de mulheres* submetidas à discriminação de gênero: *histórias e estórias que são verdadeiras pedras preciosas* na construção de um mundo feminino com igualdade, equidade e justiça social.

REFERÊNCIAS

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Desafios para as Políticas de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (sup. 2), p.465-469. 2003.

BERTAUX, Daniel. L'Approche biographique: as validité méthodologique, ses potentialités. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v. LXIX, p. 197-225,1980.

BERTAUX, Daniel. **Les Récits de Vie**. [S.I.]: Nathan Université, 2001.

BOEMER, Magali Roseira; MARIUTTI, Mariana Gondim. A Mulher em Situação de Abortamento: Um Enfoque Existencial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 37, p. 59-71, 2003.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: Ética do Humano, Compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, DF, 1984.

_____. _____. **Relatório da 8ª Conferência de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei do SUS. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Bioética**, v.4, n.2, Supl, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília, DF, 2001.

_____. _____. **Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2002a.

_____. _____. **Assistência em Planejamento Familiar – Manual Técnico**. Brasília, DF, 2002b.

_____. _____. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2004a.

_____. _____. **Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher**. Brasília, DF, 2004b.

_____. _____. **Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica**. Brasília. 2005.

BURROUGHS, Arlene. **Uma Introdução à Enfermagem Materna**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARDICH, Richard. Visiones del aborto: nexos entre sexualidad, anticoncepcion y aborto. Lima: Movimiento Manuela Ramos/The Population Council, 1993. In: SOARES, Gilberta Santos. **A Subjetividade da Experiência do Abortamento. Política e Trabalho**, v. 1, n. 14, p. 61 – 74, set. 1998.

CEPIA. **A Questão de Gênero no Brasil – Relatório**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2005.

CHAVES NETTO, Hermógenes. **Obstetrícia Básica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

COOK, Rebecca; DICKENS, Bernard; FATHALLA, Mahmoud. **Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos – Integrando Medicina, Ética e Direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

COSTA, Rosely et al. A Decisão de Abortar: Processo e Sentimentos Envolvidos. Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 97-105, jan./mar. 1995.

CRIZOSTOMO, Cilene Delgado; SOBRA, Catia Silvana de Jesus; NERY, Inez Sampaio. Saúde reprodutiva: as relações de gênero no Planejamento Familiar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.1, n.8, p. 411-419, abr.2004.

DEMO, Pedro. **Cidadania Pequena – Polêmicas do Nosso Tempo**. Campinas: Autores Associados, 2001.

DEMO, Pedro. **Éticas Multiculturais – Sobre convivência humana possível**. Petrópolis: Vozes, 2005.

DIAS, Ieda Maria Vargas; SANTOS, Rosângela da Silva. Método História de Vida e sua Aplicabilidade no Campo da Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 278-286, ago. 2005.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Gênero e Políticas Públicas. **Revista Estudos Feministas**, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./fev. 2004.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

FONSECA, Adriana Dora et al. Abortamento: Nossa Realidade. Rio de Janeiro. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 317-324, maio. 1997.

FORMIGA FILHO, José Ferreira Nobre. Políticas de Saúde Reprodutiva no Brasil. Uma análise do PAISM. In: GALVÃO, Loren; DIAZ, Juan. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 104-162.

FRANZ, Wanda. O que é a Síndrome Pós-Aborto? **National Right to Life News**, v.14, n. 1, p. 1-9, 1987.

GLAT, Rosana. **Somos iguais a vocês**. Depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEOCÁDIO, Elcylene. **Uma Relação Tão Delicada**. Cópia de texto sem local de publicação. Brasília. 2003. (NBR 10520/2000)

LIMA, Maria José de. **O que é Enfermagem?** São Paulo: Brasiliense, 2000.

LIPINSKI, Jussara Menetes; LUNARDI, Valéria; FONSECA, Adriana Dora. Assistência de enfermagem à mulher que provoca aborto problematizada por enfermeiras. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 9, n.2, p. 427-435, maio/ago. 2000.

MARCOLINO, Clarice; GALASTRO, Elizabeth Perez. As Visões Feminina e Masculina acerca da Participação de Mulheres e Homens no Planejamento Familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, n. 9, p. 77-82, maio. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, Ilse Sodré da. A rela o interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, n. 2, v. 5, p. 219-228, abr./jun. 2005.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e Masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NERY, Inez Sampaio. **O Aborto Provocado e a Questão de G nero: Mulheres em Evidência e a Evidência das Mulheres para as Bases da Assistência de Enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

ORGANIZA O DAS NA OES UNIDAS. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **Relatório Final da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Beijing, China, 1995.

ORGANIZA O MUNDIAL DE SAÚDE. **Defini o de Saúde**. Carta do Comitê da Funda o da Organiza o Mundial de Saúde, em 7 de abril de 1948.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda; GARCIA, Telma Ribeiro. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido. Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 50-58, dez. 2000.

PINHO, Maria Dirce Gomes. Cidadania e Direitos Reprodutivos – A Conquista de Novos Direitos. In: **Advocacy em Direitos Reprodutivos e Sexuais: Workshops Nacionais – Além do Cairo e Beijing: Fortalecendo as Organiza es de Mulheres no Brasil**. Brasília, DF, Brasil: AGENDE – A es em G nero, Cidadania e Desenvolvimento. 1999.

PITANGUY, Jacqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker (org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 19-38.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Aborto: Mortes Preveníveis e Evitáveis.** Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Saúde Materna** – Componente Essencial dos Direitos Reprodutivos. Brasília: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 1995.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para os estudos históricos?** Educação e Realidade. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, dez. 1990.

SCOTT, Joan. O Enigma da Igualdade. **Estudos Feministas.** Florianópolis, v. 1, n. 13, p. 11-30, jan./abr. 2005.

SOARES, Gilberta Santos Aborto: da ilegalidade à realidade – outros parâmetros para discussão. **Cidadania e Direitos Humanos,** João Pessoa, v. 2, n.2, p. 16-21. 1995.

SOARES, Gilberta Santos. **Significados Simbólicos do Abortamento:** a intimidade compartilhada. 1998. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1998b.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio; CARVALHO, Vilma de. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil:** impacto político social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: [s.n.], 1999.

VARGENS, Octavio. **Direitos Reprodutivos:** a enfermagem e a questão do aborto. Rio de Janeiro: [s. n.] , 2001.

VENTURA. Miriam (org.). **Direitos Sexuais e Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos:** síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: ADVOCACI, 2003.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Juliana Silva Pontes, sou enfermeira, COREN – RJ 115398. Estou desenvolvendo minha dissertação de mestrado com a temática de História de Vida de Mulheres que Provocaram Abortamento, sendo minha orientadora a Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell. Convido a senhora a participar em meu trabalho como depoente. Meu estudo tem por objetivos: a) Descrever a assistência de saúde prestada às mulheres que vivenciaram o processo de abortamento sob sua ótica, através do conhecimento de suas histórias de vida e b) Discutir a assistência prestada a partir dos relatos das mulheres que vivenciaram o processo de abortamento sob o enfoque dos direitos reprodutivos e sexuais. Minha dissertação será finalizada em julho de 2006.

Faz-se necessário saber que:

- Não haverá nenhum risco ou prejuízo de ordem financeira, social, moral ou profissional a senhora, uma vez que a participação é de caráter voluntário.
- A entrevista será gravada em fita magnética, em local e horário a ser definido conforme a sua disponibilidade (se for necessário pagarei seu transporte até o local e não haverá nenhum custo ou compensação financeira a senhora).
- Depois de transcrita, será lida por você para possíveis ajustes para só então depois ser utilizada na pesquisa. A fita será destruída após 5 anos do término da pesquisa. É composta por uma única pergunta: “Fale-me de sua vida que tenha relação com a assistência de saúde que você recebeu durante a sua vivência no abortamento provocado”.
- Toda a sua entrevista será de caráter sigiloso, e será utilizada apenas para o fins da pesquisa.
- Seu anonimato será mantido através de um pseudônimo (apelido) de uma pedra semi-preciosa, garantindo que não será utilizado o seu nome na pesquisa.
- A qualquer momento do desenvolvimento do estudo, poderá ser retirado o seu consentimento em participar sem qualquer ônus.
- Qualquer dúvida ou esclarecimento do seu interesse, poderá me contatar pelo telefone: (21) 9687-2874, pelo endereço: Rua Afonso Cavalcante, 275 – Cidade Nova / Rio de Janeiro e pelo endereço eletrônico: jsilvapontes@yahoo.com.br ou a Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell pelo telefone: (21) 2293-8899 (ramal 224), pelo mesmo endereço acima ou pelo endereço eletrônico: tyrrell2004@superig.com.br.
- Você receberá uma cópia deste termo e sua assinatura nele colocada autoriza sua participação como depoente neste projeto.

Atenciosamente
Enfermeira Juliana Silva Pontes

Eu, _____,
concordo voluntariamente em ser depoente na dissertação sobre a temática História de Vida de Mulheres que Provocaram Abortamento, de autoria da mestrande Juliana Silva Pontes, orientada pela Prof^a. Dr^a. Maria Antonieta Rubio Tyrrell e estou ciente e informada de todos os dados que constam acima.

ANEXO A
CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 EEAN	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº 079/05

Título do Projeto: **História de vida de mulheres que provocaram abortamento**

Pesquisador Responsável: **Juliana S. Pontes**

Instituição onde a pesquisa será realizada: **HESFA**

Data de entrega do protocolo ao CEP; **18/11/2005**

PARECER

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião ocorrida em 29 de novembro de 2005.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma.

Rio de Janeiro, 29 de novembro de 2005.



Marcia Tereza Luz Lisboa
Coordenadora do CEP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)