UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DE
MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO**

Mariana Gondim Mariutti

Ribeirão Preto - SP

2004

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA VISÃO
DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

Mariana Gondim Mariutti

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, inserida na Linha de Pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida

Ribeirão Preto - SP

2004

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Preparada pela Biblioteca Central do Campos Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Mariutti, Mariana Gondim

O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. Ribeirão Preto, 2004.

128 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Materno-Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Saúde da Mulher. 3. Saúde Pública.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Mariana Gondim Mariutti

O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública junto ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, inserida na Linha de Pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof. Dr.:_____

Instituição:_____Assinatura:_____

Registro que esta pesquisa foi financiada pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Reconheço que sem este subsídio seria difícil a realização deste estudo, que acredito ser importante para o desenvolvimento do conhecimento científico.

DEDICO ESTE TRABALHO

Aos meus pais, Nilza e Flávio, responsáveis pela minha caminhada, apoiando-me e mostrando-me sempre o valor da dignidade, da humildade e da perseverança.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a Dr^a Ana Maria de Almeida, por acompanhar-me durante esta trajetória. Agradeço pelo apoio, pela compreensão e pela orientação, facilitando o processo de minha busca.

À Prof^a Dr^a Magali Roseira Boemer, por acompanhar minha trajetória inicial durante a graduação, por seus ensinamentos e estímulo.

Expresso minha gratidão às pessoas que contribuíram para a realização deste estudo:

À Deus, por me iluminar e guiar, estando sempre presente em minha vida.

Ao meu avô, Dirceu Gondim (*in memorian*), por ter me transmitindo ensinamentos e que até o fim de sua vida exerceu a medicina com conhecimento e dedicação, valorizando o lado humano de seus pacientes.

Ao meu avô, Domingos Mariutti (*in memorian*), que deixou seu exemplo de dignidade, humildade e responsabilidade.

À Médica Prof^a Dr^a Elizabeth Meloni Vieira, pela competência e atenção desde à qualificação e na análise da pró-forma, pelas valiosas sugestões, pela admiração e respeito que lhe dedico.

À Enfermeira Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco pela disponibilidade, apoio e compreensão.

Aos meus irmãos, Fabiana, por compartilhar e auxiliar-me em importantes momentos e Christiano pelo carinho e incentivo. E às minhas avós, Rosinha e Claudina, por toda confiança e amor depositados.

Ao meu namorado Leandro, pelo carinho e compreensão, compartilhando muitos momentos comigo. E à D. Mariana, pela amizade.

Às pacientes, sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade, confiança e por possibilitares encontrar resposta para uma das minhas inquietações.

À equipe de enfermagem da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP.

Às minhas amigas - Ana Cláudia, Karina, Paula e Renata - pelo apoio e amizade. E ao meu amigo Adriano pela colaboração técnica no trabalho.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, pela autorização da realização deste estudo.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela subvenção deste estudo.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, pela atenção dedicada. Em especial à Aparecida Doretto.

RESUMO

MARIUTTI, M.G. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. 2004. 128p. Dissertação Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O trabalho se propõe a compreender como as mulheres em situação de abortamento reconhecem o cuidado de enfermagem que o vivencia. Para tanto, a autora recorre à metodologia qualitativa utilizando a análise de conteúdo. Foram coletados depoimentos de treze mulheres hospitalizadas, em situação de abortamento, mediante as questões: "Como você reconhece o cuidado de enfermagem que está recebendo? Você pode descrever para mim?" Os discursos foram analisados e possibilitaram a construção de algumas categorias temáticas, que sinalizaram para o reconhecimento do cuidado de enfermagem e podem se constituir de subsídios para nortear a assistência à mulher, para que a sua situacionalidade e individualidade seja contemplada. Os resultados possibilitaram o reconhecimento de questões importantes ligadas à mulher que recebe o cuidado de enfermagem nessa situação, como um cuidado que deve levar em consideração o contexto de vida dessas mulheres, que envolve perspectivas e tabus, criando expectativas do cuidado que irão receber, envolto por preconceito, um cuidado no qual o biológico é priorizado o que pelas falas é insuficiente necessitando de um envolvimento genuíno dos profissionais e busca da integridade. Mostrou-se também como um cuidado no qual há dificuldade na identificação dos profissionais e no qual o anonimato da equipe se faz presente. O reconhecimento desses aspectos abre novos caminhos para a assistência de enfermagem a essas mulheres no sentido de contemplá-las em sua totalidade.

Palavras Chaves: Aborto, Saúde da mulher, Assistência.

SUMMARY

MARIUTTI, M.G. **The nursing care beyond the woman in the situation of abortion.** 2004.128p. Master Dissertation - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This work aims at understanding how the women in the situation of abortion recognize the care of nursing which they have experienced it. For this purpose, the author used the qualitative methodology of using the analysis of the content. Thirteen women interviews were applied, while in abortion situation. The interviews were focused on the questions: "How do you recognize the nursing care that been assisting? Could you describe it to me?" The talks were analyzed and they enabled the creation of thematic categories that indicated the recognition from the care of nursing and may also provide guidelines for the development of assistance that would meet their specific needs. The results make possible the recognition of the important questions links of women who receive this care, which are considered their life contexts, which involves perspectives and taboos, bringing up expectations about the care that they will receive, joined to prejudice. As the talks aren't enough for a biological care, there was a need for genuine involvement and search of entirety. It also showed that there's difficult to identify professionals and also that staff should be anonymous. The recognition of these aspects open up new ways completely to the nursing assistance, **Answer Key:** Abortion, Woman health, Assistance.

RESUMEN

MARIUTTI, M.G. El cuidado de enfermería a los ojos de la mujer en situación de aborto. 2004. 128p. Desertación Maestrado - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.

El trabajo tiene como propósito comprender como las mujeres en situación de aborto reconocen el cuidado de enfermería. Por lo tanto, la autora recurre a la Metodología Cualitativa utilizando el análisis de contenido. Fueron recolectados relatos de trece mujeres hospitalizadas, en situación de aborto, mediante las siguientes preguntas: Cómo usted reconoce el cuidado de enfermería en la asistencia que viene recibiendo? Lo puede describir?. Los relatos fueron analizados y posibilitaron la construcción de algunas categorías temáticas que señalaron el reconocimiento del cuidado de enfermería, los mismos pueden constituirse en subsidios para orientar la asistencia a la mujer contemplando su situación e individualidad. Los resultados posibilitaron el reconocimiento de aspectos importantes ligados a la mujer que reciben el cuidado de enfermería en esa situación, tales como el cuidado de enfermería que debe considerar el contexto de vida de esas mujeres, sus perspectivas y tabúes criando expectativas en la asistencia, dentro de un cuidado envuelto de preconceitos con prioridad biológica, que según los relatos es insuficiente, necesitando de esta forma un involucramiento de los profesionales en busca de la integridad. Se mostró también que en el cuidado de enfermería existe dificultad en la identificación de los profesionales y el anonimato del equipo se hace presente. El reconocimiento de esos aspectos abre nuevos caminos para el cuidado de enfermería a esas mujeres en el sentido de contemplarlas en su totalidad.

Palabras clave: Aborto, Salud de la mujer, Asistencia.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	11
1.1.	APROXIMANDO-ME DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.....	22
2.	EM RELAÇÃO AO CUIDADO.....	26
2.1.	O CUIDADO.....	27
3.	OBJETIVO.....	31
4.	PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
4.1.	O ACESSO AOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	32
4.2.	O LOCAL E A FORMA DE COLETA DE DADOS.....	33
4.3.	A PROPOSTA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	34
5.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
5.1.	RECONHECENDO AS MULHERES ESTUDADAS.....	36
5.2.	O CUIDADO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES.....	39
5.2.1.	Descrevendo as experiências da situação de abortamento e suas vidas.....	39

5.2.2. Descrevendo seus medos e expectativas.....49

5.2.3. Descrevendo o cuidado durante a internação.....59

5.2.4. Relatando a falta de identidade profissional.....82

6. O CUIDADO DE ENFERMAGEM: GRAUS DE COMPREENSÃO.....91

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....95

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Durante a graduação inseri-me em um Projeto Acadêmico denominado "O tema da morte como via de acesso à Iniciação Científica", de junho de 1999 a dezembro de 2002, subsidiado pela FAPESP, que propunha a iniciação científica de graduandos da área da saúde relacionada ao tema da morte e do morrer, utilizando estratégias como leituras, filmes, aulas expositivas e estágios, com vistas à um direcionamento de cada bolsista para uma temática do referido Projeto. Pude, assim, aproximar-me do tema e perceber sua importância para o profissional da área de saúde e da forma como estes lidam com a perspectiva do morrer no seu cotidiano de assistência.

Nessa trajetória como bolsista e aluna de graduação, tendo a oportunidade de lidar com mulheres nessa situação, meu interesse e inquietação voltaram-se para as questões que envolvem a mulher e, mais especificamente, às situações de abortamento. Um estudo sobre morte perinatal (POPIM; BARBIERI, 1990) remeteu-me à questão do aborto, na medida que ele pode inviabilizar o existir do homem e, nesse sentido, direcionei-me para esse tema, uma vez que esta impossibilidade de vida se apresentou a mim como objeto de investigação.

O aborto, há tempos é um tema polêmico, cuja prática sempre esteve presente em todas as épocas da história, sendo tratado de acordo com a sociedade e seu momento histórico. É definido clinicamente como a interrupção da gravidez ou expulsão do produto da concepção antes que o feto seja viável (22ª semana) ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm (BRASIL, 2001).

Os tipos de abortos são: o induzido, realizado com ou sem indicação médica, ocorrendo quando há interferência de agentes mecânicos ou químicos; e o espontâneo, que acontece geralmente no segundo ou terceiro mês da gravidez tratando-se de um desarranjo orgânico, sendo que este pode ser recorrente. Barini (2000) aponta como fatores mais frequentemente associados ao aborto recorrente o fator auto-imune (86,3% dos casos), a incompetência ístmo-cervical (22,8%) e o fator hormonal (21,2%). Ao comparar o aborto espontâneo e o provocado, Costa (2000) avaliando 1.429 pacientes, relata que a taxa de abortamento provocado foi de

25,9% com diferença significativa entre os grupos com abortamento espontâneo e provocado em relação à idade, situação marital, atividade profissional, renda familiar, idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais, número de gestações, ingestão alcoólica, uso de método contraceptivo, planejamento da gestação e dias de internação, com maior ocorrência de complicações como: infecção, perfuração uterina, mortalidade materna e hemorragia nos casos de aborto provocado.

Os diagnósticos utilizados nos serviços de saúde para as mulheres que estão em situação de abortamento são: a ameaça de aborto, abortamento completo, inevitável ou incompleto, retido e infectado.

Longo (1997) enfocou o tema sob várias óticas: clínica, jurídica, feminista, religiosa, bioética, abordando múltiplas perspectivas. Relatou o aborto como sendo envolto em tabus, preconceitos e discriminações e um tema difícil de lidar, no qual pode ocorrer discriminação por parte da sociedade ao perceber a intenção, da mulher no ato de abortar, fazendo com que ela seja insatisfatoriamente assistida em todo seu contexto. Essa leitura despertou-me para a importância de programas de assistência à mulher, com a finalidade de melhor orientá-la a respeito de seu corpo, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis, riscos decorrentes do aborto provocado e de todo conjunto de atividades básicas e simplificadas de prevenção, diagnóstico e terapêuticas referentes ao pré-natal, parto, pós-parto, à ginecologia preventiva e patológica, regulação da fecundidade, tratamento de esterilidade e controle do câncer ginecológico e de mama.

França (1994) incitou-me a refletir sobre o tema, mostrando as diferenças de opiniões, reflexões jurídicas e religiosas. Quanto às reflexões jurídicas, discutiu-se a legalização do aborto eugênico e a lei vigente, apresentando diferentes opiniões. O autor mostra que, muitas vezes, as pessoas se servem das doenças detectadas pelos modernos exames pré-natais para que tenham o direito de se ver livres de uma criança com má formação ou com Síndrome de Down e aponta que essa perspectiva é uma prática eugênica. Penso que se for uma anomalia que impeça a sobrevivência, trazendo problemas e sofrimento para a gestante, trata-se de uma frustração de toda uma expectativa vital que traz consigo ao longo da gestação, independente se desejada ou não. No entanto, em casos que a criança pode ter uma vida “normal”,

apesar de possuir alguma deficiência, como a síndrome de Down, concordo com o autor, que o aborto pode estar sendo utilizado como um processo de seleção. Quanto ao aspecto religioso, o autor coloca a defesa da vida de uma forma geral, considerando o feto uma pessoa possuidora de alma desde a fecundação.

No entanto, Mariscal (2001) afirma que há falhas nos aspectos da formação religiosa, necessitando-se de uma crença que defenda um ponto de vista que possibilite o bom comportamento como benefício pessoal e coletivo, sem apegar-se a conceitos como pecado. Segundo o autor, as instituições religiosas, governamentais, de saúde, de educação e familiar, possivelmente, têm a proposta de melhorar a qualidade de vida, porém há falta de diálogo entre os diferentes setores.

Realizei, também, mais algumas leituras como o estudo de Rocha (1999) que analisa o processo político de discussão e decisão na questão da regulação da fecundidade, mais especificamente sobre os temas "planejamento familiar" e "aborto provocado", detendo-se, sobretudo, nos debates que estão ocorrendo no Congresso Nacional.

Outra leitura importante foi a de Oliveira (1999) trazendo dados desde o momento em que as mulheres ficam grávidas e afirmam o desejo de aborto, até realizá-lo. As reflexões foram pautadas por uma questão de ética e corporalidade, propondo uma visão além do corpo. A autora diz que, para as mulheres, a relação entre ética e corporalidade tem que ser pensada de forma diferente do homem, sendo necessário considerar os aspectos que contribuem para essa distinção, como os eventos da vida reprodutiva. É importante refletir também acerca das experiências pessoais, incluindo suas histórias de vida, relacionadas ao seu corpo, à primeira menstruação, ao exercício da sexualidade, à contracepção, ao climatério, à menopausa e a todos os espaços de práticas sexuais de sociabilidade em que as mulheres estão envolvidas. A história familiar é igualmente importante.

Verardo (1986) também debate o tema relatando que o útero tem sido objeto da fala de instituições religiosas, legislativas, executivas, isto é, algo que pode ser destacado como parte autônoma e não como integrante de um todo chamado corpo feminino, ressaltando que sobre o útero as religiões aplicam seus conceitos, o Estado legisla e os homens se apoderam. Relata ainda que, a decisão de ser mãe não é uma decisão individual, mas que envolve uma série de fatores econômicos e sociais. A

autora enfatiza que há altos índices de aborto na adolescência, o que, além do risco de vida, pode provocar perturbações psicológicas, sociais e culturais nessas jovens. O aborto imposto à jovem pode trazer danos futuros, bloqueando-a em termos de prazer, causando medo de engravidar novamente. Ressalta que crianças indesejadas dificilmente recebem afeto e uma criação equilibrada.

Para os defensores da descriminalização do aborto, a melhor forma de enfrentar o problema é trazendo-o para a legalidade. Segundo Biancarelli (2000), após quatorze anos de derrotas em quatro conferências nacionais, a descriminalização do aborto foi aprovada pelo plenário da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Isto não quer dizer que o aborto tenha deixado de ser crime. Pelo Código Penal, a interrupção da gravidez só é permitida em caso de estupro ou risco de vida para a mãe. Para que o aborto seja tratado como um problema de saúde, e não como crime, será preciso que os Parlamentares aprovem um dos projetos que tramitam no Congresso.

Esse autor ressalta ainda que há um crescimento do consenso de que a legislação sobre o aborto está ultrapassada, pois calcula-se que ocorram 1,4 milhões de abortos clandestinos por ano no Brasil, sendo os procedimentos mal feitos a principal causa de mortalidade materna no país, deixando um saldo de 6.000 vítimas fatais por ano.

Entre os abortamentos inseguros realizados no mundo que alcançam a cifra de cerca de 20 milhões, 90% ocorrem nos países em desenvolvimento, causando a morte de cerca de 70 mil mulheres por ano (REDE SAÚDE, 2000a).

Rosas (2000) relata que o segredo médico pertence ao paciente, sendo o médico o seu guardador. Sua observância remonta aos princípios de Hipócrates, salvo em casos de justa causa que abrangem atos excepcionais fundamentados em razões legítimas e de interesse coletivo, a regra é válida sempre, inclusive perante as evidências de abortamento provocado. Enfatiza que, constatado aborto provocado, o médico não pode comunicá-lo à autoridade policial ou mesmo judicial, pois revelar o segredo sem uma razão superior relevante ou dever legal, além de antiético é crime (BRASIL, 1958, art. 154 - Lei do Sigilo Profissional).

Quanto à lei mundial, o aborto tem total legalidade quando é por opção da mulher, ou seja, desejo expresso por ela por motivos sócio-econômicos, gravidez na

adolescência, problemas congênitos dentre outros, na Europa, Ásia, América do Norte e América Latina, em países como Estados Unidos, Canadá, Suécia, Áustria, Austrália, Alemanha, Grã-Bretanha, Bélgica, Japão, Cuba, Porto Rico e Guiana. Em outros países o aborto, é crime, tendo legalidade restrita às situações que variam de acordo com a legislação de cada país. No entanto, apesar de ter sua prática permitida por lei, nos casos de legalidade total ou parcial, ela nem sempre é realizada sem dificuldades, podendo ocorrer resistências (COLAS et al., 1994).

As discussões públicas sobre o aborto, no mundo, de forma geral, detêm-se aos aspectos legais, ético-religiosos e políticos do procedimento. Segundo Espírito Santo (2003), direitos do feto, da mulher, princípios religiosos e constitucionais rivalizam entre si com concepções diferentes.

Atualmente, no Brasil, o aborto, atualmente, é criminalizado. O código penal discorre três condutas típicas de abortamento: 1) Art. 124: aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento; 2) Art. 125: aborto provocado por terceiros sem o consentimento da gestante e 3) Art. 126: aborto com o consentimento da gestante (REDE SAÚDE, 2000a).

O Código Penal Brasileiro no artigo 128, do Decreto-Lei, nº 2848 de 07/12/1940, diz que não se pune o aborto praticado por médico: se não há outra maneira de salvar a vida da gestante; e se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal, seguindo as limitações impostas pela prática médica: até 12 semanas, limitando sua prática ao período em que o feto é definido como embrião (COLAS e et al., 1994).

Quanto ao futuro da lei, Peres (1999) relata que, se aprovado, o novo Código Penal vai permitir o aborto em mais uma situação, ou seja, anomalias graves e irreversíveis, em que o feto não tem chance de sobreviver, tornando o processo mais simples e minimizando a dor de mulheres, pois algumas só conseguem o alvará, autorizando a interrupção da gravidez, depois do parto, durante o qual o filho já nasce morto. Ressalta que, em 1940, quando entrou em vigor o atual Código, os exames pré-natais se limitavam à ausculta do coração do bebê, à mensuração do abdômen e da pressão arterial da mãe. O ultra-som que permite diagnósticos de anomalias precocemente, só chegou ao Brasil em 1975. Desde então, a ciência

caminhou muito, mas a lei não mudou.

Quanto ao Programa de aborto legal por estupro, embora polêmico, tem-se atendido, no Hospital Jabaquara em São Paulo, pacientes de vários credos religiosos e que, apesar de serem contra o aborto em outras situações, nesta em particular sentem alívio expressivo após o procedimento, não tendo, segundo Colas et al. (1994) até o momento, nenhum caso de arrependimento dessas mulheres. Alguma crítica neste caso é a exigência de Boletim de Ocorrência (BO) e o laudo do Instituto Médico Legal (IML). Os autores acrescentam que apesar desses documentos não serem exigidos legalmente pelo Código Penal Brasileiro, confirmam que o estupro é um crime hediondo, e como tal, deve ser denunciado pelo bem da sociedade.

No entanto, estes documentos têm sido recomendado pelo Ministério da Saúde desnecessariamente. Loureiro; Vieira (2003) revelam em seu estudo que a lei não faz exigência desses documentos para a prática do aborto legalizado, mas que é um hábito nos serviços. Os autores acrescentam que isso acontece pelo medo de serem acusados de interromperem a gravidez que não tenha sido, na realidade, um estupro, mas que esse temor não tem justificativa porque se isso acontecer, o médico estará isento de punição com base nas circunstâncias (Loureiro; Vieira, 2003).

A ilegalidade parcial do aborto não impede a sua prática, feitas em clínicas particulares, com preços altos para sua realização ou como muitas vezes acontece, em condições precárias, impossibilitando a assistência satisfatória às mulheres que recorrem a ele, com maior risco de morbi-mortalidade, tornando-se um problema não apenas de direito penal, mas de saúde pública. Assim, Espírito Santo (2003) alerta como fundamental o aspecto econômico ao fazer uma análise dos abortos no país.

A discriminação e os agravos à saúde, impostos às mulheres, por razões culturais, legais e religiosas que envolvem a questão, têm contribuído para a precariedade da assistência e para o aumento de complicações. Segundo Espírito Santo (2003), o Brasil tem se mostrado incapaz de frear o elevado número de abortos feitos na clandestinidade que apesar de imprecisos, são alarmantes.

No Brasil, o aborto é um dos principais responsáveis por altos índices de morbidade e mortalidade materna, existindo poucas informações sobre a frequência que ocorre este diagnóstico.

Segundo Schor; Alvarenga (2001) há estimativas, no Brasil, de que sejam

praticados 2,5 milhões de abortos por ano, o que equivale a um total de 6.850 abortos por dia, 285 por hora e 5 por minuto.

Mariutti et al. (2003) em estudo realizado com dados do DATASUS/MS, buscando avaliar a distribuição de diagnósticos de aborto por região, estado e município, no ano de 2002, observaram que a taxa de internações, por 1.000 mulheres em idade fértil, segundo regiões do Brasil é maior no NE, seguido das regiões N, SE, CO e S. Quanto aos estados, Amapá (N) aparece com maior taxa e na classificação dos 50 municípios do Brasil, a Bahia aparece com 21 municípios.

No contexto da mortalidade materna, a incidência de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total de óbitos (dados do Sistema de Internação Hospitalar/ SUS), ocupando em geral o terceiro lugar entre suas causas com variações entre os estados brasileiros, segundo dados do Sistema Único de Saúde. Ocorre um aumento entre as adolescentes tornando-se uma grande preocupação para o governo e para a sociedade. O número de abortos é estimado de 1,4 milhões por ano no Brasil e 50 milhões por ano no mundo (SOUZA et al., 2000).

No entanto, Andalaft Neto 2003 apud Loureiro; Vieira (2003) revela que as mais atuais estimativas do número de abortos no Brasil têm uma variação de 730 a 940 mil por ano. Como podemos observar essas estimativas são extremamente variáveis pela falta de informações, confiáveis e pelas condições que o tema do aborto têm no país.

Espírito Santo (2003) aponta ainda que o debate moral entre instituições religiosas e científicas é controvertido, sendo assim, o aborto é destacado nas polêmicas sociais e a questão moral torna-se obstáculo para a busca de soluções para o problema. Ressalta ainda que a temática do aborto, mais que um debate acadêmico e trata-se de um problema cuja discussão passa por valores culturais que auxiliam na formação da sociedade com normas e leis. Acrescenta que, culturalmente, admitir o aborto contrapõe-se à identidade feminina socialmente construída de que a mulher tem seu valor sublime na maternidade, tratando-se de um assunto em que são colocados numa única situação a vida e a morte, um evento que mobiliza valores éticos e morais do ser humano, mediados social e culturalmente.

Na política brasileira, alguns representantes empenham-se em fazer cumprir a lei brasileira, isto é, a realização do aborto nas duas situações legais: risco para a mãe

e casos de estupro que apesar de ter mais de 60 anos, encontra resistências. O primeiro Programa de Aborto Legal, implantado no Município de São Paulo, foi em 1989, no Hospital Jabaquara. Segundo Colas et al (1994), os hospitais, na maioria das vezes, se negam a efetuar os referidos atendimentos legalizados e os próprios profissionais da área médica não se comprometem a executar a interrupção da gestação uma vez que o Código de Ética Médica lhes faculta o direito de não fazê-lo. Andaluf Neto (1999) declara que, em 10 anos de atendimento legal de aborto no Brasil, foram realizadas aproximadamente 400 interrupções previstas por lei. Até 1997, apenas 17 hospitais em todo o Brasil, distribuídos em 7 Estados, se propunham a realizar o aborto nos casos previstos por lei (REDE SAÚDE, 2000b).

No entanto, dados mais recentes do Ministério da Saúde enfatizam que os serviços de referência para atendimento às mulheres em abortamento previsto por lei vêm aumentando e atualmente há, aproximadamente, 82 serviços, sendo que 44 deles realizam a interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, dos quais a maioria está situada na região Sul e Sudeste e a região Norte conta com o menor número (BRASIL, s/d).

Penso que ao se cumprir a lei, abre-se para as mulheres a "possibilidade" de uma assistência mais adequada, com orientação, aconselhamento e encaminhamento para serviços de contracepção, planejamento familiar e de apoio às vítimas de violência sexual, quebrando o círculo vicioso que costuma trazê-las de volta ao mesmo lugar: uma nova gravidez não planejada.

A Organização Mundial de Saúde (2001) estima que sejam praticados quatro milhões de abortos por ano no mundo causando seqüelas e mortes. Assim, é importante pensar no dilema das mulheres diante da gravidez não planejada. Lima (1999) fala da necessidade de uma legislação que regulamente a interrupção da gravidez com pretensão de ajudar a sociedade a passar da prática do aborto clandestino à sua realização em condições seguras e menos traumáticas. Assim, legalizar o aborto não significa praticá-lo indiscriminadamente, mas oferecer condições adequadas a essas mulheres.

É mais viável à sociedade discutir e fazer aprovar uma lei que garanta à mulher, a interrupção da gravidez com autonomia e capacidade de tomar suas próprias decisões com responsabilidade, dialogando com todos os setores, não se

tornando refém de instituições que ditam o que é permitido ou proibido, numa visão única e universal, escutando a consciência coletiva e decidindo o que é mais conveniente (LIMA, 1999).

Segundo Lima (1999), é preciso pensar quais são as condições que o Estado tem oferecido às mulheres ou aos casais no que se refere à constituição de uma família e que espécie de planejamento familiar tem sido oferecido pelo serviço público para atender às necessidades da população. A autora acrescenta ainda que é preciso listar as condições de miséria em que vive a população de baixa renda e que questões como estas têm forçado uma compreensão mais ampla, que contextualiza o aborto como uma questão social e individual, dentro do debate dos direitos sexuais e reprodutivos, necessitando encarar a realidade e clarear o que significa para as mulheres enfrentar um sistema social que lhes nega melhores condições econômicas, sociais e, até mesmo, psicológicas.

Para Pimentel; Pandjarjian (2000), a lei brasileira fere a autonomia e os direitos humanos das mulheres, afetando-as de maneira distinta segundo seus recursos econômicos, violando o princípio de justiça e equidade, sendo que ao Estado cumpre garantir os direitos humanos fundamentais dos indivíduos e promover a justiça social mediante políticas e leis adaptadas à realidade social do momento, sem pretender estabelecer ou impor uma moral pública única. A autora revela que, ao contrário do que se imagina, os países que legalizaram o aborto provocado e criaram programas acessíveis de planejamento familiar, combinados com um acesso efetivo à informação, tiveram como consequência a diminuição do número de abortos realizados. Acrescenta que no tratamento jurídico brasileiro tradicionalmente dado ao aborto, a responsabilidade recai somente sobre a mulher, por isso defende condições de saúde e dignidade para os casos de abortamento provocado quando o casal ou, em última instância, a mulher, não se sinta em condições (sociais, econômicas, psicológicas) de levar ao fim uma gravidez indesejada.

Pimentel; Pandjarjian (2000) lembram ainda que a dificuldade no enfrentamento do tema do aborto se dá, também, do ponto de vista das diferentes concepções acerca da sexualidade humana, de seu exercício e de como a sociedade e os indivíduos dão (ou não dão) conta dessa questão. Enfatizam que nenhuma mulher quer abortar; mas, quando precisa abortar, o que ela necessita – além de assistência

social, médica, jurídica e psicológica – é, mais do que tudo, afeto, solidariedade, tolerância, respeito. Segundo essas autoras, o Código Penal não visualiza as mulheres como pessoas e conceituam a figura da “gravidez forçada” como aquela que a mulher considera como um risco para sua integridade, saúde e também para sua vida, por diversos motivos como falta de condições sociais, econômicas e emocionais para cuidar de uma criança. As causas mais comuns de uma gravidez não planejada são: falta de informação adequada e/ou dificuldade de acesso a métodos anticonceptivos, falha dos mesmos, estupro, incesto, relações forçadas, precariedade sócio-econômica.

Gollop (2000) ressalta que quanto às anomalias fetais, as leis brasileiras concernentes ao aborto representam obstáculos à conduta ética do especialista em Medicina Fetal. Frequentemente, casais não desejariam ter um filho com alguma síndrome ou anomalia congênita grave e, quando a paternidade é desejada, o diagnóstico pré-natal oferece a oportunidade de evitar o nascimento de uma criança que nascerá, porém acometida por distúrbio grave e incurável. Atualmente, não há qualquer perspectiva de amparo legal a esses casais, sendo necessário autorização judicial para empreender, legalmente, um aborto sob tais circunstâncias. Por outro lado, há argumentos éticos para apoiá-los.

Azevedo (2000) aborda a questão do aborto fundamentada em conhecimentos pertinentes à Genética e à Bioética. Sob este enfoque, ela propõe examinar a realidade biológica do recém concebido em busca de evidências que apontem para o debate se o embrião humano é ou não vida humana desde a fecundação e, sendo vida humana, se existem circunstâncias biológicas nas quais se torna lícito e eticamente aceitável a interrupção da gestação. No cenário mundial, o início da vida humana a partir do zigoto não tem aceitação geral, ocorrendo discordâncias e as sugestões fundamentam-se no surgimento de estruturas em diversas fases da embriogênese.

No início de 1980, surgiram as primeiras demonstrações da possibilidade de realização da terapia gênica, isto é, uso de genes em lugar de drogas para tratamento de doenças genéticas e não-genéticas. Entretanto, se por um lado alguns pesquisadores admitem que na fase pré-implantação não existe vida humana e por isso justificam considerar o embrião como não-pessoa, por outro, o próprio progresso científico demonstrou ser possível o tratamento gênico nesta fase e fazer com que o feto desenvolvido venha a nascer curado da doença genética de que era portadora.

Assim, para os favoráveis à terapia gênica, a presença potencial da pessoa é a justificativa da prática. Por outro lado, para os defensores do aborto, é exatamente a negação dessa presença que justifica sua prática (AZEVEDO, 2000).

Almeida (2000a) relata que a questão bioética do aborto está claramente vinculada ao conceito de início de vida, por outro lado, há razões práticas, eminentemente sociais, da gravidez de alto risco, da gestação indesejada, do aborto clandestino e muitas outras. Numerosos projetos de lei estão no Congresso Nacional: desde o mais retrógrado que propõe a remoção do estupro como motivo para abortar, até aquele que propõe a descriminalização total do aborto.

Essas leituras confirmaram meu interesse no tema. Vejo o aborto envolto num emaranhado de opiniões religiosas, jurídicas, éticas, morais e culturais. Discussões sobre o direito de decisão, o direito à vida, a lei e os abortos clandestinos, o problema como saúde pública, a questão da ciência e o avanço tecnológico (redução embrionária, aconselhamento genético e o aborto eugênico), as circunstâncias individuais das mulheres (relacionamento com o parceiro, número de filhos, ter trabalho ou não, condições sócio-econômicas, desejo de ser mãe, acesso a métodos, nível de instrução, histórias de vida, vícios e prostituições), o planejamento familiar e a descriminalização do aborto permeiam o tema.

Outra questão é o papel dos profissionais de saúde e os aspectos relacionados à sua prática como: sua formação que prioriza o aspecto biológico em relação a outras dimensões do ser humano; a priorização da cura; e muitas vezes, o uso camuflado da lei para justificar a não realização de alguns procedimentos que beneficiariam o cliente. Entendo que preparados para o evento da vida e para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da área de saúde quando presenciam a "morte", sentem-se despreparados e constrangidos, sem saber como lidar, pois estão mais preparados e são treinados para salvar vidas, colocando na maioria das vezes, a morte como fracasso e não como parte do ciclo vital humano (KUBLER ROSS, 1989). Então, como profissional de saúde, preocupei-me e inquietei-me em compreender como, as mulheres que estão na situação de abortamento e necessitam de cuidado de enfermagem, o reconhecem. Relato aqui a trajetória realizada que subsidiou a minha investigação.

1.1 APROXIMANDO-ME DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO.

Na graduação, após tomar conhecimento do local onde teria acesso às mulheres em situação de abortamento, a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, propus-me a realizar um estágio no setor de Ginecologia e Obstetrícia de forma a aproximar-me das mesmas, convivendo assim, com mulheres em diferentes situações de internação em situações de urgência ligada à mulher, o que inclui o aborto. Os casos de aborto mais freqüentes são: aborto incompleto (quando restos fisiológicos não foram expelidos naturalmente, necessitando de curetagem uterina), inevitável (quando o feto é expelido independentemente de intervenções terapêuticas), completo (houve expulsão completa de restos fisiológicos, não necessitando de curetagem uterina), infectado, retido e outras complicações decorrentes do aborto, vítimas de abusos sexuais, às vezes pelos próprios parceiros e de agressões físicas. Expressões de angústia, medo, inquietação, indiferença foram percebidas e se acentuam à medida que o desconforto do aborto evoluía.

Assim realizei meu trabalho de Iniciação Científica, buscando compreender o significado da situação de abortamento para essas mulheres e utilizei para este estudo, a Metodologia de Investigação Fenomenológica. Ao analisar os dados, a partir de seus discursos, facetas evidenciadas poderiam ser utilizadas pela enfermagem para nortear sua assistência, destacando-se entre elas a possibilidade da mulher expressar sua dor fisiológica e existencial, independente da causa do aborto, lembrando que não se trata de uma decisão individual, mas que envolve circunstâncias e histórias de vida. Mostrou-se como uma experiência que requer uma hospitalização desconfortante, pois apesar do tempo de internação ser curto, a ansiedade e o desejo de ir para suas casas eram grandes pelo medo de que pessoas significantes descobrissem o ocorrido. Essa experiência pode ser apreendida também pelo sentimento de culpa ou medo de ser culpada, por causa dos parâmetros valorativos da sociedade. Ambas, mulheres com abortos espontâneos e com histórias sugestivas de abortos provocados sentiam culpa ou medo de serem culpadas, por ser o aborto considerado um crime e envolvido por diversos valores, sendo que as mulheres com abortamento espontâneo se culpavam por não conseguir levar sua

gravidez adiante, procurando um motivo. Revelou-se ainda como uma experiência que envolve preocupação com o corpo, com a integridade do mesmo, pela possibilidade de complicações advindas do procedimento e pelo medo de não poder gerar uma criança futuramente. Assim, é uma experiência que traz o desejo de rever seus projetos de vida, mudar os rumos, trabalhar, rever seus relacionamentos, melhorar a educação dos filhos e planejar-se. Esse momento mostrou-me fecundo para orientá-las, pois segundo a perspectiva fenomenológica, a intencionalidade de suas consciências está começando a voltar-se para a importância do uso de métodos contraceptivos (MARIUTTI; BOEMER, 2003).

Em minha proposta de compreensão do significado da situação de abortamento, aos olhos da mulher que o vivencia, percorri uma trajetória metodológica que me possibilitou o desvelamento de facetas que apontaram para situações que pediam o assistir e trouxeram à luz perspectivas de compreensão desta experiência que poderiam se constituir em subsídios para nortear uma assistência a essas mulheres que contemplassem o seu experienciar. Pude perceber que tal assistência não poderá percorrer o caminho da elaboração de modelos normativos, uma vez que a questão do aborto é essencialmente singular e envolve todo um contexto (MARIUTTI; BOEMER, 2003).

Ao realizar este estudo, percebi a importância da reflexão dos profissionais sobre suas posturas, pois, apesar de não se ater em identificar a etiologia do aborto, obviamente que a história clínica, o exame físico e as histórias de vida sinalizavam, em alguns casos, para a intencionalidade no ato de abortar.

Observei, nessa primeira aproximação, que alguns profissionais da Enfermagem, no ato de cuidar de mulheres em situação de abortamento, o faziam de forma diferente dependendo da provável etiologia do aborto, isto é, mulheres com histórias sugestivas de aborto provocado eram vistas como irresponsáveis, frias e, às vezes, até criminosas. Entretanto, penso que o cuidado deveria ser de ajuda e orientação, proporcionando um atendimento que contemple sua situacionalidade e temporalidade.

Em um estudo que enfoca o significado do cuidado do paciente com AIDS, aos olhos dos profissionais de enfermagem revelou essa mesma vinculação, relatando ser este cuidado envolvido por sentimentos de medo, de receio e de pena do

indivíduo se o vírus foi adquirido por transfusão sangüínea; no entanto, é envolvido também por censura e julgamento nos casos de homossexuais, drogaditos e prostitutas (DRESLEY; BOEMER, 1991).

Pude notar que as mulheres têm outras necessidades, como educação e o pronto acesso a uma assistência integral. Tarefa que, segundo Mariscal (2001), está nas mãos de todos nós por meio de uma educação sexual mais acessível, sincera, científica, vinculada aos direitos individuais e à realidade social, tendo componentes multifatoriais. Nessa perspectiva não existe somente um responsável, pois há falhas institucionais no setor de saúde quanto à acessibilidade da educação sexual com respeito e liberdade o que, segundo o autor, inclui a responsabilidade livre de mitos e tabus, mas que falem dos riscos em geral; existindo, também, falhas na dinâmica familiar.

Assim, o cuidado de enfermagem se mostrava insatisfatório a essas mulheres, sendo visto preponderantemente no aspecto biológico, desconsiderando todo seu contexto e individualidade, faltando informações e um certo preconceito para com aquelas com histórias sugestivas de aborto provocado.

Na prática, observei que a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres, na maioria das vezes, atende apenas aos aspectos biológicos, não considerando-a como um ser com todo um contexto de vida, medos, aspectos familiares, ambientais, educacionais, culturais e econômicas, isto é, o cuidado tem um enfoque acentuado no fazer técnico, com pouca atenção para outras dimensões e com deficiência na formação profissional para o atendimento em algumas situações como aborto provocado e caso de estupro.

E assim, da intersecção desses caminhos que percorri: leituras, filmes, aulas, apresentações e reuniões individuais, estágios, meu trabalho de Iniciação Científica e também a minha experiência durante a graduação de cuidar de mulheres na ocorrência de abortamento, com as quais pude vivenciar e compartilhar sua situação nos diversos contextos relacionados aos casos de aborto (estupro, violência sexual, perda espontânea ou não) sensibilizou-me, levando-me a inquietação de como elas viam o cuidado que recebiam, nascendo assim meu interesse pela questão do aborto referente ao cuidado de enfermagem.

Isso deve ao panorama com o qual defrontei e que me inquietou, no ato de

cuidar dessas mulheres levantando questionamentos acerca de como o profissional lidava com esse tema polêmico e como as mulheres percebem o cuidado a elas ministrado e seus sentimentos acerca dele.

Considero as intervenções de Enfermagem importantes no conjunto de ações com vistas a assistência integral considerando que seu ato de cuidar envolve uma proximidade física, um maior acesso ao corpo. Há de se considerar ainda que um grande contingente do pessoal de Enfermagem é constituído por mulheres, implicando, de certa forma, em um relacionamento entre cuidador e paciente potencialmente empático, no qual a cumplicidade, a parceria e a comunhão de questões ligadas ao exercício de ser-mulher podem estar presentes. Sendo assim, me voltei para pensar no corpo como elemento do cuidado, sendo que o sujeito cuidado anseia por compreensão, reparo, adaptação, zelo, ética, respeito, discrição, enfim, que anseia ser cuidado como um ser humano, com dignidade e cidadania.

Frente a essas considerações busquei, nesse estudo, responder à seguinte questão norteadora: Como o cuidado de enfermagem é reconhecido por mulheres em situação de abortamento?

2. EM RELAÇÃO AO CUIDADO

Ao descrever minha trajetória e buscar, através dos passos percorridos, momentos que despertaram meu interesse pelo atual estudo, busco salientar que o curso de enfermagem enfatiza o cuidar numa abordagem voltada às necessidades básicas do paciente, visando atendê-lo como um todo. Entretanto, havia diferença entre a teoria e a prática, sendo que a prática mostrava-se, muitas vezes, insatisfatória para concretização desses objetivos.

No decorrer de minha formação e no contato com a prática, observava que a assistência às mulheres revelava-se em dissonância com o que acreditava, pois compreendia o cuidado como um compartilhar empático entre o quem recebe o cuidado e o cuidador.

O contato com as mulheres em situação de abortamento despertou em mim inquietações sobre maneiras de cuidar, sobre como os valores, crenças, culturas e religiões estão presentes no ato de cuidar. Nos momentos em que vivenciei o cuidado dado a elas, pude perceber a discordância existente entre o cuidado ministrado e suas necessidade, percepção esta que me impulsionou à reflexão sobre a assistência de enfermagem na visão dessas mulheres.

Assim, consciente de que a assistência de enfermagem não se limita somente à execução de procedimentos técnicos, mas principalmente ao atendimento às necessidades individuais de cada pessoa, busquei um caminho que levasse à compreensão do cuidar.

Acredito que a mulher em situação de abortamento, antes de mais nada, é um ser com características próprias e com capacidade de escolher caminhos que estabeleçam um ambiente favorecedor, na medida do possível, para o desenvolvimento de vínculos de confiança e afetivo, de modo que paciente e enfermeiro sintam-se mais seguros e disponíveis para o cuidado.

Assim, sinto que toda essa trajetória ajudar-me-á no trilhar no meu caminho, como recém formada e me conduzirá ao aprimoramento do processo de cuidar por toda minha carreira futura.

Acredito que o cuidado de enfermagem à mulher em situação de abortamento deva transcender aos cuidados físicos e direcionar-se para a visão integral da mulher.

2.1. O CUIDADO

Segundo Dobahue (1996), o cuidado é uma parte integrante da vida, nenhum ser humano é capaz de sobreviver sem ele. O homem sempre necessitou cuidar. A proteção materna instintiva que se destacou no processo de cuidar foi considerada como a primeira forma de manifestação no cuidado (DOBAHUE, 1996).

Em articulação com o desenvolvimento social, econômico e religioso das diferentes civilizações, o cuidado foi se difundindo na humanidade abrangendo o cuidado aos enfermos, pessoas desamparadas e inválidas. Todavia, durante o período primitivo e medieval, o cuidado aos doentes era praticado por feiticeiros, sacerdotes e, na maioria das vezes, por mulheres que possuíam conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparos de remédios (DOBAHUE, 1996).

Nos séculos iniciais do período Cristão, as práticas de saúde sofreram mudanças. Nesse período marcado pelas guerras, o cuidado ao próximo incorporou sentimentos de afeto, preocupação, solidariedade e responsabilidade (GEOVANINI, 1995).

Nesse contexto, durante séculos, o cuidado de enfermagem foi realizado por mulheres religiosas e abnegadas dedicando suas vidas à assistência aos necessitados. A abnegação e a submissão, na época, consolidaram a enfermagem como uma prática sacerdotal e não como prática profissional (GEOVANINI, 1995).

Geovanini (1995) fala que, na era moderna, os países do ocidente viram-se abalados pelas revoluções industrial e francesa, precursoras de uma mudança social ampla e significativa. Entretanto, as mudanças políticas na época, impondo ao trabalhador uma modificação em sua estrutura social e política, favoreceram o contágio de doenças entre os homens e em consequência, à propagação de doenças transmissíveis (GEOVANINI, 1995).

Nesse contexto, a enfermagem moderna passa por uma transformação na sua prática, tendo como precursora Florence Nightingale que se destacava por suas concepções teóricas, pelo interesse à ciência e por sua participação na luta pelos direitos da mulher (GEOVANINI, 1995).

Segundo Florence, o cuidado deveria ser realizado a partir de uma visão humanística, compreendendo o ser humano em sua relação com o ambiente no qual

está inserido, sendo a cura resultado da organização de condições favoráveis para que a natureza pudesse atuar, restabelecendo a saúde e não apenas como consequência da ação médica e de enfermagem (NIGHTINGALE, 1989).

Para a enfermagem, notáveis foram as contribuições de Florence Nightingale, seus conceitos de saúde, de ser humano e da prática de enfermagem sendo referência e base para sua prática até os dias atuais (GEOVANINI, 1995).

Em 1950, nos Estados Unidos formaram-se organizações com a meta de concretizar a enfermagem como profissão de cunho científico, surgindo entre as enfermeiras a necessidade de um método científico para nortear e organizar a prática assistencial. Com o aparecimento dos marcos teóricos, o pensar na enfermagem aperfeiçoa-se, provocando uma renovação no cuidar do indivíduo, família e comunidade de forma sistematizada, começando a estabelecer seu poder como uma ciência humana (GEOVANINI, 1995).

Watson (1979) afirma que o cuidado de saúde pode ser expresso por rituais que não são apenas gestos, mas um sistema simbólico que tem validade compartilhada. A validade compartilhada se estabelece no cuidado como uma via de mão dupla, um contrato com direito e deveres de ambos, enfermeiro e quem recebe o cuidado. Nesse ritual de intenções, gestos e formas estão implícitos os aspectos culturais desse ser humano, dono do corpo que cuidamos assim como do cuidador que pratica o cuidado.

Assim, para uma interação mais efetiva é importante compreender o que se passa com esse ser, e quando menciono compreender não relaciono a um modo de conhecimento, mas à capacidade e ao esforço que devemos empreender para colocarmo-nos na posição do outro, buscando estabelecer uma relação empática, pensando no outro, em sua própria perspectiva e reconhecendo a sua própria vivência.

O cuidado então deve ser construído a partir das experiências de vida, oportunidade em que acontecem trocas, aprendizados e desenvolvimentos mútuos, exigindo que ambos revelem o seu ser e resgatem a humanidade existente em cada um, ocorrendo em contexto sócio-econômico, geográfico e cultural, repleto de valores pessoais, princípios morais, no qual o cuidador e o ser-cuidado sofrem influências. A influência do ambiente e os papéis do ser-cuidado e do cuidador são

reconhecidos, assim como os atributos essenciais para aqueles que cuidam. Além disso, os sujeitos do cuidado demonstram-se sensíveis às emoções dos cuidadores durante o processo de cuidado (WATSON, 1979).

Contudo, Ray (1991) afirma que não se pode alcançar uma verdadeira consciência do cuidado somente através do conhecimento da análise filosófica e /ou explicações científicas, mas ele deve ser compreendido e sentido na experiência de vida de cada um, sendo o cuidado uma experiência vivida, um conhecimento pessoal interior, desenvolvido a partir do modo do indivíduo ser-no-mundo.

Em consonância com o ponto de vista dessas autoras, trabalhos em enfermagem têm buscado elucidação teórica do cuidar/cuidado mediante estudos quanti-qualitativos que contemplem a perspectiva e experiência aos olhos da pessoa que necessita deste.

Muitas pesquisadoras americanas buscaram conhecer a perspectiva dos clientes quanto ao cuidar/cuidado. Por outro lado, o estudo de Chipman (1991) investigou comportamentos de cuidar, segundo a perspectiva do enfermeiro, identificando como ele os entendem como comportamentos humanísticos, tais como: dar de si, ir ao encontro das necessidades dos clientes e prover medidas de conforto para o cliente e sua família. Este estudo demonstra a valorização da Enfermagem quanto às habilidades psicossociais e de competência técnica, como indicativos de cuidado. As habilidades psicossociais foram levantadas no estudo de Drew (1986), a qual descreveu as impressões de cliente sobre os cuidadores, e revelou que eles têm expectativas que o cuidador seja alegre, brincalhão, que aprecie o que faz, demonstre serenidade, carinho, ternura e que utilize a linguagem corporal, como o toque, a proximidade, o olhar, o não julgamento de sua condição e o não preconceito.

Essa citação faz lembrar a situação de abortamento, que independe da etiologia do aborto, aponta para o cuidado durante a hospitalização buscando aproveitar este momento em sua dimensão pedagógica, conversando abertamente sobre os métodos contraceptivos, as resistências à esses, relacionamento afetivo, anseios e dúvidas. O momento da alta é muito importante para que se implemente ações que previnam ocorrências repetidas de abortamento. O papel de profissional de saúde é também de educador, atuando na promoção da saúde. Assim, é um momento para ajudar essas mulheres, orientá-las e refletir com elas sobre os caminhos por elas

percorridos e como torná-las agente de mudança do curso de suas vidas.

Embora os trabalhos de Enfermagem e os profissionais tenham suas próprias experiências vividas e conceitos de cuidar/cuidado, faz-se necessário conhecer a perspectiva do cliente para realizarmos uma análise bidimensional desses conceitos tão utilizados e valorizados por nós.

Nesse sentido, no decorrer de toda esta trajetória, meu interesse se volta para a mulher em situação de abortamento, necessitando compreender outra face desse tema: a mulher em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem.

Importa saber como as mulheres em situação de abortamento reconhecem o cuidado de enfermagem, utilizando para isso suas falas, expressões faciais e gestos.

3. OBJETIVO

A proposta deste estudo é compreender como as mulheres internadas em um hospital público, em decorrência da situação de abortamento, reconhecem o cuidado de enfermagem.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

Pela natureza desta investigação, considero que a abordagem qualitativa seja a mais adequada, uma vez que procura centrar a atenção no indivíduo, com a finalidade de compreender os fenômenos estudados.

Esta abordagem caracteriza-se como um método de compreensão e de reflexão sobre um tema. Foram essenciais as leituras referentes à Pesquisa qualitativa e considerei importante essa colocação de Minayo:

...interessa em estudos com segmentos sociais especiais, trabalhar com a lógica interna do grupo, recuperando a definição da situação oferecida pelos próprios sujeitos envolvidos, assim como as significâncias e relevâncias que expressam através de seus relatos (MINAYO, 1994, p.24).

Esse tipo de investigação possibilita refletir sobre questões que nos inquietam a partir das falas dos sujeitos que, submetemos à análise, os quais trazem significados, auxiliando na compreensão da problemática levantada.

Conforme Minayo (1996) a pesquisa qualitativa responde questões particulares e se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de significados, motivos, valores aspirações e atitudes, o qual segundo a autora, corresponde a um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1996, p.22).

Assim, este estudo é de abordagem qualitativa do tipo exploratório e descritivo, no qual utilizei a técnica de análise de conteúdo, desenvolvida por Bardin que a definia como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que

permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Segundo Minayo (1996), seus primeiros experimentos estavam voltados para a comunicação em massa e até a década de 50 predominava o modo quantitativo da técnica que significava a contagem da frequência da aparição de características nos conteúdos das mensagens veiculadas, tendo evoluído para uma análise mais qualitativa.

4.1. O ACESSO AOS SUJEITOS DO ESTUDO

As interações com as mulheres em situação de abortamento ocorreram durante sua internação num período de no mínimo 20 horas de internação, considerando que a média de permanência de cada internação para as mulheres com diagnóstico de aborto, é de um a dois dias, e em alguns casos três dias. A inclusão das mulheres como sujeitos do estudo se deu através da constatação do diagnóstico de aborto, independente da faixa etária e da etiologia e ocorreu a partir da concordância das mesmas em participar das entrevistas com ou sem gravação e após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo I) e o número de mulheres entrevistadas foi determinado pela exaustão das falas registradas nas entrevistas.

Portanto, para desenvolver esse estudo, não me baseei no critério numérico para saturação da amostra. Minha preocupação centrou-se no conteúdo das interações, no sentido de garantir que refletissem as experiências vividas pelas mulheres ao serem cuidadas na situação de abortamento.

O acesso aos sujeitos para desenvolvimento deste estudo foi no local onde ocorrem as internações de mulheres em situação de abortamento: a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Os dados foram coletados nas enfermarias do Setor de Ginecologia e Obstetrícia, junto às mulheres internadas com diagnóstico de aborto, independentemente de serem encaminhadas para a curetagem. Realizei, então, entrevistas individuais que foram desenvolvidas a partir das questões: **Como você**

reconhece o cuidado de enfermagem que está recebendo? Você pode descrever para mim? Para as mulheres que consentiram foi usado um gravador, cujo objetivo foi registrar suas falas com maior fidedignidade, permitindo à pesquisadora observar e anotar linguagem gestual e expressões faciais que reforçavam os conteúdos dos discursos.

Assim, no mês de janeiro de 2003 iniciei, neste local, um teste piloto realizando interações com o intuito de conhecer melhor a realidade, aproximar-me das experiências dessas mulheres, procurar a maneira que seria mais adequada para abordá-las e atentar para as questões que atendessem o foco do estudo.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio, junho e julho tendo sido entrevistadas treze mulheres, o que foi suficiente para a análise, considerando que os discursos mostravam nas convergências e nas diversidades, perspectivas vividas por cada mulher relacionadas ao cuidado de enfermagem.

4.2. O LOCAL E A FORMA DE COLETA DOS DADOS

Baseando-me nos critérios estabelecidos por Minayo (1994) e Triviños (1992), os quais revelam que, para o desenvolvimento de entrevistas, devemos cuidar para que, após o consentimento do sujeito, ela seja realizada num ambiente, no máximo possível, reservada e, gravada quando consentida, sendo posteriormente transcrita na íntegra, mantendo o anonimato dos participantes.

Garanti, também, aos sujeitos, aspectos importantes como minha apresentação formal, o motivo do estudo e a garantia do sigilo sobre seus nomes verdadeiros, sendo que a escolha dos nomes fictícios foi feita pela pesquisadora. E ao fim das interações, dei oportunidade para que as mulheres pudessem pedir informações e fazer perguntas pertinentes ao tema.

O local da coleta de dados foi as duas enfermarias do Setor de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – Unidade de Emergência. O encontro com cada mulher se deu após apresentar-me e solicitar sua autorização para gravar seu relato, explicando que o gravador ficaria próximo a ela e que, no decorrer da entrevista, ela poderia desligá-lo se o fato de estar gravando viesse a afetar, de alguma forma, sua disponibilidade para falar. Assim, expunha as questões: **Como você reconhece o cuidado de enfermagem que está recebendo? Você pode**

descrever para mim? Quando não houve sua concordância em gravar realizei um relato escrito da entrevista, logo após despedir-me, buscando transcrevê-lo com a maior fidedignidade possível.

4.3 A PROPOSTA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados ocorreu através de falas, atos, expressões faciais e olhares das mulheres, os quais são muito reveladores e que contemplam a sua esfera existencial, para além da biológica.

Os dados coletados, por sua própria natureza e subjetividade, foram analisados qualitativamente, sendo sistematizados conforme a técnica de análise de conteúdo, mas especificamente através da análise temática, proposta por Bardin (1977) com o objetivo de analisar os significados das falas: "esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe a comunicação e cuja presença, frequência de aparição podem significar alguma coisa com o objetivo analítico escolhido" (BARDIN, 1977, p.105).

Bardin (1977) propõe uma organização diferentemente em pólos-cronológicos: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, o qual inclui inferência e interpretação.

A pré-análise corresponde a um período que tem por meta sistematizar e operacionalizar as primeiras idéias que fundamentaram a interpretação. Neste momento, deve-se ter contato com os discursos, lendo-os e este procedimento chama-se leitura flutuante. Ao ler os discursos, este vai tornando-se mais claro em função das hipóteses que emergem e nesse sentido, Bardin (1977) considera a hipótese como uma suposição que se mantém suspensa, enquanto não for posta a prova.

Bardin (1977) salienta, no entanto, que muitas vezes o pesquisador é baseado por hipóteses implícitas, que necessitam de revelação, pelo fato de poderem introduzir desvios nos procedimentos e nos resultados.

Assim, na busca por analisar o cuidado de enfermagem vivenciado pelas mulheres, após ouvir o seu dizer, passei à leitura atenta dos treze depoimentos, buscando analisar nas suas falas como elas o reconheciam. Procurei voltar o meu

olhar para o cuidado, despojando-me de conceitos sobre a temática, no intuito de compreendê-la, nesse momento, que vivencia o processo de ser-cuidada em situação de abortamento. Assim, para encontrar os núcleos temáticos, tomei os discursos, lendo-os com atenção novamente, tantas vezes que se fizeram necessárias. Nesse momento, destaquei trechos significativos e transformei-os em categorias, mantendo-os como foram expressos pelas mulheres. Em sequência, procedi a codificação das categorias temáticas, buscando realizar uma análise da fala do sujeito. E assim, das falas das mulheres, articulada ao que pude vivenciar e às observações que emergiram ao estar mais próxima a essas mulheres, foi configurando-se a descrição do cuidado de enfermagem à mulher na situação de abortamento.

A análise dos dados, de acordo com Minayo (1996), é o momento em que procuramos estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos do pesquisador. Segundo a autora “assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática” (MINAYO, 1996, p. 79).

5. APRESENTANDO OS RESULTADOS

5.1. RECONHECENDO AS MULHERES ESTUDADAS

Durante meu encontro com as mulheres, pude conhecer um pouco de suas vidas, assim vale ressaltar algumas características das treze mulheres, com as quais interagi, cujas idades situavam-se entre 20 a 45 anos. A idade gestacional variou de 9 semanas a 22 semanas. Cinco dessas mulheres relataram ser solteiras, três casadas e cinco amasiadas. O nível de instrução variou do analfabetismo ao 2º grau completo. A renda familiar mensal variou de R\$ 250,00 a R\$ 3.000,00. Quanto à ocupação: uma era estudante; três do lar, duas desempregadas, quatro domésticas, duas balconistas e uma funcionária pública. Dentre as treze, três relataram ser a primeira vez que engravidaram (primigestas) e, para as outras, o número de filhos variou de um a quatro. Três revelaram já terem passado pela situação de abortamento, anteriormente. Dessas mulheres, apenas duas haviam planejado a gravidez. Quanto ao uso de métodos contraceptivos, oito revelaram não fazer uso de nenhum tipo de método, três estavam tomando pílula, mas haviam interrompido seu uso; segundo elas para melhora dos efeitos colaterais, uma delas relatou estar tomando pílula, mas esqueceu alguns dias, outra relatou que o condon estourou. Onze delas residiam em Ribeirão Preto e as outras em cidades da região.

Para garantir e preservar o anonimato, as mulheres foram identificadas por nomes fictícios. No sentido de situá-las em relação a algumas características sócio-demográficas e obstétricas apresento o Quadro I.

Quadro I: Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-demográficas e obstétricas.

	Nomes fictícios	Idade	Estado Civil	Idade Gestacional	Diagnóstico do aborto	G P A	Uso de Contracepção	Renda familiar em R\$	Ocupação	Procedência	Relação conjugal	Plano de gravidez
1	M ^a Aparecida	31	solteira	21 sem 1 dia	Incompleto	G ₃ P ₁ A ₂	pílula	250	doméstica	São Simão	ótima	não
2	Gilda	28	amasiada	22 sem	Feto morto	G ₅ P ₄ A ₁		300	do lar	Rib. Preto	ótima	sim
3	Fernanda	23	casada	14 sem 1 dia	Infectado/retido	G ₂ P ₁ A ₁		700	doméstica	Rib. Preto	bom	não
4	Vera	21	amasiada	9 sem	Incompleto	G ₁ P ₀ A ₁		1500	do lar	Rib. Preto	ótima	não
5	Lúcia	30	amasiada	11 sem 3 dias	Infectado	G ₄ P ₃ A ₁		900	desemp.	Rib. Preto	bom	não
6	Vânia	20	solteira	22 semanas	Incompleto	G ₂ P ₁ A ₁		600	desemp	Rib. Preto	bom	não
7	Ana	45	desquitada	15 sem 2 dias	Inevitável	G ₁ P ₀ A ₁		1300	funcionária publica	Rib. Preto	ótima	não
8	Eduarda	25	casada	10 sem 4 dias	Incompleto	G ₁ P ₀ A ₁		3000	vendedora	Rib. Preto	ótima	não
9	Adelaide	27	solteira	10 sem	Incompleto	G ₄ P ₂ A ₂		600	do lar	Sta. Rosa	ótima	não
10	Alice	34	solteira	19 sem e 2 dias	Incompleto	G ₃ P ₂ A ₁	condon	300	doméstica	Rib. Preto	bom	não
11	Renata	28	casada	21 sem	Incompleto	G ₃ P ₂ A ₁		500	doméstica	Rib. Preto	bom	sim
12	Júlia	21	solteira	15 sem	Incompleto	G ₂ P ₁ A ₁		400	balconista	Rib. Preto	ruim	não
13	Dulce	26	amasiada	22 sem	Incompleto	G ₄ P ₂ A ₂		750	do lar	Rib. Preto	bom	não

O processo de análise que segui, de acordo com a proposta de Bardin (1977), revela o reconhecimento do cuidado nas falas das mulheres pesquisadas contextualizadas na sua vivência.

Assim, no decorrer da leitura, como já mencionado, algumas palavras e frases sobressaíram denotando a forma como as mulheres percebiam o cuidado. Ao ler exaustivamente, foram encontrados núcleos temáticos comuns constituídos por agrupamento por semelhança de sentido.

A análise temática permitiu então, unir os agregados de sentido das falas das mulheres, cuja frequência ou repetição tivessem significado algo para o objeto em foco. Assim, ao categorizar as falas dos sujeitos emergiram quatro núcleos temáticos que estão apresentados no Anexo 2 e foram denominados como:

- 1) Descrevendo as experiências das mulheres em situação de abortamento
- 2) Descrevendo os medos e as expectativas em relação ao cuidado
- 3) Descrevendo o cuidado durante a internação
- 4) Relatando a falta de identidade do profissional

Acrescento que, compreendo a análise de um estudo como uma aproximação, na qual abre-se possibilidades para investigações futuras e ampliação do conhecimento e não uma conclusão.

5.2. O CUIDADO NA PERSPECTIVA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

5.2.1) Descrevendo as experiências da situação de abortamento e sobre suas vidas.

O contexto de vida das mulheres, sujeitos deste estudo, apontaram para situações que mostraram que o cuidado de si nem sempre é incorporado por elas; e nessa ausência, a gravidez não planejada e o sofrimento que a acompanha podem levar à concretização do ato do abortamento. Assim, circunstâncias expressas nas falas abaixo trouxeram à tona situações vividas nessa direção:

"Um pouco de falta de cuidado minha foi né? Toda uma história...que só eu sei Mas, é uma coisa que a gente não espera...quando você vê, tá feito" (Maria Aparecida)

"...eu nunca deixei de assumir o que eu fui, o que eu fazia...nunca, porque eu não tenho culpa, porque eu não escolhi isso porque eu quis, se eu tô passando por isso é porque eu tinha que passá...ninguém sabe da minha vida, tudo que tenho vivido...porque a gente não escolhe...a pessoa que vai por esse caminho,...de pensamento errado...algum instante ela tinha que passá...porque é muito triste passá por isso, por querer...a dor é grande...então se tá passando...tem motivo...tem um porquê, tem motivos., eu não escondi não" (Adelaide)

Pude compreender, por suas falas, a importância do contexto de vida dessas mulheres, suas histórias e a influência desses fatores na opção pelo aborto. Diante de todo um contexto, elas vêem o aborto como alternativa nesse momento.

Por outro lado, mulheres com histórias sugestivas de aborto espontâneo que apesar da gravidez não ser planejada também mostram seu contexto de vida e a possível influência na perda do feto:

"... morte da mãe e separação do meu namorado, tudo né? então eu me senti um pouco culpada...acho que parece que o nenê sente que a gente não tá bem e até desiste de vim e a gente também não programa direito as coisas né?" (Vânia)

Mariutti; Boemer (2003) afirmam que diferentes situações conferem especificidades diante da experiência de abortamento, como idade, presença ou não

do parceiro, condições de moradia, fatores sócio-econômicos, religião, distância do marido que trabalha fora, desejo ou não de ter filho, aceitação do marido e aceitação da família.

Esses relatos apontam para a importância da compreensão da situação de abortamento para a realização do cuidado à essas mulheres, analisando o contexto sócio-econômico e afetivo em que se encontram, sua história conjugal e de vida.

Há relatos nos quais as mulheres reconhecem que "por trás" do aborto tem sempre um motivo, um porquê e, pelas falas este porquê, quase sempre está relacionado com sua história de vida, como se pode observar pelas falas:

“Porque se acontece isso de abortá sempre tem um porquê né? ...ou perdeu mesmo sem mexer, sem fazer nada, ou provocou e se provocou tem um porquê, sempre tem...vai ver a vida dessa pessoa, vai ver o que essa pessoa pássa....vai lá ver....as vezes também mata por amor, porque sabe que não tem condições de dar amor, carinho, escola e dinheiro.” (Adelaide)

“fica pensando mal de você não é assim sabe? na vida tudo tem um porquê...” (Dulce)

De acordo com essas falas, pude perceber que as mulheres procuram um porquê, um motivo para situação de abortamento. Seus relatos voltavam-se para um discurso de que a vinda de um filho requer condições, carinho, dinheiro, escola e que muitas vezes elas não poderiam oferecer, pelo menos naquele momento.

Em geral, a discussão do aborto está centrada na polêmica do início da vida do feto, numa visão corporativa que nega a realidade dessas mulheres que, na prática, sofrem seqüelas físicas, emocionais, psicológicas e sociais. É, sem dúvida, mais fácil falar ou debater sobre o tema, ao invés de conhecer a história dessas mulheres. Ao conhecer o contexto dessas mulheres e toda a gama de violência que antecede o próprio ato de muitas dessas mulheres, temos que defrontar com a dupla-moral, com a repressão sexual, com a fome, com a exploração da força de trabalho, com o machismo, inclusive com a negociação ou a comunicação sobre a relação do ato sexual com o parceiro e com a política e ideologia de nossa sociedade. Vejo que o problema do aborto pode ser, principalmente, anterior a situação de estar abortando, de toda uma história de vida, inserção social, falta de preparo e informação que fez com que isso acontecesse.

Assim, a situação de abortamento deve ser analisada também em outros aspectos. Heilborn; Gouveia (1999) dizem que o sexo é uma atividade aprendida, como qualquer outra da vida humana, entre elas, tomar banho, comer e que as pessoas são socializadas para a vida sexual, por intermédio da cultura, que determina valores que um determinado grupo social compartilha. A sexualidade se diferencia também, no interior de uma determinada sociedade, tendo significado e exprimindo-se de forma diferente entre grupos sociais diversos. As observações dessas diferenças, que são notáveis entre classes sociais e também entre gêneros (HEIBORN; GOUVEIA, 1999), podem ser acompanhadas através de roteiros sexuais que conformam as trajetórias afetivo-sexuais-reprodutivas das pessoas, sendo que, esses roteiros espelham-se nas múltiplas diferentes socializações como a vida em família, tipos de escolas, acesso a diferentes meios de comunicação, redes de amigos e vizinhança que uma pessoa experimenta em sua vida, mas sobretudo na fase da adolescência e na passagem à vida adulta. As teorias modernas sobre sexualidade afirmam que a experiência sexual dos sujeitos está conectada ao contexto social no qual ele foi socializado e que, essas experiências variam muito conforme a diferenciação dos grupos sociais.

Portanto, o sexo não está desconectado de outras esferas sociais, contudo, as estratégias de intervenção, em sua maioria, não levam em conta a especificidade dos contextos culturais dos sujeitos. As práticas educacionais, freqüentemente, tomam a perspectiva de que o conhecimento (transmissão de informação) é suficiente para alterar a conduta. A cultura, no entanto, implica simultaneamente em um plano consciente e outro inconsciente que determina as ações dos sujeitos (HEIBORN, 2002).

O aborto, quando consequência da gravidez indesejada, em alguns casos imprime importantes obstáculos ao exercício da sexualidade. Mais do que nunca, é necessário inserir a problemática do aborto no conjunto de elementos que compreende o que entendemos por saúde reprodutiva, ou ainda, na esfera dos direitos reprodutivos.

O aborto aparece para algumas dessas mulheres, como uma espécie de destino social, ou seja, como uma consequência do exercício do seu papel de esposa. Por serem esposas, compreendem que devem manter relações sexuais com seus

maridos que, muitas vezes, são resistentes ao uso de métodos contraceptivos, e não raro, forçam-nas ao ato sexual:

"se a gente não cede, a gente não gosta e não faz papel de esposa ou mulher e eles procura na rua, então tem que fazer do jeito que eles querem, a hora que eles querem e a responsabilidade é só nossa" (Adelaide)

Compreendo por essa fala, a relação de assimetria de gênero e o não desenvolvimento do "empowerment", isto é, a capacidade de negociação no exercício da sexualidade e na autonomia para tomada de decisão bem como falta de diálogo que permeia as relações conjugais, fazendo com que essas mulheres submetam-se a relações sexuais e sociais de submissão.

Para Heilborn; Gouveia (1999) há um "constrangimento" feminino, nas classes mais baixas em relação à negociação do uso do preservativo, pois a maioria das mulheres relata dificuldades em dialogar com os maridos sobre o uso da camisinha.

Nesse sentido, Villela (1999) afirma que a epidemia heterossexual do HIV tem atingido mulheres extremamente vulneráveis, pouco escolarizadas, fora do mercado de trabalho, que vivem suas relações conjugais a partir de padrões e posturas de gênero rígidos e tradicionais. Reforça que uma proposta de ensinar a capacidade de negociação sexual com o parceiro só poderá ser eficaz quando fizer parte de uma estratégia de reduzir a vulnerabilidade social dessa mulher. A prática tem privilegiado atribuir à mulher a responsabilidade pela sua autoproteção, o que pode ser compreendido como uma tradição de delegar à mulher a prevenção das consequências da relação sexual, os filhos, dado que a gravidez ocorre em seu corpo e o cuidado com o filho é um encargo dela, que os homens compartilham quando e como desejam. A autora questiona a possibilidade de desconstruir o processo que leva as pessoas a identificarem o feminino e o masculino de forma estereotipada, assinalando como próprio de mulheres ou de homens, sendo necessário desconstruir a identificação do feminino ao oprimido e do masculino opressor.

Na verdade, a desigualdade entre homens e mulheres na sociedade contemporânea ainda se verifica a partir da análise de indicadores nacionais como renda, inserção no mercado do trabalho e lazer, por exemplo, refletindo de algum

modo nas relações de poder que se estabelecem no nível dos indivíduos. Relações sexuais não-consentidas, maus tratos, abandonos material ou emocional, violência física e simbólica e diferentes níveis de fidelidade permeiam as relações entre homens e mulheres. E esse tipo de exercício de poder do homem sobre a "sua" mulher, se apóia na configuração atual das relações de gênero. Apesar da sua emancipação, não raro mulheres, principalmente as de classe social mais baixa, ainda sofrem com a opressão masculina (VILLELA, 1999).

As mulheres revelam também problemas com drogas, associados com o ato de abortar e a promiscuidade:

"Eu tive problema sério com droga, muita droga...e foi nessa época, que eu tava doida que eu fiz o outro aborto...eu fui garota de programa. Hoje eu saí do vício e da prostituição, foi com amor que eu me curei e não com descaso, o aborto é assim, você acha que a gente qué sofreu tudo isso?." (Adelaide)

De acordo com essa fala, pode notar mais uma vez a importância do contexto da vida dessas mulheres, problemas como drogas, prostituição e da consciência delas diante do ato de abortar, em um momento de desespero.

No entanto, a dualidade entre o abortamento e a responsabilidade de assumir a gestação aparece na fala das mulheres quando apontam as responsabilidades relacionadas a ter um filho.

"eu sei o valor que tem um filho... não foi planejado, mas ele era aceito, não era uma boa hora porque é difícil criar um filho né? as coisas estão difíceis tudo...muita responsabilidade..." (Fernanda)

Essa fala evidencia a importância do planejamento da gravidez para essas mulheres, entretanto ressaltam apenas as condições materiais para a concretização da maternidade. Outros aspectos como a participação do parceiro, o apoio e a afetividade relacionados à gestação e o cuidado com os filhos ficam camuflados no discurso concreto das condições materiais.

Espírito Santo (2003), em um estudo realizado com profissionais de saúde, aponta que os motivos que levariam uma mulher a abortar são, na opinião deles, a questão econômica, a irresponsabilidade da mulher, a gravidez resultante de

relacionamento extraconjugal, a rejeição de suas famílias, a ausência de informação de como se previne uma gravidez indesejada e a gravidez na adolescência, o abandono do namorado e a conseqüente rejeição do feto, o número de filhos, a não aceitação da gravidez pelo marido, a questão das relações sexuais precoces e desprotegidas, a promiscuidade e a falta de fiscalização das autoridades. A autora, entretanto, discute que esses fatores não devem ser considerados como motivos e sim como condições facilitadoras para a ocorrência do abortamento, acrescentando sua preocupação com as relações sexuais precoces e desprotegidas, bem como a promiscuidade.

Um enfoque compreensivo do cuidado nessa condição é necessário e as mulheres apontam em suas falas, que essa compreensão, por parte dos profissionais, não tem sido apreendida na realidade da assistência. Assim:

"...ninguém sabe o que acontece com cada um, vamos supor, abortei, sabe?? Procura conversa comigo, pra entender o porquê, né? alguma coisa aconteceu pra me leva aquilo né? e eu acho que conversá, dá orientação. Fala ó, vai ser muito mais fácil, porque daí eu vou tá ciente de que eu não vou precisa caí no mesmo erro, naquela mesma loucura, agora se eu nunca tiver uma orientação das pessoas que é profissional o que vai acontecer? Aborta de novo, fazer loucura de novo, eu sei que a gente tá errada mas... hoje eu vejo isso, mas na época....não enxergava, não tinha...sei lá conhecimento...as vezes a gente não é forte o suficiente pra suportar certas coisa, problema e a gente diante daquilo fica cega, faz loucura mesmo e não tem apoio de ninguém...e isso é pior ainda, porque aí que você se vê sozinha, aí você pensa não tenho nada a perdê mesmo...ninguém me valorizou....hoje eu sei que é a gente que tem que se valoriza primeiro. (Adelaide)

Rezende (1974) ressalta que o abortamento não deve ser justificado, mas compreendido, porque atitudes de curiosidade e reprovação não resolvem o problema, fazendo com que os profissionais desmereçam a confiança neles depositadas. A inquirição há de limitar-se ao necessário para saber se o abortamento foi provocado e, nessa hipótese, por que meios, em que condições e com que resultados. Segundo este mesmo autor, estas são as únicas informações necessárias ao diagnóstico e ao tratamento. Há mulheres que tudo informam prontamente, outras calam ou não dizem a verdade, sendo necessário ganhar sua confiança, mostrar as vantagens da revelação correta para a boa conduta clínica, garantindo a elas, o caráter

secreto da confissão, irrevelável à família e às autoridades.

A natureza frágil dos relacionamentos afetivo-sexuais que mantém com seus parceiros, as relações conjugais e também o sofrimento com a ausência, a incompreensão e o descaso do parceiro também são situações que podem propiciar a ocorrência do aborto como mostra a fala abaixo:

“... eu e o meu namorado, tava junto há um ano e de três meses pra cá ele não me procurou mais, sumiu, pra mim foi sofrimento demais... tudo de uma vez, estou sem emprego, parei de estudá, separação dele...Eu acho que todo esse sofrimento teve influência na perda do nenê. Porque tudo isso é sofrimento, e a gente grávida.” (Vânia)

O sofrimento psicossocial gerado pela falta de suporte do parceiro, seu descompromisso com a gestação e a falta de suporte social tem sido a tônica de muitas situações que têm na sua terminalidade o aborto e mostram que, na sociedade atual, ainda permanece o sentido de que a maternidade é de responsabilidade feminina.

Mariscal (2001) enfatiza que o papel do homem foi deixado de lado no estudo da prática da ginecologia e obstetrícia, mas é preciso que se ensinem aos homens a não serem violentos e que aprendam o exercício do direito do casal para a tomada de decisões; é necessária a reeducação da masculinidade para uma conduta sexual adequada e segura, participando dos problemas, juntamente com a mulher,.

Ao focar o aborto como um problema de saúde pública, com conseqüências físicas, psicológicas, sociais que recaem sobre as mulheres, vítimas de uma sociedade que as castiga tornando-as únicas responsáveis pela gravidez, Almeida (2000b) revelam ainda que o homem fica isento das responsabilidades do seu ato sexual, respaldado pelas questões de gênero, nas quais homens e mulheres assumem diferentes papéis no contexto social, reservando aos dois, maneiras específicas de tratar as questões de reprodução. Neste sentido, o homem é acobertado por uma sociedade que o desobriga e o pune ao mesmo tempo, quando o coloca dentro dos preceitos de uma sociedade masculina, negando-lhe o direito de vivenciar certos sentimentos, eximindo-o, assim, de suas obrigações. Enquanto co-autor do ato reprodutivo, muitas vezes não chega a tomar ciência do aborto e,

quando toma, usufrui certos “privilégios” nas esferas social e cultural que o deixam à margem da responsabilidade desse ato.

Compreendo que o homem, como marido/companheiro, uma vez conhecendo as conseqüências do aborto provocado, pode contribuir para minimizar as seqüelas do organismo da mulher, advindas dessa prática, além de diminuir seus conflitos e dividir responsabilidades na tomada de decisão de deixar ou não uma gravidez evoluir (ALMEIDA, 2000b).

Apesar desse estudo não ter como proposta identificar a causa do aborto, alguns discursos sinalizam que, para algumas das mulheres, houve intenção no ato de abortar e elas devem ser compreendidas, no ato do cuidado, levando em consideração a afirmativa de Souza et al. (2000) que dizem que, à primeira vista, parece ser uma decisão individual, mas envolve uma série de circunstâncias interligadas à qualidade e à perspectiva do relacionamento, dos projetos de vida, das pressões familiares e sociais vividas. Para essas autoras, a vida afetiva tem um papel importante como motivador da decisão de abortar.

Minayo (1989) em seu estudo diz que:

As condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e os segmentos pensam, sentem, agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (...) exprimem agora e sempre uma relação que pervade o corpo individual e social, confrontando com as turbulências de ser humano enquanto ser total (MINAYO, 1989, p. 14).

Assim a partir da fala das mulheres, percebi que é preciso compreendê-las em sua dimensão integral, mulheres com contextos e histórias de vida reconhecidamente importantes como sujeitos do ato de cuidar.

As experiências anteriores marcam, significativamente, as pessoas e no caso do cuidado em situação de abortamento parecem vir a tona, quando essa ocorrência se repete, trazendo lembranças negativas que, muitas vezes, são comparadas no momento vivido:

“...não me judiaram, porque tem muitos que judia né? já aconteceu quando eu perdi o meu primeiro filho” (Maria Aparecida)

“... mas aqui a maioria foi muito legal comigo, eu falo até como experiências de outros lugares que já fiquei, aqui graças a Deus não tive problema nenhum” (Fernanda)

“....eles fizeram a parte deles sim....não é que nem no posto que cada um faz o que quer, sabe.” (Júlia)

“....eu já perdi um né? no posto eles acham que tem direito de julgá e fica pensando mal de você, não é assim...sabe? na vida tudo tem um porquê” (Dulce)

Seus discursos foram permeados de medos e receios de serem mal cuidadas e para revelar isso, apontaram situações ocorridas em outras instituições e/ou vividas em experiências anteriores. Apontaram o preconceito manifestado pelos profissionais de enfermagem e manifestaram seus sentimentos e detalhes de maltratos sofridos:

"Eu só percebi o preconceito com aquele enfermeiro lá mesmo, o primeiro. E quando eu perdi a minha menina e dos comentários dos outros que todo mundo sabe e comenta que existe" (Maria Aparecida)

“E quando aconteceu maltrato foi horrível, foi horrível, porque sabe? Não gosto nem de lembra...a hora que falou que foi aborto, mudou tudo, ahh é aborto, espera aí e do jeito que me puseram deitada eu fiquei..., não puseram a mão ni mim e nisso porque eu já não tava mais agüentando, eu sofri, sofri, muito... e aí. Pedia água, fingia que não escutava e eu gritava, chorava porque a dor é muito triste, pedia pra ficá quieta porque eu tava incomodando os outros pacientes, e era só gente passando na minha frente pra atender e de menos estado ruim que o meu.... quer dizer eles não tavam se preocupando com a minha dor, né? muita coisa ruim aconteceu, comigo já, muita coisa mesmo, isso já faz uns 4 anos...tipo aqui, achei bom, porque não teve assim, o que eu passei a outra vez, porque a outra vez eu te falo, eu sofri muito, muito mesmo, fui rejeitada, maltratada...imagina droga e ainda aborto junto, os dois já é motivo deles julgá imagina então....sabe? e aqui não....fui muito bem tratada....perto do outro” (Adelaide)

A essência da desqualificação do cuidado pode ser reconhecida na fala abaixo em que a perversidade do sistema de saúde é apontada:

“...porque a gente aprende...é só ensiná.....eu sofri...sofri desprezo, humilhação tudo...” (Adelaide)

Através dessa fala é possível reconhecer que as mulheres sentem necessidade de orientação, e buscam alguém que compartilhe com elas esse momento. Informações sobre contracepção, DSTs, sexo seguro têm sido divulgadas através da mídia e nos serviços de saúde, entretanto outros fatores interagem nas condições de vida dessas mulheres e como mostra Mariutti; Boemer (2003) mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em hospital público, tem um contexto geralmente de dependência afetiva e financeira do parceiro. Fato que, muitas vezes, as impedem de desenvolver "empowerment", o que se mostra também na sua relação com os profissionais de enfermagem de quem esperam, nesses momentos de crise em suas vidas, serem cuidadas com zelo e atenção.

Os discursos das mulheres mostram que é preciso alcançar essa mulher, neste momento, em sua totalidade, procurando compreendê-la em seu contexto e história de vida.

5.2.2) Descrevendo seus medos e expectativas

As mulheres revelam que o cuidado na situação de abortamento é embuído de tabus e preconceitos e apontam o "des-cuidado" na relação com os profissionais que, na visão delas, tentam culpabilizá-las pelo ocorrido, mesmo nas situações de abortamento espontâneo.

Mostram em seus discursos como vivenciam a relação com os profissionais e como esses, mesmo sem a intencionalidade, revelam os tabus e preconceitos em relação a essa situação:

"Ah...existe, existe preconceito sim. Existe muito. Porque mesmo que seja no caso de uma perda normal, no caso igual a minha. Tem muitas que fala assim, ah...você provocou o aborto, quando eu perdi a minha filha, teve uma pessoa que falou pra mim, ahh...você provocou...eu não provoquei não, que não havia necessidade de fazer isso, que não tinha pedido pra vim ao mundo então, pra que eu ia tirá? Eu acho que ninguém pode julgar ninguém. " (Maria Aparecida)

"...ele falou assim: "Você não tomou nada?" e eu falei só se você me deu alguma coisa pra tomar, ele perguntou você se droga? Eu falei só se for a que você me dá, porque a única droga que eu uso é o cigarro e a bebida, e a cerveja. Pra mim teve preconceito da parte dele sabe" (Maria Aparecida)

"... porque quando se perde um nenê as pessoas ficam achando um montão de coisas né?... Que você tomou alguma coisa que você não queria o nenê, sabe? Mas não queria falar disso não." (Fernanda)

"...lá embaixo, eu esperei demais...eu tava sangrando, tava com frio, calafrio e tudo, sei lá, mas as vezes também não dava pra eles fazerem mais que aquilo. Então por isso eu não sei te falar e outra que eu tava com tanta dor... que eu não nem percebi se tinha preconceito ou não... tava sangrando muito. Só se teve e eu não percebi, porque eu não vi... você quer que parem com a dor...." (Júlia)

Assim, por essas falas é possível compreender que elas relatam a presença do preconceito, mesmo quando a perda do feto é espontânea, e que os profissionais de saúde demonstram sua desconfiança, seja retardando o atendimento ou através de investigação que aponte nessa direção.

O julgamento em relação às mulheres em situação de abortamento, exterioriza os parâmetros valorativos da nossa sociedade sobre a questão da

maternidade como destino da mulher. Há um processo de socialização do papel de gênero estereotipado durante o qual se internaliza o sistema de crenças e valores predominantes na sociedade em relação à função procriativa da mulher, isto é, essa é uma sociedade que santifica a maternidade (Pedrosa; Garcia, 2000).

Enfocando o direito sexual da mulher, Mariscal (2001) acrescenta que, este não tem, necessariamente, que estar ligado aos direitos reprodutivos; no entanto, a maternidade tem sido considerada quase uma obrigação em nosso país, sendo vista como uma consequência lógica: se há atividade sexual, deve haver casamento ou filhos, não existindo liberdade de escolha na sociedade. Porém, ele afirma que quem deve decidir sobre ter ou não filhos, e quando os ter, é a mulher e essas são prerrogativas básicas do exercício da cidadania.

A discriminação das mulheres em situação de abortamento também é vivenciada com sofrimento no período de hospitalização, que apesar de ser curto é sentido por elas como longo, uma vez que torna visível aos olhos dos outros a situação vivenciada. Ainda que não importe determinar a causa do aborto, um certo sentimento de culpa ou constrangimento está presente, entre as mulheres, seja nos casos sugestivos de aborto espontâneo ou para aqueles que sinalizam para uma intenção de abortamento. Assim, durante minha vivência observei que, raramente, se deslocam da enfermaria para outras áreas do hospital e têm dificuldades até de chegar à porta da enfermaria, como se quisessem que suas presenças fossem o menos notada possível. Suas posturas sugerem presumir que podem estar sendo julgadas pelas pessoas presentes no local e que delas estão cuidando.

Pitanguy (1999) revela que os manuais classificatórios da medicina são escritos a partir do olhar sobre saúde e doença e este olhar não é neutro, ele é um produto social. As idéias de normal, patológico e desvios também são construídas socialmente. Assim, conceitos de errado e de pecado são construídos socialmente, fazendo com que haja influência na formação dos valores dos profissionais, contribuindo para sua existência e manutenção. Concordo com a autora quando ela revela que a prática do profissional de saúde reflete ainda nossa inserção social e a forma como vemos o outro, revelando que "o olhar sobre o outro não é neutro", revela também que o corpo reflete laços com a sociedade e que cada um é marcado por sua relação estrutural com a sociedade, corpo do sexo feminino ou masculino, de

determinada classe social, cor ou idade, marca essa presente no momento do diagnóstico, da cura, da prevenção, que interfere no adoecer, e que pode estar relacionado com a forma como o profissional de saúde vai olhar e classificar determinada doença ou problema do indivíduo. Não é portanto surpreendente que, na realização de diagnósticos e na prescrição de tratamentos, profissionais de saúde, frequentemente, adotem abordagens que reforçam a discriminação sexual e as desigualdades de gênero e de raça, não levando em conta os efeitos ainda persistentes da naturalização acrítica da mulher, do negro e do indígena (PITANGUY, 1999).

Essa prática discriminatória é revelada à sociedade e cria expectativas e ansiedades em situações de necessidades de cuidado. Essas expectativas, no caso das mulheres em situação de abortamento, são reveladas a partir dos discursos, que demonstram ambigüidade em relação ao cuidado e uma necessidade de classificar a sua ocorrência como fenômeno natural.

"... não foi meu caso né? graças a Deus, mas quando a mulher não queria ter o filho, judiam, faz essas coisas. Mas acho que isso não acontece mais, antes sim, eu pelo menos não vejo agora. Sabe? Mas eu acho isso muito errado, tem que fazer o trabalho delas, mas eu não vi não a não sei com essas mulheres né? Eu já ouvi falar que tem preconceito em certos casos." (Gilda)

" nesse caso sempre tem aquela coisa né? será que ela provocou, será que né? você tomou alguma coisa, você caiu? Não sei nem quem pergunta, se é enfermeiro, a gente não sabe, mas sempre pergunta né? que dizer se eles perguntam eles tem dúvida né?...Acho que esse era meu receio, meu medo, antes de vir, mas porque ficam perguntando a gente se sente mal, não é legal. Eu já ouvi falar muito histórias no bairro, porque você escuta de tudo...elas falam assim, a gente chega com esses problemas parece eles faz de propósito, mas não é meu caso." (Lúcia)

" pra tratamento, de quem rejeita o filho e de quem tinha planejado, o cuidado, o básico, eu acho que é igual sim, eles tem que atende né? mas assim, eu acho, eu não sei explicar, que as vezes não dá muita atenção né? eu acho, porque a pessoa causou tudo, podia ter evitado, então pode sei lá, as pessoas não tratarem totalmente igual, né? Eu acho que sim, mas é difícil falar essas coisas, varia né? tem profissional que vai normal e outro não, são valores, sei lá. Eu acho, apesar disso, que eu fiquei revoltada tudo por perder, é difícil falar, mas eu acho que devia ser todos tratados igual com a mesma atenção, tudo, porque tem que vê né? o porquê que a pessoa fez isso...apesar que eu sou totalmente contra, porque tem tantos métodos pra evitá. Mas eu acho que tem que trata igual. Mas sabe, sinceramente, deve ser um pouco diferente, ou já foi diferente, ou eles devem pensa ou julga alguma

coisa, a gente mesmo, eu mesmo, teria um certo preconceito, se eu fosse profissional (...)Que nem, tipo assim, eu quando eu fui fazer a curetagem, a enfermeira me consolou tudo, eu acho que no caso essa pessoa que rejeita, já não teria esse consolo, porque ela provocou né? assim, não sei" (Eduarda).

"Pelo menos comigo não tive problema, porque meu nenê morreu mesmo né? agora não sei com outras...não sei porque eu não vi e é difícil você sabe quem fez e quem não fez, mas acho que pode ser diferente sim, na atenção...sei lá...." (Renata).

Por ter conhecimento e expectativas diferentes de acordo com o tipo de aborto, as mulheres, de certa forma, acionam uma série de estratégias para contornar a situação. A primeira é a demarcação da diferença em relação aos demais casos de aborto. As próprias mulheres buscam estabelecer uma demarcação entre aquelas que procuraram a situação de abortamento e aquelas em que sua ocorrência se deu de forma espontânea. A segunda estratégia é o silêncio em torno da situação, isso consiste em não falar sobre o assunto, visto que o simples falar sobre o assunto pode ser percebido como uma forma de culpabilização. Então aquela que chegou com o marido, está chorando, sofrendo, relata que queria ter o filho, mantém de uma certa forma seu status, ou seja, seu status está assegurado perante a equipe. Já aquela que tem indícios de que houve a indução do aborto, que chega sozinha, que não está acompanhada por seu parceiro sexual, muitas vezes, é rotulada como promíscua, e em casos extremos chega a ser tratada como criminosa. Nessa perspectiva, o aborto afeta a identidade social da mulher e para seu enfrentamento elas buscam estratégias que minimizem seus sentimentos de inferioridade como construção de diferenças em relação às outras mulheres que abortaram e buscam também, manutenção do relacionamento com o parceiro, situações que são socialmente aceitáveis:

"Nesses casos de aborto, tem aquela coisa tirou né? ainda mais se você não tem marido, não tem emprego, essas coisas, né? principalmente em posto, em posto eu tenho certeza absoluta que tem isso, aqui não teve, mas eu fiquei com medo " (Vânia)

Pode-se assim, observar o receio das mulheres de que sua história de vida seja um diferencial na implementação do cuidado e portanto insistem em diferenciar o aborto provocado do espontâneo, bem como apontar aspectos de suas vidas que são

socialmente aceitáveis. Essas estratégias de enfrentamento são acionadas por medo de serem "desassistidas" e para defesa de seu status perante a equipe e perante as outras mulheres hospitalizadas.

Pedrosa; Garcia (2000) relatam que, muitas vezes, o abortamento induzido é apresentado como uma decisão egoísta e fria. Assim, de acordo com esse ponto de vista, a mulher é vista nos serviços de saúde e pela sociedade como uma criminosa, como alguém que cometeu um delito. Almeida (2000b) referem que, de acordo com o Art. 128 do Código Penal Brasileiro, não se pune o aborto provocado por médico se não há outro meio para salvar a vida da gestante ou se a gravidez resulta de estupro. Nesses casos, o aborto deve ser consentido pela gestante ou, quando for incapaz, por seu representante legal. A isenção de punição a que se refere o artigo do Código Penal dá margem à interpretação de que o aborto continua tendo status de crime, mesmo nas situações em que não há punição. O abortamento provocado, no Brasil, assume portanto uma conotação de ilegalidade, criminalidade e clandestinidade. No que se refere aos aspectos religiosos, a incriminação do aborto data desde os tempos mais remotos. No Brasil Colônia, a Igreja já estigmatizava o aborto não só por impedir o desenvolvimento de almas cristãs no céu, mas também por denotar relacionamentos extraconjugais, e essa é a forma com que se regulava e continua regulando o comportamento sexual, com essa construção social da ilegalidade e do caráter de criminalidade do aborto. As mulheres cientes dessas conotações negativas em relação ao aborto apontam sentimentos antecipados acerca do cuidado que vão receber:

"... dos comentários dos outros que todo mundo sabe e comenta que existe" (Maria Aparecida)

"A gente escuta fala dos atendimentos por aí, que tem isso, tem aquilo, eu vou te falar eu fiquei com muito medo, muito mesmo, porque a gente não sabe né? o que vai ser, mas eu fui muito bem atendida, perto do que eu esperava." (Vera)

"Quando eu falo que eu não esperava é que você ouve falar né? e você chega aqui e vê tudo tão diferente. Que nem no caso tem essas coisas de pensá que a gente provocô a perda do nenê e de repente não sei." (Vera)

"tem de tudo nesse postos e eu sei que tem isso, sim e ouvi muitos caso(...) as pessoa falá, ahh perdeu porque tomou remédio, coisa parecida. E isso passou pela minha cabeça né?" (Vânia)

"Mas eu já ouvi falar muito disso elas comenta....se desconfiar que é provocado muda tudo, eu acho e a gente já vai com aquele receio, medo, porque muda mesmo, eles não liga muito isola, maltrata, faz passar mais dor, não dá remédio logo, faz espera, sabe assim julga, tem preconceito". (Renata)

O sentido da criminalização parece dar consentimento social a um cuidado de baixa qualidade, permeado de preconceitos e esse discurso passa a ser coletivizado e incorporado como "normal" uma vez que essas mulheres de certa forma transgrediram a lei. Nesse sentido, causa-lhes espanto e até um certo deslumbramento quando o cuidado lhes é oferecido, sem colocar-lhes em situação de constrangimento:

"Mas aqui eu até estranhei, eu fui muito bem tratada, porque a gente sempre acha né? A gente sabe que nesse casos tem preconceito, mesmo quando é perca natural, não me judiaram, porque tem muitos que judia né?" (Maria Aparecida)

"mas eles foram muito mesmo, muito atencioso, eu nem esperava" (Gilda)

"... deve ter profissional que julga, por isso...acontece esse descaso, sabe na maneira como atende, como conversa e aqui eu não esperava que eu fosse tão bem atendida por causa disso sabe e eu fui..., as pessoas fizeram de tudo pra agradar, entram no quarto toda hora, pergunta conversa, fazem as coisas direitinho... olha, acho que se eu ficasse em outro lugar talvez não fosse tão bom." (Fernanda)

"Agora eu acho que tem profissional que faz diferença, pode ser que eu teja enganada...sabe a gente vai no postinho de saúde, Deus que me livre daquilo lá, chega lá, as meninas te atendem com uma agressividade sabe? Quando ninguém toma conta de um lugar e tem profissional que não gosta do que faz, ...Sabe a gente mora num lugar que tem de tudo...Mas nisso a gente fica com medo, né?" (Lúcia)

"...mas a gente sabe que tem isso até esperava outro atendimento....eu até estranhei...mas as colegas me disseram que aqui tem muito caso, sempre tem, sempre... então que acostuma né? nem quer sabe, faz o que tem que fazê" (Renata)

Entretanto, ainda é comum serviços de saúde que colocam essas mulheres em situações de constrangimento, visto que os profissionais estão preparados tecnicamente para lidar com as consequências e complicações do aborto, mas não moralmente. Continua havendo preconceito, apesar de atualmente ser menor. Em

muitos países da América Latina, a mulher que chega ao hospital em decorrência de aborto é discriminada e é a última a ser atendida.

O aborto não é um assunto ignorado nos países de Terceiro Mundo, pois os dirigentes de saúde e os médicos reconhecem o problema, mas a interrupção da gravidez se transforma imediatamente em assunto político e moral, distanciando o enfoque da saúde da mulher. Acresce-se a forte pressão que as instituições religiosas exercem influenciando nas decisões governamentais (MARISCAL, 2001).

Frente a essa concepção de aborto como algo nocivo à sociedade, as mulheres estudadas mostram-se surpreendidas pelo simples fato de serem assistidas em procedimentos básicos, isto é, cuidados físicos necessários, isentos de julgamentos, ao menos explicitamente.

Entretanto, apesar de compreenderem a existência do preconceito as mulheres estudadas ressaltam o esforço dos profissionais em não se deixarem influenciar no desempenho de suas atividades:

"...agora o preconceito ele existe, não muda de forma alguma, mas tem gente que sabe, não ser preconceituosa. Né?... Não deixa transparecer as coisas e trata normal, como foi aqui." (Maria Aparecida)

"Ah...é assim...pensa um monte de coisa, mas tá fazendo o trabalho e pensa deixa isso pra lá, não deixa se envolver, cuida e pronto...até porque hoje em dia, o paciente tem seus direitos, então acho que elas procuram fazer certinho o dever delas e pronto, um ou outro que nem aquele enfermeiro, pensou e falou mesmo..." (Maria Aparecida)

"....eu achava que por mais que eu sei do meu caso tudo, tinha certos pensamentos em cima do aborto sabe...é difícil. Pode até ter em outros lugares, mas aqui se tiver eles não demonstram, ou aprenderam a lidar, também tem muitos casos, né?" (Vera)

Assim, parece que o preconceito esteve presente, mesmo que subliminar, porque foi significativo o discurso acerca dos mesmos.

Compreendo que há dificuldades a serem superadas e os profissionais de enfermagem são pessoas que não são desprovidas de valores no exercício da profissão. Segundo Fonseca (2003) as dimensões humanas não podem ser isoladas numa pessoa, pois antes de se constituir uma pessoa, esta organiza o seu comportamento, a sua percepção de si e do mundo, dirigida por padrões do contexto

em que está inserida.

De acordo com Esperidião (2001), o fato do profissional não saber lidar com si próprio e seus sentimentos, se dá já na sua própria formação e ele leva no momento de cuidar. Segunda a autora, a escola perdeu a visão do óbvio, ou seja, o ser humano não se compõe apenas de uma cabeça que deve ser treinada, mas sim de um corpo dotado de psique e sentimentos que, mutuamente, se influenciam.

Remen (1993) diz que aspectos como sentimentos e emoções que muitos profissionais relutam em levar adiante podem, paradoxalmente, torná-los mais fortalecidos e menos vulneráveis e acrescenta que levar a dimensão pessoal para a prática nos serviços de saúde não é tarefa fácil, pois exige preparo e um certo treino, já que geralmente, somos impelidos a perpetuar atitudes habituais que excluem a pessoa inteira do profissional.

Assim, vejo que o profissional, no caso específico do aborto, não precisa negar seus sentimentos e valores, mas precisa aprender a lidar com eles e conseguir da mesma maneira compreender de maneira empática o sentimento e valores das mulheres nessa condição. Esperidião (2001) relata que estar presente como uma pessoa inteira, além do conhecimento de que somos seres humanos únicos, são condições fundamentais para cuidarmos da pessoa inteira.

Entretanto, as mulheres apontaram que o velamento do preconceito pode ser em decorrência da constância do fenômeno, uma vez que, no município, esse hospital é o local para onde são encaminhados os casos de abortamento incompleto, que dependem de hospitalização SUS:

"ah pode, sim, aqui não percebi isso, mas atendimento em todo lugar tem essas coisas às vezes, às vezes não, pode acontecer que eles tão acostumados e atendem a todos independente dessas coisas" (Fernanda)

"chega toda hora, estão acostumados né? pra eles é só mais um caso que chegou. Que nem, é normal o aborto aqui, acontece todo dia, que nem a moça queixou de dor e a enfermeira disse, ahh é normal, eles colocaram comprimido e é assim, agora você vai sentir dor mesmo. Então na realidade é tudo normal pra eles. Mas pra gente não, é um caso único." (Vera)

"Mas foi normal tudo, não tive problema nenhum, fizeram tudo certinho, a gente fica preocupada, né? pensa um monte antes de vir pra cá, porque a gente escuta falar as coisas, mas aqui eles

sabem e como acontece muito né? pelo que eu sei interna bastante aqui com perda de nenê, eles já sabem como lidá, porque tem lugar que eles quando você chega te põe na parede né? pra saber se é natural, acho errado, tem que fazer a parte do profissional. Mas aqui eu não tive problema não, pelo que eu vi, não teve nenhuma discriminação assim, normal como eles tratam acho que qualquer paciente." (Júlia)

Essas falas mostram que as mulheres têm conhecimento de que esse hospital é um local onde os profissionais atendem muitos casos de aborto do município e região e que pela frequência de casos, os profissionais criam mecanismos de defesa que lhes possibilitam mostrarem-se, sem juízo de valores, na implementação do cuidado, ainda que contemplando apenas o aspecto físico da mulher.

Assim, é necessário olhar para cada uma dessas mulheres individualmente, compreendendo que estão vivenciando uma situação única em sua vida, o que corroboraria para a formação de vínculo com os profissionais. Assim, seria possível a criação de vínculo com os profissionais de saúde, mesmo em um período curto de hospitalização, favorecendo um clima de confiança, o que poderia resultar em maior satisfação emocional e segurança, reduzindo assim seqüelas psicológicas e prevenindo casos de repetição e sofrimentos.

Algumas falas sugerem um processo de mudança no cuidado à mulher nessa situação, mostrando que elas apontam que o cuidar passa por transformações temporais quanto à influência de valores dos profissionais na assistência:

"Ah...antes, antigamente a gente sabe que as pessoas maltratavam mesmo, nesses casos, só que não é como hoje que as pessoas falam, tem esses trabalhos, tem os direitos...hoje parece que a gente tem mais voz, mais força...eu acho assim né? e pode ser que os profissionais conseguiram enxergar que não é assim..." (Gilda)

Esse discurso revela que as mulheres eram desrespeitadas e maltratadas na situação de abortamento, mas apontam para sua conscientização acerca dos seus direitos, como cidadã que deve receber os cuidados necessários independente do julgamento que os profissionais de saúde tem, individualmente, acerca da situação.

Rezende (1974) afirma que, antigamente, por volta do início do século XIX, ao se descobrir o ato de abortar das mulheres era claro e explícito a diferença na assistência, a começar pelo fato de que se negava a administração de anestésicos a

essas mulheres, no ato da curetagem uterina, a espera para seu atendimento era maior, o descaso era alarmante, como se a dor que ela sentisse fosse uma vingança a um ato assassino cometido por elas.

Minayo (1988) refere que o conceito de saúde apresenta-se de diferentes modos conforme a cultura e a época. Penso que esse fato ocorre com o significado das coisas de uma maneira em geral, de acordo com a época histórica, geração, cultura e sociedade.

Em relação a esse fato, Esperidião (2001) fala que na época atual são evidentes as transformações, modificações pelas quais passam as diversas instituições humanas, as relações político-econômicas-sociais, diante da globalização, que também se processam na maneira de pensar e agir de cada um. Concordo com a autora quando ela diz que nesse panorama, o ser humano encontra-se num momento de *(re)significações* éticas, morais, religiosas e culturais que acabam por influenciar os valores, a maneira de ser e viver de cada um.

Pelas leituras, contato com mulheres, seus discursos e observações no atendimento a elas percebe-se que esse atendimento passa por fases. Antigamente, era mais difícil e em nenhum caso era considerado o aspecto psicológico e as mulheres sofriam com a demora, com o descaso e a falta de apoio e isso era compreendido como um castigo pelo ato praticado. Gradualmente, e talvez em alguns lugares muito lentamente, a assistência vai sendo planejada de forma a atender às necessidades complexas dessas mulheres, contemplando ou pelo menos tentando contemplar outros aspectos.

Mariutti; Boemer (2003) apontam a necessidade de os profissionais refletirem ao cuidar dessas mulheres e que este cuidar não seja norteador por algum julgamento segundo suas reações à situação de abortamento. É importante o respeito ao silêncio das mulheres nesse momento, pois o fato de algumas delas não se manifestarem, visivelmente, com choros ou expressões de tristeza, não significa que a situação de abortamento não se apresenta como uma situação de dor e, nesse sentido, Beaini (1981) nos alerta para a importância do silêncio na linguagem humana.

5.2.3) Descrevendo o cuidado durante a internação.

Em seus discursos, o significado do cuidado de enfermagem é percebido pelas mulheres como um cuidado, no qual, na maioria das vezes, o básico é realizado. O cuidado na visão das mesmas está centrado no atendimento das necessidades físicas e para o desempenho dos procedimentos necessários e é revelado como "normal", prevalecendo o modelo biológico:

"Normal, as pessoas, a enfermeira, tudo boazinha. Tudo natural, um ótimo tratamento. Tudo o que você precisa, toda hora elas tão no quarto, sabe? Tudo que você precisa elas te dão, não é assim, sabe? Mal educada, nem nada, tudo boa." (Gilda)

"... o cuidado deles, dos enfermeiro, normal, bem normal, fazem higiene da gente, mede pressão, febre, dá remédio...cuida, né? o papel deles né?" (Lúcia)

"...de resto foi bem, fui medicada, tratada, tudo certo....tomaram conta tudo, tudo que precisava, banho, remédio, comida, vê, examina, tudo isso foi feito....dão os remédio, fazem as coisa deles, normal como todos os enfermeiros" (Alice)

"Ah...cheguei aqui, tem água, onde deitar, você fica mais tranqüila, dão remédio, colhem sangue, te arrumam na cama, dá banho, vê febre, essas coisas normal que tem em todo hospital, é que nem qualquer outro hospital. Elas cuidam, fazem tudo. É bom assim, que eu já fiquei internada algumas vezes e não tem nenhuma diferença, elas dá medicação" (Júlia)

"Fizeram o que eles tem que fazer. Normal, remédio, essas coisas que todo enfermeiro faz nos hospitais, meio que automático né? " (Dulce)

Essas falas mostram a priorização da equipe de enfermagem nos cuidados físicos e procedimentos necessários que são considerados básicos como: verificar os sinais vitais, avaliar a intensidade de sangramento, identificar a presença de dor, promover conforto da mulher no leito (higiene, arrumação de cama, iluminação), além da administração de medicamentos e cuidados com a alimentação.

Heiborn (2002) refere que, o campo da saúde ainda opera com uma concepção essencialista e biologizante da condição humana.

Vejo dessa forma, a necessidade de uma mudança de enfoque na assistência, a qual levaria a equipe de enfermagem a redefinir sua atuação, pois sinto que a necessidade não é somente na resolução do problema físico, mas olhar essa mulher

na sua dimensão social, psicológica, espiritual além da biológica.

Concordo com Campos (1997) quando diz que o trabalhador reproduz o saber e a prática burocratizados ao reduzir o cuidado ao problema físico, não havendo assim dom que resista à repetição automática de atos e acrescenta que trabalhar em serviços assim estruturados costuma tornar-se insuportável.

Kurcgant et al. (1994) discutem o autoritarismo presente nos hospitais, a burocracia e a alienação da força de trabalho com a preocupação de serem mantidas as regras do grupo de poder. Dessa maneira, o trabalho dos profissionais se faz de modo automático, massificado, com pouca preocupação com a realização das pessoas ou com as necessidades singulares dos pacientes, voltando-se somente para o atendimento das expectativas do grupo dominante da organização.

Desse modo, predomina o cuidar do homem enquanto vida biológica, sendo a competência do enfermeiro associada ao lado técnico e burocrático.

Assim, vejo a importância do profissional refletir sob esse fato e buscar qualificar a assistência procurando olhar para o aspecto humano, sentindo e compartilhando o momento dessas mulheres, respeitando-as como sujeito do cuidado, ou seja, buscar "desconstruir" esse enfoque restrito no modelo biomédico.

No entanto, esse modo técnico de ser do trabalho da enfermagem é revelado nos discursos das mulheres e definido como "normal". Essa concepção do trabalho da enfermagem parece ter raízes culturais profundas e apontam para a implementação de cuidados físicos necessários e que são realizados. Isso é considerado, para as mulheres, como o mundo do trabalho da enfermeira no hospital, ou seja, seu papel e função:

"... fizeram a parte delas" (Fernanda)

"Fazem o papel deles de cuida, tudo, faz o que tem que fazer, porque a final é a profissão deles né?" (Vera)

"Ahh...é esse né? seria esse né o papel do enfermeiro? de orienta, de passa pra vê se tá tudo bem, se tá precisando de alguma coisa ou sei lá, vê a febre, por remédio, vê pressão. Essas coisas normal né?" (Vânia)

"O papel delas é cuidar, pra gente melhorar e ir embora, dá remédio, vê febre, vê se você tá bem." (Júlia)

Pelas falas, pude perceber que o cuidado de enfermagem para essas mulheres contempla os procedimentos que atendem suas necessidades físicas, sendo esse o papel do profissional de enfermagem. Esse papel ou função não diferencia as diferentes categorias profissionais de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar), uma vez que, em seus discursos as mulheres estudadas não fazem discriminação das diferentes categorias ocupacionais, fato esse que não é novo, mas prescinde de esclarecimento junto à população.

O mundo do trabalho, segundo o relato das mulheres, em seu cotidiano, é marcado por um modo de técnico. Há nas falas das mulheres expressões que sinalizam para o modo impessoal de ser no trabalho dessa equipe.

Segundo Mariutti; Boemer (2003), a situação de abortamento causa sentimentos dolorosos, sendo necessário uma assistência de enfermagem que percorra o caminho de ajudá-las na expressão desses sentimentos individuais para cada mulher. A enfermagem, por estar em contato constante durante a hospitalização, pode estar atenta a essas expressões, facilitando-as e respeitando os momentos de discurso e de silêncio. Salientam que o choro precisa ser entendido como forma de extravasar a dor, sendo preciso ainda respeitar o momento em que a mulher se sente em condições de falar sobre o ocorrido, no entanto, enfatizam que isto é particularmente difícil para uma enfermagem que tem se mostrado tradicionalmente rotineira, normativa, priorizando a esfera biológica, respondendo ao modelo tradicional organicista.

Uma outra proposta de assistência requererá outros referenciais para lidar com essas mulheres, considerando-as em seu sentir acerca do que lhes está acontecendo.

Diante disso, as mulheres apontaram a necessidade do cuidado além do físico, que vai além de procedimentos necessários que são administrados, por se tratar de uma situação complexa. Pelos seus discursos, nota-se essa situação como difícil, complicada e dolorosa, física e existencialmente:

"... perdê um nenê é complicado... a gente já passa um momento difícil né? pra vim e trata mal ainda né? é bastante ruim" (Gilda)

"Mas eu acho legal; aquele que pode conversar que pode dá um

apoio, porque a situação não é nada fácil... é complicado demais. E as vezes conversar é importante, dá um apoio, se importar com a gente né?" (Fernanda)

"E a pessoa que vai pra hospital independente de qualquer coisa ela vai porque precisa, precisa de ajuda né? as coisas acontecem na nossa vida e quando a gente vê já aconteceu... e pode acontecer com qualquer um. Tem sempre o lado de dor mesmo do corpo e sofrimento mesmo humano né?" (Vera)

"...porque você já passa por sofrimento, nossa!! meu nenê já tinha nome....A gente fica carente, abalada, então as vezes qualquer coisa já deixa a gente chateada." (Eduarda)

"agora, assim...fisicamente estou bem, mas, né? mas...(choro, muito choro)" (Dulce)

Em suas falas, as mulheres evidenciaram sua condição como complicada, dolorosa pela qual estão passando em ambos os casos de abortamento (espontâneo e os "sugestivos" de serem provocados), necessitando de apoio ou uma assistência humanizada, independente dos motivos que a levaram a essa situação.

Ao mesmo tempo, percebo, pelas falas, a importância da equipe de enfermagem transformar sua assistência, indo além do lado físico e da rotina, pois as mulheres trazem em seus discursos que essa dimensão do cuidado não é suficiente para assisti-las na íntegra, percebendo a individualidade de cada uma.

Cabe salientar que, como observamos, as mulheres têm seus contextos de vida, histórias, expectativas próprias e diferenciadas e, apesar de mostrarem-se desvinculadas de suas próprias vidas, elas guardam tudo para si, muitas vezes, por não estabelecer uma relação de confiança com os profissionais o que, às vezes, é justificado pela dificuldade em lidar com as consequências de um ato considerado pecaminoso e ilegal.

Em se tratando da situação explicitada como dolorosa por essas mulheres, Pedrosa; Garcia (2000) afirmam que algumas mulheres em situação de abortamento por elas induzido buscam assistência porque apresentam restos ovulares ou embrionários e, com receio da censura familiar e da discriminação social, enfrentam a internação hospitalar sozinhas, realizada às ocultas, sem que os familiares tomem ciência do fato, o que torna a situação mais complexa ainda. O abortamento provocado traz consigo um estigma, vinculado a crime, pecado e estes preconceitos

e tabus acarretam sérios problemas psicossociais, levando muitas mulheres a enfrentarem sozinhas a internação, a fim de não serem identificadas pela sociedade, nem serem alvos de curiosidade, tornando esse momento mais doloroso.

Devem ser levados em consideração também as situações de mulheres com abortamento espontâneo e toda sua frustração e, que muitas vezes, também são tratadas com discriminação até que a equipe se conscientize de que sua perda foi espontânea. Uma das tarefas mais difíceis é informar a essa mãe sobre a perda do bebê, sendo que pouco ou nada tem sido feito no sentido de apoiá-las psicologicamente. Neste caso, segundo Luz et al. (1989) é freqüente que as mulheres experimentem a revolta, a rejeição e a procura, às vezes, de outros serviços para confirmação do mesmo, sentimentos de culpa, por não terem feito alguma coisa e a busca pelo motivo do aborto.

Para Halstead (1974), a atuação profissional que assiste essa mulher em crise deverá ser pautada pela compreensão da expressão de seus sentimentos buscando discernir alguns dos temores ambivalentes que obscureçam a questão.

Portanto, é uma situação dolorosa e complexa para ambos os casos, os espontâneos e os sugestivos de casos induzidos, e as mulheres necessitam de apoio e consideração independente da situação. O papel do profissional é atender o ser humano e não situações e assim deve-se ir além do sentido físico da pessoa, compreendendo-a na sua totalidade.

No entanto, ao vivenciar o cuidado de enfermagem, as mulheres reconheceram diferenças de apoio de acordo com a etiologia do aborto, isto é, entre a mulher que "provoca" e a que aborta espontaneamente:

"Até porque a gente sofre muito sabe, é muito triste e precisa de apoio, eu até me conformei e foi uma coisa que aconteceu assim... natural, mas essas assim (ela quis dizer de quando é provocado), acho que precisa de mais apoio ainda, deve ser complicado"
(Gilda)

"....é importante conversá, porque de repente ali, se você é bem recebida, as vezes você até tem algum outro probleminha que você tem oportunidade de falar, a gente aproveita tudo...né? por exemplo como que a gente vai se abri nossos problema se a gente não vê abertura deles...sabe? eu sempre falei a verdade sempre sabe? Acho que é por isso que eu sempre fui discriminada. Porque é muito bom...é tão bom a gente ter a consciência assim tranqüila tá? Né? aberto corpo e alma da gente pra gente poder conversar,

sem medo, desabafa....ninguém vê a história daquela pessoa e tenta ajuda, sabe...se aquela pessoa tá passando por aquilo algum motivo tem, você acha que ela ia querer passar por aquilo, sofrer daquele tanto e ainda sê rejeitada, falada mal pelas pessoas, perseguida...ela não queria isso, mas ela agiu...tem uma razão e a gente sofre também...a gente sofre mesmo...muitas pessoas não conseguem enxergar isso e ser tratada como eu fui da vez que eu tirei mesmo o meu filho, eu provoquei com sondinha o aborto, a gente sofre mais ainda, mas não foi com o que eles me fizeram que eu aprendi não....me trataram com humilhação, desprezo e com punição...todo mundo sabe que o tratamento é diferente...é mesmo...foi a vida que me ensinou isso e as poucas pessoas que eu pude contar, pude falar a verdade e me estenderam a mão, uma delas foi aquela enfermeira que eu te falei" (Adelaide)

As falas das mulheres revelaram que o apoio, nesse momento, é imprescindível e demonstraram que visualizaram a diferença de apoio diante da situação de abortamento espontâneo e do aborto provocado. Em uma das falas, houve até citação da lei brasileira referente ao aborto:

"...já que eu comecei a falar eu vou falar mesmo sabe? Por exemplo a lei, a lei proibi o aborto, mas ele acontece, e aí? Ele acontece mesmo....e a gente tem que ir pro hospital...como que fica isso? Eu sei que isso não devia acontecer...igual comigo nunca mais...sabe? eu acho que é tão bom você poder falar o que sente, o que deve...sabe? chegá olha doutor eu fiz, a minha vida tá assim, assim, assim...eu sei que eu devia prevenir, mas aconteceu, sabe? e eu na época usava droga, a gente ficá cega....eu sei que errado, mas acontece com muitas mulheres, vichêe..." (Adelaide)

Através dessa fala, pude notar que algumas mulheres têm consciência que a ilegalidade da lei brasileira não consegue controlar a ocorrência de abortos induzidos. Torna-se mais grave essa situação de ilegalidade do aborto, no Brasil, quando consideramos as situações precárias a que as mulheres se submetem, provocando um ato de violência contra si mesma; principalmente aquelas de camadas sociais menos favorecidas economicamente.

"...é muito melhor você poder contar a verdade, mas tem o medo...né? muitas tem medo...eu como nunca escondi nada de ninguém, não escondia mesmo, ...eles achava que deveria mentir esconder, eles ficá até de boca aberta, porque eles tão acostumados com a mentira, eles querem ouvir a verdade, mas não tem como fazer com isso. Quantas vezes eu já fui embora do hospital sem ser atendida porque eu chegava e falava, qual que era o meu problema eles não me atendiam...deixava eu lá..." (Adelaide)

Pude compreender diante dessa fala a atuação do profissional diante da verdade e da mentira aos olhos dessas mulheres. Os profissionais preferem ouvir a mentira por não saberem como lidar com certas situações, com temas que são considerados tabus e polêmicos; ocultando-os para evitar atritos e são justamente esses temas que também costumam ser ocultados academicamente. Na verdade deveriam ser mais discutidos e refletidos, buscando formas de resolução ou de minimizar o problema para uma melhor orientação àqueles que tem carências relacionadas ao cuidado de si.

No entanto, as mulheres afirmaram que não foi possível serem muito sinceras e contar a sua verdade, a realidade de sua situação, porque, não sentiram um espaço autêntico para a troca de vivências a esse respeito. Pude perceber, que a admissão de uma nova paciente causava certo alarde na equipe e alguns profissionais buscavam classificá-las baseados nas suas impressões empíricas: *"ah...essa abortou, essa não"*, *"essa perdeu mesmo coitada..."*.

Faz-se necessário que os profissionais de enfermagem busquem uma postura que, considere a mulher dignamente, independente da etiologia do aborto, auxiliando-a a ter autonomia e tenham poder de decisão acerca de sua própria assistência. Entretanto, ainda é difícil para as mulheres na admissão contarem livremente e sem medo suas histórias acerca da ocorrência do aborto.

Segundo Rosas (2000), o diálogo é importante, pois para se concluir pelo diagnóstico de aborto provocado, além dos dados clínicos e do exame ginecológico, o tocólogo também se vale da informação correta do paciente e, somente com uma boa interação e confiança na relação médico-paciente, é que se pode ter a certeza do acesso às informações necessárias que, às vezes, são mascaradas pelo medo da paciente ser discriminada ou descuidada do tratamento, ou ser denunciada.

De acordo com Ribeiro Neto (2000), mesmo quem é contra o aborto pode ajudar a paciente efetivamente nesses momentos e que se assim o fizer não estará cometendo crime e nem provocando abortos. Para ele, é natural que os profissionais da saúde prefiram fazer pré-natais, partos normais, assistir gestações bem-sucedidas, do que cuidar de pacientes com desejo de interromper a gravidez. Enfatiza, que o profissional de saúde ao se defrontar com a situação de abortamento, precisa saber

ouvir efetivamente as mulheres e compreender como as diversas questões relacionadas estão sendo elaboradas pela paciente, para que sua conduta seja a mais próxima possível da realidade dela, e para que as projeções de seus próprios desejos e conflitos sejam menores. Precisa pensar que toda decisão é precedida de uma pergunta para si mesmo, e nesse momento de decisão, avaliam-se as vantagens e desvantagens, com base nos ensinamentos, experiências e (pré)conceitos e opta-se por um dos lados, que trará ganhos e perdas. Para Ribeiro Neto (2000), isso acontece também com as pacientes quando pensam em abortar entrando em conflito com a decisão e, portanto, não é por esse fato que devemos rotular essas grávidas de desumanas.

O abortamento é um momento de crise na vida de uma pessoa, como perda de emprego, a morte de ente querido e estas vivências emocionais ficam no psiquismo e não são esquecidas, mas podem ser elaboradas de maneira que contribuam para o crescimento pessoal, para lembrar do fato e associá-lo a um aprendizado (Ribeiro Neto, 2000, p.3).

Ao adotar uma postura humanizada diante das pacientes que provocam um aborto, os profissionais de saúde não devem ficar com a onipotente impressão de que estão resolvendo todas as seqüelas, mas precisam ter em mente que muitos casos se beneficiam com tais atitudes. Não há técnica para enfrentar situações onde o abortamento é cogitado pela paciente, mas é importante adotar uma postura mais afetiva e completa diante desses casos, respeitando e não agredindo a mulher, evitando condutas estereotipadas, a fim de que sejam cada vez menos usadas pelos profissionais e pela lei. Enfatiza que é necessário modificar a lei e a postura do profissional, dando assim a oportunidade para que as pessoas decidam sem uma lei autoritária que controle seus pensamentos, princípios e ideologias (RIBEIRO NETO, 2000).

Assim, é necessária uma postura mais humana neste cuidado, estando o profissional mais próximo a essas mulheres, auxiliando-as e isso é evidenciado em seus discursos, nos quais elas falam da importância da conversa e do apoio nesse momento:

"... o cuidado é isso, eu acho que tem que conversá, acalmá a pessoa... seja o doente qual for" (Maria Aparecida)

"E elas tratam a gente com carinho, sabe. Dá apoio também, conversa com a gente. Elas não só fazer as coisas de injeção,

essas coisas...elas conversam também, Aconselham.. Ah...por exemplo elas podiam chegar aqui e dá injeção, troca, vê febre aquelas coisas toda, não fala nada e sai....elas entram toda hora, a noite também. E fazem o trabalho delas e mais conversam e tudo. Quer dizer elas fazem mais do que o trabalho delas." (Gilda)

".... eu tive conforto, né? conforto dos profissionais, a maioria conversa, então pra mim foi bom, eu me senti um pouco melhor. " (Fernanda)

"Não, aqui no hospital não tive apoio, pelo menos eu não senti né? também pra eles acho que é difícil né? vê o lado todo do nosso sofrimento...Mas eu acho que seria importante, conversa, porque a cabeça da gente dá um nó, né? se desestrutura. Eu acho que é importante conversa, pra vê se acalma. Eles conversam com a gente, sim, fazem tudo direitinho, mas é que eu passei por muita coisa e eu sinto essa falta de apoio. Eles conversam, assim, sabe? O que dá? Pergunta se tá tudo bem? Se sente dor, mas sinto falta de informação... e de conversá meus problemas mesmos...tudo deles é muito superficial, automático" (Vânia).

"...e a gente agradece e nessas horas a gente vê o quanto é importante, tá? Você tá junto com profissional da saúde, que ele é uma pessoal realmente trabalha com toda dedicação, que ele gosta do que ele faz, faz com amor ...vai além de todos os cuidados físicos..." (Ana)

"... tem umas que além de cuidar assim, né...fazer as coisas que tem que fazer ainda conversa...., tem umas que não ...que são poucas aqui, pelo menos" (Renata)

Pelos discursos, compreendi a importância que as mulheres dão para o cuidado numa dimensão para além do físico. O relato da Vânia, mostra no final de sua fala, como os profissionais geralmente cuidam de forma "*superficial*" e como ela mesmo diz "*automática*", isto é, sem refletir ou pensar no que realmente estão fazendo e o fazem de forma a atender a rotina de trabalho, o cotidiano, o mínimo que lhe é imposto e dessa maneira deixam de assistir de forma adequada.

De acordo com Silveira (2003), são necessárias novas relações entre cuidador e aquele que é cuidado, sendo preciso que estas relações permeiem o processo de subjetivação do sujeito e, sofrimento, instigando o comprometimento na articulação de novas estratégias de cuidado para as pessoas em sofrimento, como por exemplo, o acolhimento e a empatia.

Verardo (1986) relata que o desejo de ter ou não um filho, de ter ou não provocado um aborto, da situação econômica da família e da idade gestacional não interferem no sentido de amenizar ou intensificar a dor dessa perda.

Portanto, a expressão desse pesar é extremamente pessoal. Assim, sempre que nos aproximarmos de uma mulher que está vivenciando essa situação de abortamento e participarmos desse mundo devemos permitir e facilitar a manifestação livre de seu pesar com gestos, palavras e silêncios (Mariutti; Boemer, 2003). Parece faltar realmente uma diretriz no sentido de romper com essa cisão entre cuidados físicos e psicológicos que devem, a meu ver, serem vistos como polos de uma mesma unidade e, nesse sentido, se ligam, se completam.

Luz et al. (1989) enfatizam que as pessoas podem fugir da situação da perda por não saberem o que dizer, por medo de magoar, no caso de abortamentos espontâneos, ou porque de alguma forma não conseguem lidar com esse momento que no caso traz toda uma frustração e culpa de não conseguirem levar a gravidez até o fim.

Mariutti; Boemer (2003) relatam que foi sensível o alívio das mulheres ao possibilitar verbalizarem sua dor, suas emoções, sem medo de julgamento ou necessidade de defender-se ou justificar-se, adquirindo confiança para revelar alguns problemas particulares como a natureza frágil de seus relacionamentos afetivo-sexuais, seus contextos de vida, sua história e seus desejos.

O cuidado implica, então, em que o profissional desenvolva relações com essas mulheres, respeitando-as como sujeitos com frustrações, expectativas e sonhos. Faz-se necessário, que os profissionais saibam também identificar os momentos de introspecção que são necessários para a elaboração da situação vivida:

"...é bom elas conversá com a gente...faz bem, a gente se sente melhor...., mas às vezes nem a gente quer conversar. Por exemplo, agora eu gosto de esta conversando, gosto dessa parte, de conversa, você desabafa e sofre um pouco menos, acho bom, assim, mas tem vezes que não. Você quer ficar quieta, pensar, descansar." (Renata)

Esse discurso aponta para a necessidade dos profissionais reconhecerem o momento pelo qual as mulheres estão passando e que dar apoio, não implica somente em saber escutar, mas também em compartilhar, em estar junto naquele momento. Essa fala mostra que é importante o respeito ao momento vivido e compreendê-la na sua totalidade, estando junto, compartilhando no silêncio ou apoiando-a em suas necessidades.

A assistência deve ser individualizada porque cada mulher tem sua própria realidade e sentimento a respeito da perda. Algumas superam com maior facilidade, enquanto outras precisam de um tempo maior.

Assim, é fundamental que os profissionais de enfermagem superem o seu fazer técnico no cuidado a essas mulheres, visto que as técnicas de enfermagem são desenvolvidas para que, dentro do processo de trabalho em saúde, auxiliem na execução do projeto concebido pela medicina anátomo-clínica (ALMEIDA, 1989), sendo o corpo individual reduzido ao corpo biológico abstrato, sem levar em consideração suas dimensões sociais.

Contudo, o objeto de trabalho não deveria ser somente o corpo biológico e sim a mulher com toda a sua especificidade, não se restringindo ao funcionamento anátomo-fisiológico, mas proporcionando o autoconhecimento desta mulher, a conscientização da sua situação de risco a que se expõe, a prevenção de reincidência, elaboração desta situação preservando-as nos aspectos sociais, afetivos e psicológicos, evitando seqüelas físicas, emocionais, psicológicas e evitando que outras gravidezes indesejadas se repitam e conseqüentemente outro aborto.

Essa mudança no paradigma do fazer enfermagem é identificada pelos sujeitos do cuidado e se revela no discurso das mulheres acerca da sua percepção do fazer fundamentado na verdade:

"Dá pra perceber pela maneira que eles cuidam..." (Fernanda)

"...é bom conversa com a gente, mas é melhor ainda quando a gente sabe que o interesse é verdadeiro sabe? A pessoa realmente se importa, não só por falar, até porque as vezes a gente, pode ser que a gente nem quer conversar, então sei lá, a situação é tão complicada que a gente nem quer, a questão é interesse, você pode ou não tá interessada na pessoa, no sofrimento e você pode apoiar conversando ou não, dá pra perceber se é verdadeiro ou não...Ahh...assim é na vida também né? por exemplo as pessoas passam e falam oi tudo bem? E é automático ou por falar entende...não é tão verdadeiro, não estou dizendo que aqui aconteceu assim, mas, pode ser que sim, dá pra perceber pela maneira de falar, de olhar de tudo...olhares entregam né? no amor é assim também." (Vera)

"Ah...é a atenção que eles podem dar né? pergunta se tá tudo bem? As vezes alguns até falam pra não fica triste porque é assim mesmo... depois você vai ter outro filho tudo, você é nova....mas é essa coisa superficial, né? não vê os seus problemas. É que nem eu

já ouvi falar, gente rica vai em psicólogo, pobre sofre sozinho ou...se virá....sei lá. (Vânia)

“...talvez não seja mesmo o papel deles...acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade.” (Vânia)

Esses discursos mostram que as mulheres perceberam o cuidado que estão recebendo e não somente este, mas a maneira como ele está sendo administrado, se de forma automática, fazendo parte da rotina, ou se é real o interesse em ajudá-las e compartilhar com ela daquele momento, não somente administrando os cuidados físicos necessários, mas transcendendo esse aspecto.

Luz et al. (1989), em um estudo com mulheres com feto morto, revelam que as expectativas que elas têm acerca do apoio recebido são de natureza compreensiva buscando "entender o que estou sentindo", "alguém estar junto", evitando atitudes típicas do tipo "você poderá ter outros filhos" ou negar o problema não tocando no assunto.

Assim, posso afirmar que o cerne de meus encontros com essas mulheres revelou que elas, também, requisitam uma assistência em sua totalidade, um compartilhar genuíno e acolhedor.

Compreendo que, nesse espaço, os profissionais devem ser levados a questionar e refletir buscando modificar a perspectiva impessoal do cuidar. Entretanto, o valor moral do ato do abortamento associado a prática baseada no modelo biomédico de cuidado podem ser considerados barreiras para a transformação dessa prática.

Assim, o cuidado à mulher em situação de abortamento deve envolver uma transformação na sua prática visando contemplar não somente as necessidades físicas, mas outras dimensões envolvidas como relatam as falas das mulheres.

Entretanto, é necessário enfatizar a dificuldade dos profissionais em lidar com situações onde o morrer está presente. Vejo de suma importância para a melhoria da assistência nesses casos, a discussão e reflexão dos profissionais, identificando as dificuldades encontradas em lidar com a situação, analisando a assistência de enfermagem prestada e compreendendo as situações de abortamento em suas diversas óticas com a finalidade de elaborar seus próprios conceitos. É importante refletir numa maneira de implantar programas efetivos de planejamento familiar, nos

serviços de saúde, para que as mulheres possam decidir livre e responsavelmente sobre ter ou não filhos e em que momento, evitando o sofrimento que estão vivenciando.

Contudo, para isso é necessário preparo de uma equipe multidisciplinar para lidar com essas situações sem deixar-se influenciar por preconceitos, valores e estereótipos. No momento em que se olha para essas mulheres como seres humanos e não como objeto do trabalho, consegue-se enxergar um outro lado, que não o da proibição, do tabu e do pecado, podendo desenvolver ações que ajudem-nas a se reconhecerem como sujeitos nas suas relações cotidianas, mas principalmente como sujeitos do cuidado.

Concordo com Esperidião (2001) quando a autora fala que é necessário criar oportunidades para que estas questões ligadas a dimensão bio-psico-social e as atitudes dos profissionais sejam discutidas e experienciadas durante a formação do profissional, dentro ou fora da academia e quando acrescenta que se os próprios profissionais forem compreendidos como seres humanos, estarão mais comprometidos com o atendimento dispensados às pessoas a quem cuidam, isto é, numa outra dimensão.

Remen (1993) defende que "é preciso estar presente como uma pessoa inteira para cuidar da pessoa inteira". Isso significa que o profissional tem que estar íntegro no seu ambiente de trabalho também, ou seja, conhecendo a si próprio, sabendo seus valores e não ocultando seus sentimentos, mas sabendo lidar com eles, olhando para si próprio em outra dimensão e abrindo possibilidades de olhar na íntegra para o outro também.

Portanto, vejo que é importante, ao observar as falas das mulheres, que os profissionais de enfermagem reflitam sobre sua prática, refletindo sobre o seu fazer, buscando compreender, pois ao que parece, eles estão somente reproduzindo a prática cotidiana sem refletir no seu fazer.

Assim, no que se refere ao cuidado a essas mulheres, essa reflexão aponta para a busca do compreender o "ser" mulher em situação de abortamento.

Os discursos das mulheres mostram que é preciso alcançar esta mulher, em outras dimensões, olhando com atenção e zelo para o seu existir enquanto inserida em um contexto existencial. Nesse momento, as ações de enfermagem são

importantes no cuidado a essas mulheres, considerando que a natureza do cuidar envolve uma proximidade física e um maior acesso a elas.

No entanto, essa dimensão do cuidado ainda não foi alcançada pelos profissionais de enfermagem na instituição estudada e as mulheres buscaram explicações para a falta de respeito da equipe de enfermagem, falta de consideração com suas necessidades, falta de informação, justificando essas deficiências com sua percepção de que há quantidade insuficiente de profissionais para atender a demanda e, portanto, falta-lhes tempo.

Assim, alguns discursos descrevem esses problemas relacionados à equipe de enfermagem como, pessoal em quantidade insuficiente e falta de tempo:

"Elas fazem até bastante, mais do que elas pode, porque são poucas enfermeiras pra muito doente" (Maria Aparecida)

"Ah...sei lá...eu acho que é difícil pra elas né? Toda hora tá num lugar noutro, num quarto, no outro atendendo todo mundo." (Gilda)

"... alguns cuidam mais, além de fazer essas coisas, né? vê febre, ajuda no banho, conversam e tem outros que não, pode ser por causa do tempo, sei lá...Ahh...o tempo né? por exemplo as vezes pode ter muito paciente e eles são em pouco, então é difícil mesmo sobra menos tempo ...pode ser também cansaço delas ou as vezes é de fim de semana não queria estar aqui sei lá" (Fernanda)

"Acho que dentro das possibilidades não tem como eles darem apoio as vezes, porque ter tempo pra senta e conversa, aqui acho que eles não tem esse tempo né? Tem outros doentes tudo. As vezes muito mais que o básico fica difícil" (Vera)

"...cuida e faz a obrigação delas de cuidar dos doentes, dá remédio, isso que elas faz aqui, vê febre, dá banho e até conversa, as que tem tempo..." (Renata)

Nessas falas pude observar que as mulheres, como se sentiam fragilizadas pela situação do abortamento buscaram justificar a assistência baseada somente nas necessidades físicas, visto que elas possuíam uma expectativa mínima de cuidado.

De modo geral, como a enfermagem está centrada ainda no modelo clínico de cuidado à saúde, em que predomina o atendimento das necessidades do corpo biológico, no qual técnicas são priorizadas, a falta de tempo ou número de

profissionais insuficientes poderiam ser desculpas para se ater apenas ao cuidado físico e rotineiro. Assim, não priorizam o lado mais humano, o qual nem os profissionais, nem o paciente, como podemos observar nessa fala: *"não sei se este é o papel do enfermeiro"* (Vânia), sabem se realmente faz parte da função do enfermeiro. No entanto, vejo o cuidado de enfermagem como uma arte, na qual se pode executar técnicas e, simultaneamente, atender ao indivíduo num sentido completo.

Algumas falas das mulheres descrevem momentos considerados como falta de respeito da equipe, em relação às suas necessidades e momentos de descasos:

"Eu comecei a ficar nervosa, sabe?... E ele ficava encostando, eu pedi para ele chega mais pra lá, ele não foi, ele começou a gritar comigo e eu comecei a gritar com ele, aí ele foi pega minha veia, aí acho que ele furô minha veia, olha aqui, aí ele veio fala comigo, grita, falei com ele também né? não é porque a gente tá numa situação dessa que a gente tem que se humilha para as pessoa" (Maria Aparecida)

".. eu comecei a perde sangue, aí eu procurei o posto...aí eu falei com a enfermeira né? tava outras meninas lá fora tudo, pra vê se a médica poderia atender...ela, foi um pouco grossa, ela falou, .então você espera, porque não é só você que tá com sangramento aqui, você não é a única, ela foi um pouco grossa, eu não gostei, você já tá mal...eu acho que, sabe... pensa que a gente tirou a vida, né? e não é nada disso, mas aí depois, ela viu, que eu sentei lá, chorei, aí ela voltou conversou comigo, o médico atendeu..., ela voltou depois, falou comigo...Aí a única coisa que eu não gostei foi isso e com certeza pode ter sido isso, tanto é que ela voltou e depois eu levei em consideração porque ela voltou, falou comigo, aí eu não gostei, porque sabe? Tinha um monte, várias meninas ali, todo mundo ouviu. Eu acho que isso é uma coisa assim, minha, uma coisa privada, né? não fala na frente de todo mundo que eu to perdendo sangue e que eu to perdendo um filho, isso me incomodou, ela não devia ter feito isso, me doeu demais, mas que a dor que tava sentindo, se ela pensou que errado, né? que eu rejeitei ela devia pelo menos antes, vê se é isso mesmo. E aqui não, foi tudo bem,...aí a gente vê como é importante também a informação... eu vejo que informação assim tanto elas já não dão..." (Eduarda)

" eu só não gostei porque eu cheguei a primeira coisa eu pedi pra liga pra família, dá o endereço de onde eu tava, eles não deram, elas custaram acha o hospital que eu tava? Então isso aí é ruim né? porque não tinha como eu liga pra elas e falá, olha eu tô aqui nesse hospital né? como que ía no telefone, se a gente não tá agüentando, então eu não gostei Achei uma falta de respeito, consideração." (Alice)

Nota-se por esses discursos a falta de respeito da equipe em relação às necessidades das mulheres e momentos de descaso que podem estar sendo utilizados, de forma camuflada como punição pelo abortamento, desvelando que o profissional não está isento do juízo de valor e, às vezes, prioriza cuidados em outras situações de hospitalização.

Em seus relatos, algumas falas descreveram que a resposta à demanda do cuidado é demorada, muito lenta:

"Ahhh...demora viu...quando a gente chama, pelo menos demorou um pouquinho a hora que eu chamei viu?" (Maria Aparecida)

"Ahh...o cuidado tá bom, mas eu acho ele muito devagar, muito lento" (Vera)

"Antes de vim pra cá eu fui pro posto, fiquei no posto, de manhã até umas 11 horas, cheguei aqui umas 11:30, lá eu fiquei encostada numa cadeira num canto o tempo todo" (Lúcia).

"... fiquei lá embaixo... tava morrendo de dor, aí eu fui lá e falei com a enfermeira, eu não pedi, eu falei que eu tava com muita dor, pra enfermeira, mas ela disse que não podia me dar remédio pra dor, que daqui a pouco eu tava indo pra curetagem, aí fiquei esperando muito lá embaixo, eu tava com muita dor e muito frio, tive que esperar, aí eu peguei eu deitei lá....depois eu tava tão cansada, mas tão cansada que eu dormi com dor mesmo e sangrando mesmo, eu dormi, eu não tenho nem noção do tempo que eu fiquei esperando...nessa hora não tinha ninguém comigo, quando o marido está junto muda de figura...as vezes" (Júlia)

A demora no atendimento às mulheres em situação de abortamento foi percebida, com maior intensidade, entre as mulheres que estavam desacompanhadas. Em seus discursos, elas revelaram um cuidado postergado, no qual elas tiveram que esperar muitas vezes com dor, caladas, talvez por que os profissionais priorizam outros casos.

Outro aspecto que ressaltou aos olhos das mulheres foi a falta de diálogo entre os profissionais:

"Pra mim tem ido tudo muito bem, é só uma coisa que eu não gostei que eles aplicaram remédio, o Doutor, falou pra mim, meia hora, aí eu fiquei em dúvida com medo de levanta... perguntei pra enfermeira, e ela falo que era duas horas, aí eu esperei, daí o

médico veio eu perguntei pra ele, para confirmar mesmo porque fiquei, aí o médico falou não, é só meia hora, sabe quando você fica assim, meia assim, porque é enfermeira, tá sempre em contato com os médicos, acostumada a vê isso né? Só isso que eu fiquei meia assim, mas tirando isso.” (Vânia)

Esse discurso demonstra que a equipe tem um trabalho não articulado, sem diálogo entre eles, dificultando implementar qualidade na assistência, em que se inclui um bom relacionamento profissional-paciente.

A falta de informações quanto à sua condição, aos procedimentos que seriam realizados, terapêuticas utilizadas e condutas, também foram revelados nos discursos das mulheres estudadas:

“será que não poderia ter tido mais atenção, mas informação, a gente não sabe o que tá acontecendo a gente não estudo aquilo sabe? Então fica, manda pra cá, pra lá e o caso dela era urgente né? no meu caso eu fiquei com medo por causa disso, a gente não sabe o que pode acontecer, a gente não é informada.....eu fico preocupada né? eu queria mais informação, explicação do que tá acontecendo, o que vai acontecer, quanto tempo sabe, vai demora pra agir o remédio....alguém que me explicasse o que eu vou sentir com o comprimido, tudo, até aí, é só isso que eu sei.” (Vânia)

“...só sinto falta de algumas informações, sabe? Que nem eu não sei porque eu perdi esse filho, eu quero ter um mais pra frente, eu queria saber se tem risco de novo, de perde, como que foi lá quando fizeram essa coleta (curetagem) e essas coisas, me informar mais....” (Eduarda)

“....eu só queria também fazer uma laqueadura, porque eu não quero mais ter filho, já tenho dois e não tenho condições...não posso com pílula....queria muito sabe? Não sei como fazer, com quem fala...com quem eu falo? Tem como eu fazer aqui? Aqui mesmo? Tem como? Quero muito sabe disso....” (Alice)

As mulheres relataram falta de informações e descaso e esses foram fatores que geraram medos e ansiedades. Assim muitas condutas realizadas não são acompanhadas de orientação antecipada sobre seu estado, sobre a curetagem, o porquê da sua realização, como é realizada, como essa situação poderia ter sido evitada, se poderá ter filhos novamente após a curetagem ou após alguma complicação, se poderá fazer uma laqueadura entre outros questionamentos e isso aumenta a insegurança das mulheres.

Portanto, a situação é, muitas vezes, traumatizante, uma vez que permeiam a solidão e o medo do desconhecido. Mendes (1986) afirma que antecipar ou informar

significa quebrar o desconhecido, poupar do choque do novo e dividir a sensação de solidão, tentando minimizar os agravos psicológicos decorrentes da situação.

Em relação à orientação na alta, a enfermagem desempenha um papel extremamente importante, podendo auxiliá-las na sua escolha de métodos contraceptivos, uso, eficácia, dificuldades e efeitos colaterais.

Concordo com Minayo (1989) quando a autora diz que qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deve estar atenta aos valores, atitudes e crenças de grupos a quem a ação se dirige.

A busca de um novo fazer, na enfermagem, deve reconhecer um olhar diferente em relação a essas mulheres, sendo necessário, alterar o processo de trabalho para que a equipe possa desenvolver novas habilidades compreendendo a mulher nas suas determinações e peculiaridades.

Entretanto, nem todos os profissionais têm consciência da importância desse novo ver, e podemos perceber por algumas falas que nem mesmo os pacientes têm consciência do papel desses profissionais, perguntam-se e alguns até afirmam que não é papel da enfermagem ver o lado humano, dar informações "extras" e orientações. O exercício da enfermagem revelou-se, assim, em alguns momentos, vago para as mulheres:

"Elas entram toda hora, a noite também. E fazem o trabalho delas e mais conversam e tudo, também será que dá para elas terem tempo para dúvidas...nem sei se é esse seu papel. Quer dizer elas fazem mais do que o trabalho delas." (Gilda)

"...talvez não seja mesmo o papel deles...acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade." (Vânia)

Esses discursos revelaram a falta de visibilidade do papel do enfermeiro que, a meu ver, além de procedimentos técnicos, deveria, concomitantemente, atender de forma humanizada, atendendo as especificidades e peculiaridades de cada mulher na situação de abortamento.

Winnicott (1988) diz que a sociedade precisa de técnicos e, isto é essencial, principalmente para os cuidados relativos à saúde, mas o autor enfatiza que onde houver pessoas, e não máquinas, o técnico precisa estudar a forma como as pessoas

vivem e crescem ao longo de suas experiências.

É importante, no entanto, reconhecer, os obstáculos encontrados na prática, que podem de fato ocorrer, dos quais os mais comumente reconhecidos são: as atribuições dos enfermeiros, o número insuficiente de profissionais, os valores éticos e morais e a conduta da equipe como um todo. No caso das mulheres estudadas, contribui, também para acentuar essa relação assimétrica entre elas e a equipe, o espaço físico, onde as enfermarias de Ginecologia e Obstetrícia estão localizadas em uma unidade em que há outras especialidades, têm uma planta física inadequada, rotinas rígidas pré-estabelecidas pelos gestores do hospital, além da resistência do pessoal de enfermagem em incorporar esse novo ver, principalmente pela polêmica acerca do tema. Desponta, portanto, também a necessidade da conscientização dos gestores institucionais para que atuem junto à equipe oferecendo uma educação continuada e buscando metodologias de ensino que promovam uma maior conscientização acerca do tema, e conseqüentemente, um novo modo de cuidar.

O êxito na mudança neste processo depende da conscientização da equipe em considerar o aborto como um problema de saúde pública, que apesar da lei, ainda acomete um grande número de mulheres com seqüelas e complicações importantes que são encaminhadas para o hospital.

No entanto, pode ser que esses fatores mencionados que revelam a falha da assistência, estejam relacionados ao predomínio do modelo clínico no atendimento. Algumas repercussões desse modelo tradicional são sentidas visivelmente na área da saúde, como inadequação da assistência e o próprio estilo de interação dentro do sistema de cuidados à saúde que, de acordo com Remen (1993), estão sendo objeto de extensas reflexões e debates.

O número de abortos induzidos pode ser considerado um retrato da falta de acesso à informação e aos meios necessários para o exercício da escolha, ocorrendo em conseqüência da não implantação de programas de planejamento familiar ou mesmo de serviços suficientemente adequados às necessidades de anticoncepção da população.

A Plataforma Mundial de Ação de Pequim prevê que, em nenhuma circunstância, o aborto deve ser promovido como um método de planejamento

familiar. Afirma que:

Todos os governos e todas as organizações intergovernamentais e não-governamentais pertinentes são instadas a reforçar seus compromissos com a saúde das mulheres, a considerar os efeitos do aborto inseguro sobre a saúde como um problema crucial de saúde pública e a reduzir o recurso ao aborto, mediante ampliação e melhoria dos serviços de planejamento familiar. Deve ser atribuída prioridade máxima às ações de prevenção da gravidez indesejada e todos os esforços devem ser enviados para evitar a necessidade do abortamento (Dossiê Aborto Inseguro da Rede Feminista, 2001).

Acrescenta que as mulheres com gestações indesejadas devem ter acesso imediato a informações confiáveis e um aconselhamento e, em todos os casos devem ter acesso a serviços de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto, assim como os serviços de orientação pós-aborto, de educação e de planejamento familiar devem ser rapidamente disponibilizados, evitando medidas punitivas contra as mulheres que se submeteram a abortamentos ilegais (REDE SAÚDE, 2001).

Concordo com Heilborn (2002) quando a autora diz que os profissionais da área da saúde ficam marcados por uma função que é intervir nos corpos e nas pessoas no sentido de melhorá-las, e este é um compromisso que está na origem da profissão, entretanto há necessidade de expansão desse papel implementando sua função educativa. No entanto, ressalta que, de alguma maneira, toda função pedagógica é um pouco criminosa culturalmente, porque valores da pessoa que está sendo educada acabam sendo desconstruídos e aquela que está educando pode estar passando seus valores, mas ao mesmo tempo, isso é feito a partir do compromisso com ideais de melhoria das condições de vida, ainda que apoiados em nossos próprios costumes.

A dependência dos profissionais e falta de autonomia que têm na instituição hospitalar foi outra marca revelada nos discursos das mulheres estudadas:

“eu fiquei com muito medo, muito mesmo, porque a gente não sabe como as pessoas vão agir com você...a pessoa fica totalmente depende desses profissionais né? remédio, você confia, você vem e confia né?” (Vera)

“ como é a primeira vez que eu aborto, eu não faço idéia do que vai acontecer comigo, do que pode acontecer comigo” (Lúcia)

"E no meu caso eu fiquei com medo por causa disso, sabe a gente não sabe o que pode acontecer, a gente não é informada" (Vânia)

"Achei assim...se você tá sem condições tem que pedi pra eles ligá pra família né? é depende deles...se eles não entra em contato, quem vai entra?" (Alice)

"Sabe aquele médico que te trata assim, seco? Senti um pouco, aí eu comecei, aí eu pra...né? A gente depende deles né? eu puxei conversa, entendeu? Fiquei circulando ele, daí ele foi melhorando...entendeu? comecei a me abri daí ele conversou comigo" (Alice)

"...a gente espera tudo quando vai pro hospital e a gente sabe que lá a gente depende totalmente de outras pessoas pra tudo" (Renata)

A revelação da dependência total dos profissionais de enfermagem e a falta de autonomia foram visíveis nos discursos e apontaram para a falta de abertura e diálogo entre as mulheres e os profissionais e se mostrou calcada na fragilidade do momento vivido.

Compreendo dessa forma, ser importante que o profissional mais uma vez se volte para uma reflexão em relação a esse fato, pois o cuidar precisa por, em questão, a situação da mulher, sua vida.

Merphy (1994) diz que a equipe envolvida pelo vínculo e através da responsabilização tem compromisso com os diferentes tipos de problemas e com vida e a morte dos usuários, e que curar ou ajudar alguém seria sempre lutar pela ampliação do coeficiente de autonomia dessa pessoa.

A construção da autonomia está contemplada nos Princípios e Diretrizes do SUS, uma vez que o direito a informação sobre sua saúde viabiliza a aproximação da mulher com as questões da autonomia, do autocuidado e da prevenção como um todo (MERPHY, 1994).

Saliento, assim, que ao invés de paciente, a mulher deve ser um agente ativo do cuidado e não ficar a mercê da equipe, podendo articular e falar sobre si mesma e sobre o cuidado, porém na situação de aborto, parece que ela perde o sentido da sua existência em si e adota uma postura de inferioridade agradecendo pelo simples fato de estar sendo assistida e não morrer. Nesse momento, sua culpa é grande, sua auto-estima é baixa o que a impede de exigir algo ou ter autonomia em sua assistência. Pude perceber isso por essa fala:

“...não tenho o que reclamá, porque eu cheguei numa situação bem....ruim mesmo, todos me trataram muito bem e com muita paciência, me deram maior atenção, maior força mesmo, eu cheguei aqui bem mal, muito mal. Então foi muito bom. Pra mim a maneira que eles me tratô foi ótima...na situação que eu tava, eu podia tá morta agora” (Adelaide)

Quando as mulheres mostraram um pouco de sua autonomia ou revelaram sua dor, sentimento, história ou questionaram, parece-me que os profissionais de enfermagem tiveram dificuldade em lidar com elas, pois a equipe não está preparada para essa dimensão do cuidar e nem com a revelação de suas autonomia.

Algumas mulheres ao falarem sobre a maneira de cuidar expressaram a seguinte frase: *"olhares entregam"* e esse fato mostrou que muitas vezes, o profissional até faz, pergunta e mostra interesse para com o outro, porém isso pode estar dentro de um modo padronizado de agir no hospital e que a mulher percebeu como não autêntico. Isso pode ocorrer também, porque na divisão de tarefas, os profissionais de enfermagem no desempenho de seus afazeres como: cuidado físico, cumprimento de horários e escala não se dão conta da importância desses outros aspectos, isto é, dessa outras dimensões do cuidado.

Assim, penso que gestores institucionais deveriam discutir esses fatores e estimular os profissionais para refletir sob suas atitudes, que transpareceram na fala de algumas mulheres, como a falta de tempo, número de profissionais insuficientes, falta de respeito com algumas de suas necessidades, descaso, falta de informações e de autonomia, para entender o que vêm acontecendo e como isso pode ser repensado para melhorar a qualidade da assistência.

Compreendo que, de modo geral, as mulheres, apontaram para a necessidade de maneiras mais humanas e sensíveis para assisti-las. Afirmo que a essência das entrevistas moveu-se para esse aspecto.

Entendo que uma transformação para uma nova dimensão, um novo olhar no cuidado a essas mulheres, pode depender da própria vida, contexto e valores do profissional. Algumas mulheres apontaram esse aspecto:

"Como que um médico ou qualquer outra pessoa vai entender alguém que mata por amor, porque sabe que não tem o que dá de comer nem de viver, se ele ou essa pessoa nunca passou fome, nunca passou frio nem necessidade, não sabe o que é não ter

família ou apoio e nunca teve algum vício para esquecer a dor"
(Adelaide)

Portanto, o cuidado às mulheres, em abortamento, necessita de uma reflexão dos profissionais acerca do exercício do cuidar dessas mulheres considerando-as em um momento peculiar. Refletindo assim em um ponto primordial, uma mulher em situação de crise em sua vida, seja porque perdeu seu feto espontaneamente ou aquela que "supostamente provocou" encontra-se em um momento de luto, frustrante e de muito sofrimento, permeado de culpa pelo fato de não conseguir levar adiante a gravidez ou pelo ato praticado.

5.2.4) Relatando a falta de identidade profissional

Em seus discursos, as mulheres falaram a respeito da profissão do enfermeiro, numa visão idealista, projetando um cuidar desvinculado de fatores culturais, sociais, morais e éticos:

“Eu acho assim, ou elas trata todo mundo igual mesmo, ou dá lugar para outras né? que quer trabalha né? que gosta de fazer aquilo” (Gilda)

“Eu acho que é assim mesmo e depois também tem aqueles que gostam realmente do que faz e aqueles que fazem porque tem que ganhar, tem que trabalha, né? não tem aquele dom, sabe, aquela coisa de dom mesmo, às vezes nem faz por mal, não tem o dom de ser enfermeiro...são pessoas que ou não tem tempo, que eu acho só uma desculpa, ou tão cansado, aí pode até ser, ou mesmo não gosta do que escolheu, ou fica julgando as pessoas” (Fernanda)

“Até eu acho que se a pessoa trabalha no que ela escolheu, ela tem que atender tudo que aparece e julga essas coisas. Eu acho que se você escolher a profissão de sê médica, enfermeira, você tem que pega o que vem na frente não é? Escolher então você não pode recusa ninguém, não é? Mesmo?” (Lúcia)

“Eu acho que é uma profissão, eles escolher uma profissão de muita assim...imagina....tem que trata bem, escolheu isso e é trata bem todo mundo...até os mais carentes....” (Adelaide)

Essa visão das mulheres estudadas contrasta com a organização do processo de trabalho e saúde, que é secular e tem raízes no modelo clínico da assistência e saúde.

Dessa forma, para compreender essa realidade do cuidado de enfermagem e sua organização atual ousei apropriar-me de algumas concepções de Processo de Trabalho buscando elementos que me auxiliassem a melhor entender toda essa inclinação da equipe para a concentração de seu trabalho no técnico e racional.

Lima (1990) discute o processo de trabalho como uma atividade orientada para uma finalidade e seus meios ou instrumentos afirmando que um objeto de trabalho é um fragmento da realidade, recortado por um olhar que concebe um produto. Tratando especificamente do Processo de Trabalho em Saúde, Mendes (1986) aponta dois modelos de organização das práticas de saúde, o do controle da doença na sociedade, denominado epidemiológico e o modelo clínico.

Lima (1990) diz que no modelo clínico, numa visão geral, o corpo humano é

identificado como objeto de trabalho e acrescenta que a concepção da clínica está totalmente contida nos limites físicos, químicos e biológicos do corpo humano. Esta forma de pensar ocorre pelo conjunto de constantes morfológicas e funcionais definidas a partir da Anatomia, Fisiologia e Patologia e quando este é utilizado, a assistência à saúde é feita com base na patologia, nos sinais e sintomas e um grande esforço é feito em conseguir diagnóstico e instalar medidas terapêuticas (LIMA, 1990). Para que fosse possível a constituição da teoria das doenças, o trabalho médico teve que se desenvolver em locais de trabalho adequados à relação técnica médico-paciente. Esse local de trabalho, num sentido amplo, constituiu-se no hospital moderno (ROCHA, 1990), instituição relativamente grande e complexa, constituído por um conjunto de trabalhos sem os quais não poderia funcionar.

A finalidade do trabalho de enfermagem passa a ser focada também na recuperação dos corpos. Segundo Rocha (1990), o objetivo de trabalho para a enfermagem é a organização do hospital e do espaço do doente e os meios de trabalho são as normas de conduta, de bom senso, de bom trato às pessoas doentes e ainda a limpeza do ambiente, silêncio, o calor, a alimentação para sua recuperação.

À enfermagem coube relativamente as funções "mais manuais" junto ao processo terapêutico e funções de complementaridade não obstante, essenciais a realização do processo como um todo. O médico passou a ser o principal responsável pelo trabalho em saúde, pois é ele que, pelo diagnóstico e prescrição, além de técnicas terapêuticas, neste processo detém o poder, dominando assim todo o processo, reproduzindo, as relações sociais de classes e estabelecendo relações de poder com as outras profissões (ALMEIDA, 1989; MENDES, 1988).

O trabalho da enfermagem também se dividiu, ficando o enfermeiro como o profissional mais qualificado, com as funções "mais intelectuais" da parte "mais manual", e para os auxiliares e técnicos funções "mais manuais". Esse fato denomina-se verticalização do trabalho (MENDES, 1988).

Isso é a realidade do mundo do hospital moderno. Portanto, o modelo predominante da assistência em saúde no atendimento às mulheres em situação de abortamento reproduz e centra sua atenção no biológico. A enfermagem inserida nesse processo de trabalho em saúde segue este mesmo modelo (LIMA, 1990).

No entanto, penso que esse fato deve ser repensado, pois a mulher não pode

ser vista como um objeto nos serviços de saúde, mas como pessoa que tem sua vida, seu contexto, seus problemas, seus desejos e suas peculiaridades.

Alguns relatos apontam para a preocupação das mulheres nesse sentido. Neste discurso, aparece a preocupação das mulheres com a formação dos profissionais:

"Acho que onde se forma essas pessoas poderia ver isso, né? e falar mais sobre isso. Falar que na profissão que eles escolheram todos são iguais e que ele vão atender e cuidar de todas os tipo de pessoas sem diferença. Nessas escolas tudo, mostrar que não se pode tratar diferente e que somos pessoas, somente com diferentes história de vida" (Fernanda)

Como sabemos, há um privilégio do tecnicismo no preparo profissional na área do ensino, ou seja, o ensinar muitas vezes, limitando-se apenas à reprodução do conhecimento científico (ESPERIDIÃO, 2001).

Vejo como preocupante a distorção de valores no processo de ensino-aprendizagem (ESPERIDIÃO, 2001), uma vez que para ser significativo, o aprendizado deve ser norteado por premissas que atendam às questões mais pessoais como independência, iniciativa, responsabilidade, libertação de criatividade do profissional e a partir do momento que este considerar sua própria vida, seus sentimentos e assim conseguirá atender o outro deslumbrando outras dimensões.

Segundo Esperidião (2001), não há como separar as experiências que são vivenciadas enquanto pessoa, daquelas que são adquiridas a partir do exercício profissional, pois ambas influenciam-se mutuamente. A esse respeito, Gonzales (1999) reconhece a idéia da unicidade do ser humano, salientando a interdependência e indissociabilidade dos seus aspectos físicos, mentais e sócio-culturais.

Diante disso, acrescento que o conhecimento sobre o aborto veiculado nos cursos de graduação, encontrados nos livros-textos e nas instituições de saúde são poucos e seu enfoque é baseado no modelo clínico. A assistência, assim, mostra-se insuficiente para atender essas mulheres. Observa-se que questões sociais, econômicas e emocionais da mulher ou do casal, associadas à situação dolorosa do abortamento necessitam um modelo de assistência que buscase reconhecer a situação como de sofrimento físico, emocional e moral e buscase centrar-se na recuperação da dignidade da pessoa.

Os profissionais, aos olhos das mulheres estudadas, foram vistos por suas características pessoais às vezes, desvinculados do seu desempenho profissional. Em seus discursos, as mulheres falam sobre as diferenças dos profissionais de enfermagem que as assistem:

"...dá pra nota a diferença... são tipos de pessoas mesmo diferentes né? uns conversam mais outros não." (Fernanda)

"Quanto a diferença de profissionais isso existe mesmo, né? até porque as vezes a pessoa só tá ali, pra recebe no fim do mês ou aquele profissão é a única que sobrou pra ela, único meio dela né? e precisa ver sabe onde se forma essas pessoas, pra ver o lado humano também. Não falo só nesse hospital não, falo de uma maneira geral" (Vera)

"É como toda profissão né? por exemplo eu trabalhava em casa de família, tem dia que as pessoas não estão bem, sabe? Em saúde deve de ser a mesma coisa, mas o problema é que são pessoas doentes né? ou que precisam de cuidado aquele momento se não podem morrer...trabalha com vidas, independente do paciente, tem que cuida igual, apareça o que aparecer, se você escolheu essa profissão, você tem que atender." (Lúcia)

"...e acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade." (Vânia)

"Ah...eles são diferente né? mas aí assim tem que levar em consideração né? porque as vezes é o tipo de pessoa, uma pessoa mais tímida, uma pessoa mais extrovertida né? pessoas são diferentes uma das outras né? uma ri mais, outra é mais séria, conversa outra não, mas te trata tão bem quanto a outra. As vezes o fato de conversar ou não, não significa que cuida melhor ou não, as vezes aquela que é quieta, respeita tanto o seu momento e cuida como você quer." (Eduarda)

Os discursos, portanto, nos mostraram que a diferenciação das categorias profissionais de enfermagem pelas mulheres se fez a partir de características individuais e não do desempenho profissional das diferentes categorias, o que na prática não se mostrou a elas com diferenciação.

Percebo, por esses discursos, que as mulheres revelaram pessoas cuidando de forma diferente uma das outras, não sei se por influência do diagnóstico. Em se tratando de aborto, o hospital utiliza mecanismos para fugir dessa questão e se ater ao que entende ser seu papel: o cuidar centrado nas necessidades físicas da pessoa. A dificuldade do profissional em aproximar-se academicamente do tema do aborto intencional devido às implicações jurídicas, torna difícil e rara a sua caracterização nas situações hospitalares. Não sendo possível uma afirmação, trabalha-se com

probabilidades de aborto intencional e, assim, com base em um conjunto de fatores (história clínica, exame físico) o aborto provocado recebe a denominação de aborto inevitável ou infectado (LONGO, 1997).

Esse contexto envolve um conviver dos profissionais de saúde com uma questão polêmica visto que eles não dispõem de diretrizes e suporte para outras formas de ação (LONGO, 1997).

Na minha vivência, foi possível observar que profissionais da enfermagem, no ato de cuidar de mulheres em situação de abortamento, o fazem de forma diferente dependendo da provável etiologia do aborto. Mulheres com histórias clínicas sugestivas de aborto provocado são vistas como irresponsáveis e essa crença tem implicações na assistência prestada.

Da mesma forma, Sampaio; Boemer (2000), em estudo relacionado ao suicídio, também observaram a intolerância e incompreensão que as pessoas têm no ato de cuidar dos indivíduos suicidas. O suicida é considerado um transgressor de regras e, como tal, seu ato é classificado como delitivo. Cassorla (1998) relata a existência de um certo preconceito em torno da pessoa que tenta o suicídio, expresso pelo desprezo, agressividade, às vezes do próprio maltrato dos profissionais da área de saúde que, quando se deparam com situações em que a pessoa deseja ou aparenta desejar a morte, têm dificuldades, dado que foram treinados para salvar vidas e atenuar-lhes os sofrimentos.

Assim, na formação dos profissionais, é importante que temas, considerados polêmicos e, muitas vezes ocultos como: eutanásia, aborto, sexualidade, entre outros, devem ser colocados em pauta para discussão entre os profissionais, alunos e professores. Entretanto, a discussão deve ter caráter ampliado evitando o juízo de valores frente a essas situações, mas buscando problematizar, refletir e estimular o desenvolvimento de espírito crítico, possibilitando troca de opiniões, trazendo a tona uma discussão responsável e apontando os vários lados da polêmica compreendendo a condição do paciente que passa pela situação, do profissional, da família e dos contextos de vida envolvidos.

As mulheres revelam que muitos profissionais ou a maioria deles não se identificam, às vezes dizem somente o nome, mas não dizem a que categoria

pertence e isso pode ser compreendido como uma forma de ocultamento no processo de trabalho, não se comprometendo com um modo diferenciado de "fazer em saúde":

"Ahhh.. não sei. Eles não falam não. A gente não sabe deles quem é médico, quem é aluno, quem é enfermeiro, quem é aluno, a gente não sabe...ontem (no ambulatório) tinha uns lá que eu sei quem era médico e quem era aluno, porque eles falaram, mas de lá pra cá cada hora eu tô encontrando com um diferente do outro né? agora tinha uns lá que era enfermeira". (Lúcia)

"...mas pessoas não falam, não, no geral. Aqui no quarto, não veio nenhum médico me ver, então. Mas as outras são tudo enfermeira, eu acho que são tudo enfermeira, mas elas não falam não, eu sou enfermeira." (Eduarda)

"Ahh...não sei ...não sei mesmo, eles não falam, só as vezes. Eles usam aquela sabe (apontou o crachá) mais a gente não fica vendo pra lê, só tem o nome grande, o resto não dá pra fica lendo, eu não presto atenção nisso...e a gente só sabe quando eles falam, ou pelo modo deles. Né? quase nunca eles falam. Mas as vezes dá pra sabe pela roupa, ou quando só entra examina e sai , aí é médico, quando fica aqui, rodando o quarto aí é enfermeira não é?...." (Renata)

A não preocupação com a identificação entre os profissionais faz com que as mulheres busquem diferenciá-los por atitudes, desempenho técnico ou pelo sexo:

"..as enfermeiras, que dão os medicamentos...os médicos também conversam, conversam diferente, mas conversam... Ahh...as moças fazem a gente ri, são menos sérias, os médicos são mais sério, mas falam também...orienta, quando não fala a gente fica observando pra vê se a gente sabe, sempre a gente descobre, pela roupa, ... pelas coisas que faz, pelo tempo que fica, se vai e volta, ahhh essas coisas." (Gilda)

"Os médicos são mais sérios ainda, quase não falam muito, conversam bem menos, só o necessário, respondem o que você pergunta tudo, orienta. As enfermeiras estão sempre, sempre aqui, bem mais que eles que vem menos, elas ficam mais tempo com a gente... parece que eles já é assim eles respondem, mas tem mais pressa e menos paciência entende? Se bem que entre elas é assim também, umas tem mais paciência que as outras...na maioria da vezes não, a gente percebe, por várias características, jeito de ser, vestir, falar, essas coisas e a gente vê no crachazinho de vocês." (Vera)

"...a gente percebe, sabe...às vezes se engana, mas geralmente a gente sabe? Até pelas características, o que eles fazem. Mas é

difícil, porque as vezes todos fazem a mesma coisa, por exemplo, enfermeiro mede pressão médico também, conversa o outro também, se bem que são conversas diferentes e o médico fica menos tempo e não conversa mais de igual, ahh...sei lá. Aliás eu acho que lá embaixo, tinha um só que era médico, o outros... estudante. Eles não falam não...." (Lúcia)

"...é a gente acha né? Que as mulheres são as enfermeiras né? sei lá....eu acho assim, eu pressinto assim que elas é a enfermeira e os homens...não sei...mas eles não fala não né? mas é bom eles fala, assim a gente não tem que adivinhá....eles vem conversa com você tudo, examina, faz o que tem que fazer, sabe seu nome tudo....é difícil sabe se ele é o médico ou não é? Não é verdade?" (Alice)

"As vezes sim, mas na maioria não...a gente percebe né? pelas atitude, o que eles fazem...examina...as enfermeira fica mais aqui no quarto que eles....com a gente, elas dá banho, arruma a gente, põe esses treco aqui na gente (soro), as vezes conversa....a maioria das coisa que a gente precisa é pra elas que a gente fala, porque eles vem pouco aqui, mas é examina a gente...assim e acho que eles que decide né? as coisas, porque a gente pergunta elas falam assim, eu vou ver com os médicos e depois te falo.....os médico também vem menos, conversa menos...ahhh...não sei te falar direito." (Dulce)

Nesses discursos, as mulheres expressam a dificuldade em identificar os profissionais e apontam as estratégias que elas têm utilizado, muitas vezes, para saber quem são como: atitudes, vestimenta, tempo em que ficam na enfermaria, como conversam, dentre outras. E evidenciam que mesmo assim podem se enganar.

"...eles nunca falam, não falam mesmo e a gente fica sem sabe né? é devia falar... pra gente sabe se pergunta, as vezes tá com alguma pergunta pra fazer, direcioná, sabe pra quem que pergunta, pra quem fazer a pergunta" (Vânia).

"...Mas é bom identificar, é sempre bom saber quem é que tá cuidando da gente, né? muito bem saber..." (Ana)

Algumas falas mostraram a importância dos profissionais identificarem-se para a melhora da assistência, mostrando o quanto é importante para essas mulheres saberem quem as está assistindo em sua internação, quem é responsável pelo cuidado.

Vejo que essa dificuldade de identificação do profissional evidenciada nas falas das mulheres pode ser reflexo da atitude da equipe em se ater apenas no biológico e não se envolver nos outros aspectos que fazem parte da situação de

abortamento. Todo esse contexto, faz com que ambos, profissional e mulheres em situação de abortamento procurem não ter um relacionamento empático, não criando vínculos e detendo-se apenas naquilo que as mulheres classificaram como um cuidado "normal". Entretanto aqueles profissionais que conversam mais ou importaram-se "verdadeiramente" também não tiveram a preocupação em se identificar. Essa não identificação e a obscuridade do trabalho da enfermagem parece contribuir para a falta de identidade profissional e os profissionais contribuem para a sua manutenção e desvalorização nas instituições de saúde.

Assim, nessas condições, as mulheres descrevem a equipe de enfermagem através de seus discursos permeados por um anonimato da equipe, não identificando os profissionais, nem por nome, nem pela função que exercem:

"... Mas é difícil, porque as vezes todos fazem a mesma coisa..."
(Lúcia)

"ah...eles todos né? de um modo geral" (Vânia)

"A gente fala eles, é tudo né? pelo menos quem tá atendendo a gente né?" (Eduarda)

"Eu falo assim eles, quer dizer de todos, todos, assim médico e enfermeiras. E até as faxineira." (Adelaide)

"Ah...uma enfermeira conversou comigo, uma enfermeira da noite, eu gostei, ela deu muita atenção." (Alice)

"...uma mulher veio e conversou muito comigo, falou que era pra mim não ficar assim..." (Renata)

'...aí falaram pra mim não fica chorando..." (Júlia)

De certa forma, o anonimato da equipe de saúde e, em especial da equipe de enfermagem pode, também, ser um fator que contribui para o ocultamento dessas mulheres, mas não propicia um lidar com os sentimentos que permeiam a situação de abortamento, tanto para as mulheres com aborto espontâneo como para as mulheres com histórias sugestivas de aborto induzido. Mostra também falta de identidade do profissional dentro da equipe, perdido dentro da rotina da instituição, o que não têm contribuído para a qualidade da assistência a essas mulheres.

Os profissionais envolvidos na rotina e na preocupação de dar conta dos cuidados físicos necessários, além de não saberem como agir quando se trata de um

diagnóstico polêmico e ilegal, realizam a assistência de forma superficial e insuficiente como revelam os discursos.

E isso leva o anonimato da equipe, isso significa que a equipe é "eles", "o a gente", sem diferenciação, sem nome, mostrando a forma impessoal e automática de cuidar da equipe de enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O CUIDADO DE ENFERMAGEM-GRAUS DE COMPREENSÃO

Observamos que na assistência à mulher em situação de abortamento predomina o cuidado centrado no atendimento às necessidades físicas. Tal prática pode ser decorrente de que preparados para o evento da vida e para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais de saúde quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados e constrangidos.

Essa prática de saúde baseada no modelo no qual o diagnóstico e a terapêutica são o foco principal mostrou-se insuficiente para atender às necessidade apresentadas pelas mulheres em situação de abortamento, sujeitos desse estudo.

É importante que a equipe ofereça uma assistência diferenciada para as mulheres em situação de abortamento, promovendo um ambiente que favoreça falar sobre o evento e com uma escuta responsável a fim de que as mulheres expressem seus sentimentos.

É imprescindível transpor o modelo clínico de saúde facilitando o acesso à mulher com toda sua especificidade, com determinantes familiares, ambientais, emocionais e culturais, respeitando sua autonomia e sua individualidade.

No plano da ação programática, entendemos que um trabalho que discuta mudança de comportamentos deve procurar apreender valores, idealizações e projeções dos sujeitos sociais envolvidos. É no campo simbólico que a intenção de mudança de comportamentos se organiza, podendo com isso tornar-se prática. Cabe ressaltar ainda que o fato de tornar-se uma prática relaciona-se com fatores e circunstância socialmente complexos, e não apenas como um arbítrio do sujeito.

Enfatizo ainda a importância dos profissionais buscarem um modo autêntico de ser no cotidiano, o que implica em mudanças no modo de se conceber o próprio trabalho para além das rotinas e normas, mas buscar um novo olhar para a mulher nessa situação em sua totalidade, com vistas a minimizar-lhes o sofrimento, controlando essa situação considerada um problema de saúde pública pelas condições inadequadas de assistência.

O cuidar do enfermeiro atuando somente nesse mundo técnico pode esvaziar-se em seu sentido humano na medida em que o cuidar de tarefas determinadas o

encobre como ser humano. Nesse mundo faz-se presente a atitude rotineira que acaba justificada pela situação ilegal do aborto. E então, a proximidade com a mulher se dá ou é estabelecida quando se transpõe a rotina de perguntas do tipo: "parou o sangramento?", "diminuiu?" Encaminhando-se para aproximação mais envolvente uma vez que em seus relatos, as mulheres afirmaram que quando se dá um certo envolvimento, percebe-se que é superficial sem um real interesse.

É preciso avançar no cuidado, compreendendo a mulher que ali se encontra, não apenas enquanto aquela que necessita ser cuidada fisicamente, mas como ser humano que vivencia tal situação e sem dúvida, experimenta um sofrimento e sentimentos dolorosos.

Assim, é preciso resgatar e reconhecer a singularidade de cada mulher, pois cada mulher e cada profissional são únicos, e a busca de um cuidar direcionado a totalidade envolve o interessar-se realmente pelo outro. É importante também que os profissionais reflitam o que é cuidar para eles mesmos e o sentido mesmo de seu trabalho.

Um cuidar mais humano e genuíno, não restringe a mulher a uma situação de perda natural ou não, presa ao momento, acondicionada a uma rotina, mas dá a idéia do ser como existência, aberto ao que se passou em sua vida e ao que virá. O que passou são suas experiências, seus acontecimentos, histórias de vida, contexto e o que está por vir, pode ser uma vontade de repensar, reorganizar sua vida, querer ou não a vinda de um filho novamente e planejar os rumos de sua vida. Deixar que a totalidade das mulheres se dê, mesmo causando sofrimento e medo frente aos seus valores e preconceitos é essencial para um cuidado mais satisfatório.

Isso implica em compreender a situação de abortamento em seu contexto existencial, não veiculada à ilegalidade, a conceitos pré-estabelecidos, porque nenhuma situação é por si só isolada, é próprio da natureza humana viver em um contexto em que hábitos, valores, condições sócio-econômicas, modos de ser que interferem na sua vida.

Compreendo que cada mulher vivencia o aborto e a internação a seu modo e buscar compreender tal vivência, o caminho que a mulher está tomando, seu sentido de vida, seu contexto, suas condições é importante para o cuidar singular.

Quando o profissional se aproxima dessa mulher para além de qualquer tarefa

em um interesse real é possível deixar que a situação vivida por essa mulher seja revelada, e que apontem possibilidades para aliviar-lhes o sofrimento naquele instante. Como será para um ser estar internado pela perda de um feto? Quaisquer que sejam os motivos? Ela sofre da mesma maneira física e existencialmente? Quando adolescente, seu sofrimento, às vezes, ainda é ocultado da família e amigos, vivendo-o solitária, impossibilitada de se abrir, de falar como situação única para cada uma delas. Muitas vezes a decisão pelo abortamento ocorre sem auxílio, sem apoio do parceiro e família, com condições sócio-econômicas precárias e, portanto vejo que o cuidar vai além, sendo importante não perder de vista a totalidade de quem está sendo cuidado, enquanto ser humano.

Penso que com as atribuições de valores e conceitos não contemplamos a vivência das mulheres frente ao aborto. É necessário repensar na formação dos profissionais frente a temas como aborto, sexo, homossexualismo, sexualidade, AIDS e outros temas que envolvem valores e preconceitos para que possam melhor lidar e melhorar a assistência a esses pacientes, não punindo ou agindo diferente de outros paciente.

Entendo como fundamental que, além da reflexão do profissional e transformação da assistência, haja uma modificação ou transformação das próprias mulheres em busca de uma maior autonomia, de conhecimento de seu próprio corpo, de um desenvolvimento de "empowerment", da consciência de prevenção quando o desejo é não ter filhos e uma busca de seus direitos como usuária dos serviços de saúde.

Assim, ao buscar compreender como as mulheres reconhecem o cuidado de enfermagem na situação de abortamento, acredito poder trazer elementos que possam transformar essa assistência.

É lógico que como profissional de saúde, pensamos em salvar vidas e lutamos para o bem estar dos pacientes, mas se considerarmos o aborto como um grave problema de saúde pública como tem sido revelado, com alto índice de morbimortalidade, seqüelas físicas e emocionais graves, um grande número de abortos clandestinos, percebemos apenas que o rigor da lei não consegue conter essa prática. E como profissional de enfermagem, é importante compreender que o cuidar vai além dos aspectos físicos, implicando um compartilhar e uma relação de empatia

com essas mulheres. É importante também, a atuação do profissional em todos os níveis dos serviços de saúde e que a prevenção da ocorrência da gravidez indesejada seria o ideal, porém em casos de mulheres em abortamento, nossa assistência deve ser a mais satisfatória possível.

Espero que este estudo gere reflexão e dê possibilidade de ser repensado o cuidar a essas mulheres, deslumbrando dessa maneira um novo olhar para outras dimensões na assistência, buscando a integralidade.

Vislumbro ainda novas possibilidades de desdobramento das idéias aqui apontadas, no sentido de repensar o cuidado a essas mulheres e o desenvolvimento de outros estudos que dêem subsídios para a transformação na assistência a essas mulheres, buscando uma transformação na prática do cuidado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. Considerações Bioéticas sobre o aborto. In: _____. **A bioética no século XXI**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000a. p. 101-107.

ALMEIDA, M.S. Conhecimentos de Universitários do sexo masculino sobre o aborto provocado. **Revista Brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 35, n. 2, p. 173 - 182, abr./jun. 2000b.

ALMEIDA, M.S. **A situação da Enfermagem nos anos 80. Os desafios da Enfermagem para os anos 90**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41, Florianópolis, anais, 1989, p. 234-246.

ANDALUF NETO, J. Dez anos de serviços de aborto legal. **Jornal da RedeSaúde**, São Paulo, n. 18, set., 1999. Disponível em <[http:// www.redesaude.com.br](http://www.redesaude.com.br)>. Acesso em: 15 set. 2003.

AZEVEDO, E.S. Aborto. In: _____. **A bioética no séc. XXI**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000, p 85-100

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARINI, R. Fatores associados ao aborto recorrente. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 217-223, maio, 2000.

BEAINI, R.C. **À escuta do silêncio**: um estudo sobre linguagem no pensamento de Heidegger. São Paulo, Cortez, 1981.

BIANCARELLI, A. **Aborto**: decisão vai orientar políticas públicas de saúde para os próximos anos- Conferências em Brasília aprova descriminalização. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 22 dez. 2000. Folha Ribeirão, C 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, D.F, 2001.

_____. **Combate a agressões contra as mulheres.** sd. Brasília, D.F. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/saude>> Acesso em: 2 de fev. 2004.

_____. Código Penal, 1958. **Lei do Sigilo Profissional**, Brasília, 1958. Disponível em: <http://www.inskaive.com.br/home/sigilo_profissional.htm> Acesso em: 03 de jan. 2004.

COLAS, O.R; ANDALAF NETO; ROSAS, C.F; KATER, J.R; PEREIRA, I.G. Aborto Legal por Estupro - Primeiro Programa Público do país. **Revista Bioética**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 81-85, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CASSORLA, R. **Da morte: estudos brasileiros.** 2 Ed. Campinas: Papirus, 1998.

COSTA, M.C. **Abortamento espontâneo e provocado: comparação entre dados epidemiológicos e complicações.** 2000. 84 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2000.

CHIPMAN, Y. Caring: it's meaning and place in the practice of nursing. **Jornal of Nursing Education. Thorofare**, v. 30, n. 4, Apr.1991.

DONAHUE, P. **História de la Enfermeria.** España: Ed. Dayma, 1996.

DRESLER, E.D; BOEMER, M.R. O significado do cuidado do paciente com AIDS- uma perspectiva de compreensão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 70-81, jan./mar., 1991.

DREW, N. Exclusion and confirmation: a phenomenology of patient's experience with caregivers. Image: **Jornal of Nursing Sch**, Indianópolis, v. 18, n. 2, p. 39-43, 1986.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria:** a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. 2001. 106 p. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP- USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ESPÍRITO SANTO, P.S.M.F. **Aborto** – Percepção de Profissionais de Emergência de Ribeirão Preto. 2003. p. 151. Dissertação (Mestrado) - Departamento da Faculdade de Medicina Preventiva da Faculdade de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, 2003.

FRANÇA, G.V. Breves Reflexões sobre o Direito de Viver, **Revista Bioética**, São Paulo, vol. 2, n. 1, p. 29-35, 1994.

FONSECA, A.H.L. **Transindividualidade, individualidade, pessoa e psicologia**, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.terraviva.pt/FerNoronha/1411>> Acesso em: jan. 2004.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. **História da Enfermagem:** versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. p.3-31.

GOLLOP, T.R. Abortamento. In: **A bioética no séc. XXI**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2000. p. 79-84.

GONZALES, R.M.B et al. **Cenários de cuidados:** aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti, 1999. (Parte I: A autopercepção - um trajeto vivenciado por enfermeiras).

HALSTEAD, L. El empleo de la intervención de crisis en la enfermeira obstetrica. **Clínica de Enfermeira de Norteamérica**, México, p. 69-76, mar.1974.

HEILBORN, M.L; GOUVEIA, P.F. Marido é tudo igual: mulheres populares e sexualidade no contexto da AIDS. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R (Orgs). **Sexualidade pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999.

HEILBORN, M.L. Fronteiras Simbólicas: Gênero, corpo e sexualidade. **Cadernos: Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA)**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 5, dez. 2002.

KUBLER-ROSS, E. **Estudos sobre a morte e o morrer**. Trad. Paulo Menezes. São Paulo, 1989.

KURCGANT, P. Capacitação do profissional de saúde no âmbito da formação e da educação continuada. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.251-6, dez. 1994.

LIMA, R. A.G. "**O Processo da Enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações em hospital-escola**". 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

LIMA, M.E.B. O Debate sobre aborto na agenda da CUT. **Jornal da RedeSaúde**, n. 21, 2000. Disponível em <<http://www.redesaude.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.

LONGO, R.T. **Estudo sobre aborto** - uma primeira aproximação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, Ribeirão Preto, **Anais**, 1997.

LOUREIRO, D; VIEIRA, E.M. Aborto: Conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto sobre aspectos éticos e legais. **Cadernos**

de Saúde Pública, 2003 (prelo)

LUZ, A.M.H; SANTOS; E.S; MENDES, S.M.A.M; AUGOSTINI. **Feto Morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno.** Trabalho apresentado na Escola de enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 1989.

MARISCAL, J.D.O. Direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. **CREMESP** (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo), São Paulo, v. 4, n. 5, p.2-9, abr./jun. 2001.

MARIUTTI, M.G; BOEMER, M.R. A mulher em Situação de Abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem de São Paulo - USP**, São Paulo, n. 37, v. 2, p.59-71, 2003.

MARIUTTI, M.G; LAVEZ, T.A.S; COSTA JUNIOR, M.L; ALMEIDA, A.M. **Abortamento:** um estudo da morbidade hospitalar no país. In: CONGRESSO DE SAÚDE PÚBLICA, Ribeirão Preto, **Anais**, 2003, p. 1-12.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde:** Características Tecnológicas do Processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. 1986. 399 p. São Paulo. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1986.

_____. **O Processo de trabalho em saúde.** São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1988. (datilografado). 31p.

MERPHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.O (Org). **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117 - 160.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F; CRUZ NETO, O; GOMES, R. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 6. ed., Petrópolis (Rio de Janeiro): Editora Vozes, 1996.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.4, n. 4, p. 363-381, out./dez., 1988.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 3 ed., São Paulo: HUCITEC, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento – Metodologia de Pesquisa Social (Qualitativa) em Saúde**. 1989. 366 p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1989.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989.

OLIVEIRA, E.M. **A ética do ponto de vista das mulheres que abortam**. Universidade e Sociedade – Mulher, Política & Sociedade, Brasília, v. 9, n. 20, p. 80-82, set./dez. 1999.

PIMENTEL, S; PANDJISRJISN, V. Discriminar para não discriminar. **Jornal da RedeSaúde**, n.21, 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.

PITANGUY, J. O movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H (Orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

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

PERES, A. Aborto- o futuro da lei. **Revista Cláudia**, São Paulo, v. 17, p.29, março de 1999.

POPIM, R.C; BARBIERI, A. O significado da morte perinatal- depoimentos de mães. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre; v. 11, n. 1, p. 33-40, Rio de janeiro, 1990.

RAY, M. Uma análise filosófica do "caring" dentro da Enfermagem. In: LEININGER, M. **Caring in essencial human need**. Thorofore, New Jersey: Charles B Slack, 1981.

REDE SAÚDE. **Dossiê Aborto Inseguro**, 2000a. Disponível em: <<http://www.redesaude.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.

_____. **Serviços de aborto previsto por lei em 17 hospitais brasileiros**, 2000b. Disponível em: <<http://www.redesaude.com.br>> Acesso em 15 set. 2003.

REMEN, R.N. **O paciente como ser humano**. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1993.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S A, 1974.

RIBEIRÃO NETO, J.A.J. Profissional de Saúde e o abortamento: é preciso humanizar o atendimento. **Jornal da RedeSaúde**, n.21, 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.com.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.

ROCHA, M.I.B. **As questões do planejamento familiar e do aborto provocado**. Universidade e sociedade – Mulher, Política & Sociedade, Brasília, v. 9, n. 20, p.76-79, set./dez. 1999.

ROCHA, S.M.M. **O Processo de trabalho em saúde e a enfermagem Pediátrica: Sociedade e Historicidade do Conhecimento**. 1990. 174p. Tese (Livre-docência)

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1990.

ROSAS, C.F. O aborto e o segredo médico. **CREMESP** (órgão do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) , v. 3, n. 13, p 28, out./dez. 2000.

SAMPAIO, M.A; BOEMER, M.R. Suicídio - um ensaio em busca de um desvelamento do tem. **Revista da Escola de Enfermagem** da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 34, n. 4, 2000.

SILVEIRA, D.P. **Da escuta ampliada nos serviços de saúde:** por novos olhares em torno do sofrimento psíquico na rede básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA DA ABRASCO, 7, 2003, Brasília, resumo, v.1, p.840.

SOUZA, V.L.C; SOUZA, S.L; BESERRA, M.A; CORRÊA; M.S.M. Árvore nova dando frutos antes do tempo: o aborto entre adolescentes. **Revista Baiana de enfermagem**, Salvador, v 13, n 1/2, p. 45-54, abr. 2000.

SCHOR, N; ALVARENGA, A.T. **O aborto:** um resgate histórico e outros dados. Disponível em:< <http://www.fsp.usp.br>>. Acesso em: 15 set. 2003.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VILLELA, W.V. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: Um desafio para os serviços de Saúde. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R **Sexualidade pelo Avesso:** Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.

VERARDO, M.T. **Aborto** – um direito ou um crime. 5. ed. São Paulo: Moderna, 1986. (Coleção polêmica).

WATSON, J.N. **The philosophy and science of caring.** Boston: Little Brow, 1979.

WINNICOTT, D.W. A contribuição da psicanálise à obstetrícia. In: **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, paciente, concordo em participar da pesquisa que será realizada pela enfermeira Mariana Gondim Mariutti, aluna de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto –USP que tem como objetivo compreender como as mulheres que vivenciam uma situação de abortamento identificam o cuidado de enfermagem a elas prestados durante sua internação hospitalar.

Fui informada de que vou participar de uma entrevista individual com a pesquisadora, quando farei um relato da minha experiência com o cuidado de enfermagem nesta internação.

Fui informada de que tenho total liberdade para recusar participar da pesquisa, para retirar o consentimento se eu assim achar necessário e também para não permitir que meu relato seja gravado, caso eu não me sinta à vontade para que isto seja feito, sem sofrer nenhum tipo de punição. A pesquisadora garantiu-me que não vou ser identificada com o meu depoimento, que a entrevista vai ser utilizada somente para os objetivos deste estudo e que, se houver ainda alguma dúvida a respeito da pesquisa ou da minha participação, poderei pedir por novos esclarecimentos em qualquer momento.

Fui informada ainda que caso queira deixar de participar essa recusa não terá influência nos cuidados de enfermagem durante minha internação ou em qualquer outro tratamento. Sei também que não terei nenhum prejuízo financeiro ou psicológico participando da pesquisa.

Assinatura da paciente

Assinatura da Pesquisadora

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2003.

ANEXO 2

1) Descrevendo as experiências da situação de abortamento e suas vidas

O Contexto das mulheres e suas vidas

"Um pouco de falta de cuidado minha foi né? Toda uma história... Mas, é uma coisa que a gente não espera, por mais cuidado que você toma quando você vê, tá feito" (Maria Aparecida)

"eu sei o valor que tem um filho, apesar de que não foi planejado, ele era aceito, não era uma boa hora porque é difícil criar um filho né? as coisas estão difíceis tudo..." (Fernanda)

"Espero ter alta o mais rápido possível, pra mim fica com o meu filho, porque eu não agüento ficar longe dele. E agora ele tá com a minha irmã mais nova, meu pai trabalha. Único filho que eu tenho, mas eu não casei não, no papel não, o meu primeiro marido, eu vivi cinco anos, amiguei né? aí eu separei, fiquei quase um ano separada, foi quando eu conheci o pai desse que ía vim. Mas também já terminamos, faz 3 meses." (Vânia)

"... eu e o meu namorado, tava junto há uma ano e de três meses pra cá ele não me procurou mais, sumiu, pra mim foi sofrimento de mais, né? pra mim foi tudo de uma vez, estou sem emprego, parei de estudá, foi separação dele, daí um pouco minha mãe faleceu e junto tudo de uma vez.. Eu acho que todo esse sofrimento teve influência na perda do nenê. Porque tudo isso é sofrimento, e a gente grávida, não pode passar nervoso, tem que viver o melhor possível né? então...acho que influenciou na perda, muito difícil." (Vânia)

"E depois também essas coisas que aconteceram né? morte da mãe e separação do meu namorado, tudo né? então eu me senti um pouco culpada, tudo isso é sofrimento né? acho que parece que o nenê senti que a gente não tá bem e até desisti de vim e a gente também não programa direito as coisas né? só penso assim né? só pode ser né? porque eu não bebi, não fumo, eu não cai, nada, nervoso com filho todo mundo passa, se fosse assim mãe nenhuma ía conseguir. Né?" (Vânia)

"Mas eu chego a pensar que ou é o remédio ou é essas coisas que eu passei, Mas parece que ele mesmo viu que não era hora, eu acho que pro uma mãe tirar um filho, ela tem que tá muito desesperada, muito mesmo, passando fome, doente, desempregada, nessa hora fica doidinha da cabeça." (Vânia)

"Ainda mais se você não tem marido, não tem emprego" (Vânia)

"...eu nunca deixei de assumir o que eu fui, o que eu fazia...nunca, porque eu não tenho culpa, porque eu não escolhi isso porque eu quis, se eu tô passando por isso é porque eu tinha que passar...porque a gente não escolhi...porque eu vou falar a verdade pra você, a pessoa que vai por esse caminho, ou esses caminhos...de pensamento errado...algum instante ela tinha que passar por isso porque é muito triste passar por isso, porque é muito triste passar por isso por querer....a dor é grande....então se tá passando é porque tem que passar mesmo...tem motivo....tem um porque, tem motivos....Que nem eu não escondi não" (Adelaide)

"Eu tive problema sério com droga, muita droga." (Adelaide)

“Porque se acontece isso de abortá sempre tem um porque né? sempre, sempre tem um porque...ou perdeu mesmo sem mexer, sem fazer nada, ou provocou e se provocou tem um porque, sempre tem um porque...vai ver a vida dessa pessoa, vai ver o que essa pessoa passa....vai lá ver....as vezes também mata por amor, porque sabe que não tem condições de dar amor, carinho, escola e dinheiro.” (Adelaide)

“É que nem eu falo ninguém sabe o que acontece com cada um, vamos supor, abortei, sabe?? Procura conversa comigo, pra entender o porque, né? alguma coisa aconteceu pra me leva aquilo né? e eu acho que conversá, dá uma orientação né? Fala ó, vai ser muito mais fácil, porque daí eu vou tá ciente de que eu não vou precisa caí naquele mesmo erro, naquela mesma loucura, agora se eu nunca tiver uma orientação das pessoas que é profissional o que vai acontecer? Aborta de novo, fazer loucura de novo. eu sei que a gente que faz isso tá errada mas....por exemplo hoje eu vejo isso, mas na época eu não via isso....não enxergava, não tinha....sei lá conhecimento ou sabe....” (Adelaide)

“hoje eu vejo assim, as vezes a gente não é forte o suficiente pra suportar certas coisa, problema e a gente diante daquilo fica cega, faz loucura mesmo e não tem apoio de ninguém...e isso é pior ainda, porque aí que você se vê sozinha, aí você pensa não tenho nada a perdê mesmo...ninguém me valorizou....hoje eu sei que é a gente que tem que se valoriza primeiro, mas antes eu não. (Adelaide)

“...fica pensando mal de você, não é assim...sabe? na vida tudo tem um porquê....” (Dulce)

As situações vivida e experiências anteriores

“...não me judiaram, porque tem muitos que judia né? já aconteceu quando eu perdi o meu primeiro filho”(Maria Aparecida)

“Eu só percebi o preconceito com aquele enfermeiro lá mesmo, o primeiro. E quando eu perdi a minha menina e dos comentários dos outros que todo mundo sabe e comenta que existe” (Maria Aparecida)

“... mas aqui a maioria foi muito legal comigo, eu falo até como experiências de outros lugares que já fiquei, aqui graças a Deus não tive problema nenhum” (Fernanda)

“... mas atendimento em todo lugar tem essas coisas, de judia nesses casos” (Fernanda)

“E quando aconteceu maltrato foi horrível, foi horrível, porque sabe? Não gosto nem de lembrar, foi muito horrível...a hora que falou que foi aborto, mudou tudo, ahh é aborto, espera aí e do jeito que me puseram deitada eu fiquei..., não puseram a mão de mim e nisso porque eu já não tava mais agüentando, eu sofri, sofri, sofri muito, muito e aí o que aconteceu sabe? Pedia água, fingia que não escutava e eu gritava, chorava porque a dor é muito triste, pedia pra ficá quieta porque eu tava incomodando os outros pacientes, e era só gente passando na minha frente pra atender e de menos estado ruim que o meu.... quer dizer eles não tavam se preocupando com a minha dor, né? muita coisa ruim aconteceu, comigo já, muita coisa mesmo e isso aconteceu já tá com 4 anos e aqui sabe não aconteceu isso” (Adelaide)

“Eu já passei por uma experiência muito grande na minha vida, falo mesmo...é vichê...eu

“passei por muito, muito na minha vida...é uma coisa que eu não gosto nem de lembrar, porque ficou muita marca, sabe? Então...eu não critico, sinceramente, não porque eu já fui uma também, mas a pessoa que usa droga ou pessoa que aborta....sei lá....precisa de mais atenção...e não desprezo...não vai adianta” . (Adelaide)

“...que nem lá na minha cidade se isso acontece é porque você provocou né? e deixa a gente sofrendo num canto até mais que duas horas”(Adelaide)

“...porque a gente aprende...é só ensiná.....eu sofri...sofri desprezo, humilhação tudo...”(Adelaide)

“isso faz também uns quatro anos que aconteceu, mesmo tempo do outro aborto que eu fiz, esse eu fiz mesmo, provoquei com sonda...essa época eu....sei lá....e eu tava toda torta, meu maxilar caiu sabe? Nenhuma outra enfermeira tinha coragem de chegá perto de mim pra fazer medicação, no meio de um monte, uma só teve coragem de cuida de mim...quer dizer, muito preconceito, então essa é uma pessoa que fico u marcada, eu admiro e agradeço... Sabe...e ela é enfermeira (lágrimas) ...essa eu carrego aqui mesmo dentro do meu coração...e só Deus sabe o quanto essa pessoa me ajudou..” (Adelaide).

“Tipo aqui, achei bom, porque não teve assim, o que eu passei a outra vez, porque a outra vez eu te falo, eu sofri muito, muito mesmo, fui rejeitada, maltratada...imagina droga e ainda aborto junto, os dois já é motivo deles julgá imagina então....sabe? e aqui não....fui muito bem tratada....” (Adelaide)

“E eu já fui maltratada, desrespeitada e discriminada sabe, por exemplo se a gente tava chorando, aí fica quieta, se a gente chama, aí eu tô ocupada eu tenho mais o que fazer, fica quieta aí, então isso tudo não é assim, porque um hospital a pessoa já tá doente né? fica mais ainda. E então eu digo que aqui fui bem tratada, porque eu sei o que é você ser mal tratada, ignorada...né? sabe? Eu já passei por muitas experiências sabe? Eu falo mesmo, em todos os hospitais que eu já passei, até meu "marido" achou, nem sei te explica, eles são assim, nem esperava sabe? Porque você acostuma só receber pedrada sabe? Não sei se eles tão acostumados, ou é hospital de cidade grande, já aceita mais as coisas, compreende mais, não tem aquela cabeça pequena, ruim. Eu tava bem pra baixo antes de vim pra cá, a dor era tanta que eu tava pensando que eu ia morrer...falei aí eu vou morrer e eu pensei eu não vou agüentar. Que eu já tive problema né?” (Adelaide)

“...o sempre houve preconceito e aqui sabe suja tudo, sujo o lençol, e elas não liga não, é assim, mesmo, a gente tá aqui pra isso, bem e agora eu vejo o que eu já passei, sabe? Imagina, não suja aí, fica quietinha, porque você tá sujando tudo. Teve muita diferença do que eu já tinha vivido. Porque lá é assim sabe? Infelizmente, não sei porque essa diferença” (Adelaide)

“...eles fizeram a parte deles sim....não é que nem no posto que cada um faz o que quer sabe.” (Júlia)

“...eu já perdi um né? no posto eles acham que tem direito de julga e fica pensando mal de você, não é assim....sabe? na vida tudo tem um porquê” (Dulce)

2) Descrevendo seus medos e suas expectativas

Perspectiva de tabus e preconceitos

"sei não, é tem muita gente que tem preconceito né?" (Maria Aparecida)

"...ele virou pra mim e falou assim: "Você não tomou nada? "e eu falei só se você me deu alguma coisa pra tomá, ele perguntou você se droga? Eu falei só se for a que você me dá, porque a única droga que eu uso é o cigarro e a bebida, e a cerveja. Pra mim teve preconceito da parte dele sabe" (Maria Aparecida)

"Mas aqui eu até estranhei, eu fui muito bem tratada, porque a gente sempre acha né? A gente sabe que nesse casos tem preconceito, mesmo quando é perca natural, não me judiaram, porque tem muitos que judia né? já aconteceu quando eu perdi o meu primeiro filho." (Maria Aparecida)

"Ah...existe, existe preconceito sim. Existe muito. Porque mesmo que seja no caso de uma perca normal, no caso igual a minha. Tem muitas que fala assim, ah...você provocou o aborto, quando eu perdi a minha filha, teve uma pessoa que falou pra mim, ahh...você provocou...eu não provoquei não, que não havia necessidade de fazer isso, que não tinha pedido pra vim ao mundo então, pra que eu ia tirá? Eu acho que ninguém pode julgar ninguém. Porque quem tem que julgá é Deus, apesar que a gente tem o juízo da Terra né?". (Maria Aparecida)

"Eu só percebi o preconceito com aquele enfermeiro lá mesmo, o primeiro. E quando eu perdi a minha menina e dos comentários dos outros que todo mundo sabe e comenta que existe" (Maria Aparecida)

"...agora o preconceito ele existe, não muda de forma alguma, mas tem gente que sabe, não ser preconceituosa. Né?... Não deixa transparece as coisa e trata normal, como foi aqui." (Maria Aparecida)

"Ah...é assim...pensa um monte de coisa, mas tá fazendo o trabalho e pensa a deixa isso pra lá, não deixa se envolve, cuida e pronto...até porque hoje em dia, o paciente tem seus direito, então acho que elas procura fazer certinho o dever delas e pronto, um ou outro que nem aquele enfermeiro, pensou e falou mesmo..."(Maria Aparecida)

"mas eles foram muito mesmo, muito atencioso, eu nem esperava". (Gilda)

"Ahh...a gente escuta fala tanta coisa né? que tem lugar que trata mal, faz descaso, tudo. No meu caso eu perdi, foi mesmo sem querer...mas a gente não sabe o que as pessoas acham, julgam tudo, a gente escuta falar". (Gilda)

"Ah...escuta que, não foi meu caso né? graças a Deus, que quando a mulher que não queria ter o filho, judiam, faz essas coisas. Mas acho que isso não acontece mais, antes sim, eu pelo menos não vejo agora. Sabe? Mas eu acho isso muito errado, totalmente errado, maltrata, tem que fazer o trabalho delas, não sei se de repente é diferente com outras. Mas eu acho que aqui não deve ser assim, eles deve fazer o trabalho deles.... Eu já ouvi falar que tem preconceito em certos casos, e eu acho isso ruim né? horrível né?" (Gilda)

"Ah....se tem mesmo preconceito e não sabe lida é porque as pessoas não estão sabendo fazer o papel delas direito, qual é o papel delas? Cuida dos doentes, das pessoas que estão ruim, aquela mulher está tão ruim como qualquer doente, então não importa nada" (Gilda)

"antigamente a gente sabe que as pessoas maltratavam mesmo, nesses casos, só que não é como hoje que as pessoas falam, tem esses trabalhos, tem os direitos...hoje parece que a gente tem mais voz, mais força...eu acho assim né?" (Gilda)

"...quando tem preconceito, tem descaso, não respeita, responde mal, não dá atenção ou elas tão cansada ou então não gosta do que faz né? incomoda elas sei lá? Ou tem algum tipo de preconceito sei lá? O que eu acho errado. Eu acho assim, ou elas trata todo mundo igual mesmo, ou dá lugar para outras né? que quer trabalha né? " (Gilda)

"... mas aqui a maioria foi muito legal comigo, eu falo até como experiências de outros lugares que já fiquei, aqui graças a Deus não tive problema nenhum, nem esperava que fosse tão bem tratada assim. " (Fernanda)

"Acho, o que é esquisito né? porque ainda hospital você está lidando com gente doente né? que precisa de ajuda, porque tem dor, tá doente, algo errado aconteceu, acho que não deveria ter isso em nenhum lugar, nem posto, nem nada. Isso de trata diferente. Eu acho né? " (Fernanda)

"... porque quando se perde um nenê as pessoas ficam achando um montão de coisas né?... Que você tomou alguma coisa que você não queria o nenê, sabe? Mas não queria falar disse não." (Fernanda)

"Finge que você não existe, não está nem aí, deixa espera, essas coisas... são pessoas que ou não tem tempo, que eu acho só uma desculpa, ou tão cansado, aí pode até ser, ou mesmo não gosta do que escolheu, ou fica julgando as pessoas, igual por exemplo no meu caso, eu perdi natural, vim com o meu marido, mas as pessoas mesmo assim, as vezes até pensa que você tirou a vida de uma criança, eu não faria isso não, não mesmo, até porque eu tenho filho sabe, eu sei o valor que ter um filho, apesar de que não foi planejado, ele era aceito, não era uma boa hora porque é difícil criar um filho né? as coisas estão difíceis tudo...mas fica pensando essas coisas, sabe, acho horrível isso, mas deve ter profissional que julga, assim, por isso que as vezes acontece esse descaso, sabe na maneira como atende a gente." (Fernanda)

"... em alguns lugares não tem (preconceito), ou não se percebe, em outros tem muito e em outros pouco, e se percebe esse pouco. E dá pra perceber pela maneira que eles cuidam." (Fernanda)

"... tudo o que precisa elas fazem até demais...eu nem esperava tanto assim Eu achava que enfermeira não dava, sabe? Eu tava até com medo, tem gente que fala mal...acho que quem fala mal de enfermeiro, porque a gente escuta né..." (Vera)

"A gente escuta fala dos atendimentos por aí, que tem isso, tem aquilo, eu vou te falar eu fiquei com muito medo, muito mesmo, porque a gente não sabe né? o que vai ser, mas eu fui muito bem atendida, perto do que eu esperava, a gente imagina um monte de coisas né?" (Vera)

"eu tinha perdido meu bebê e sei lá....eu achava que por mais que eu sei do meu caso tudo, tinha certos pensamento em cima do aborto sabe...é difícil. Pode até ter em outros lugares, mas aqui se tiver eles não demonstram, ou aprenderam a lidar, também tem muitos casos, né?" (Vera)

"chega toda hora, estão acostumados né? pra eles é só mais um caso que chegou. Que nem,

é normal o aborto aqui, acontece todo dia, que nem a moça queixou de dor e a enfermeira disse, ahh é normal, eles colocaram comprimido e é assim, agora você vai sentir dor mesmo. Então na realidade é tudo normal pra eles. Mas pra gente não, é um caso único, é uma perda, é uma situação difícil.” (Vera)

“Quando eu falo que eu não esperava é que você ouve falar né? e você chega aqui e vê tudo tão diferente. Que nem no caso tem essas coisas de pensa que a gente provoço a perda do nenê e de repente não sei, mas aqui não teve isso não, até porque eu não fiz isso não sabe? Então eu acho que mesmo que eles pensam eles não deixam percebe deve ser assim.” (Vera)

“...fora a demora dessa vez. Até agora eu não lhe dei com nenhuma coisa ruim, coisa ruim que eu falo, alguma pessoa que trabalha, um estouradinho, até agora não, se bem que eu cheguei ontem né?” (Lúcia)

“tudo que aparecer, todo tipo de pessoa, é pobre é rico...é preto e branco, assim que eu falo, sem fazer diferença. Por exemplo a AIDS, eu sei que em muitos lugares tem discriminação mesmo, porque tem pessoas que eu conheço que contam sabe? E eu acho que isso é horrível, por exemplo a gente mesmo as vezes, discrimina...eu acho que principalmente no hospital, tudo, tem que ter o mesmo cuidado que os outros, todo mundo deve ter o mesmo cuidado, eu acho né? Eu acho que tem diferença, a gente ouve falas, as vezes não que não vai atende, sabe? Mas as vezes dá menos atenção assim.” (Lúcia)

“não sei, mas nesse caso sempre tem aquela coisa né? será que ela provocou, tomou alguma coisa, você caiu? Não sei nem quem pergunta, se é enfermeiro, a gente não sabe, mas sempre pergunta né? que dizer se eles perguntam eles tem dúvida né? Sei lá...acho que esse era o meu receio, meu medo, antes de vir, mas porque ficam perguntando a gente se sente mal, não é legal né? mesmo que você sabe e tenha sua consciência, que você sabe o que aconteceu. Eu já ouvi falar muito histórias lá no bairro, porque você escuta de tudo, né?...elas falam assim, a chega com esses problemas parece eles faz de propósito, mas não é meu caso, não foi assim, o meu caso tão demorando pra fazer a curetagem, entendeu? Mas eu já ouvi falar, elas falam ahh tem certas coisas que parece que eles desfazem, fica enrolando. Eu acho que existe isso mesmo, por isso, o receio de vir, nesse caso que eu perdi o nenê... mas me enganei, foi tudo muito bem” (Lúcia)

“Agora eu acho que tem profissional que faz diferença, pode ser que eu teja enganada...eu acho, comigo não aconteceu, mas com certeza deve ter, eu ouvi falar...eu escuto muito falar, sabe a gente vai no postinho de saúde, Deus que me livre daquilo lá, chega lá, as meninas te atendem com uma agressividade sabe? Quando ninguém toma conta de um lugar e tem profissional que não gosta do que faz, acho que tem muito maltrato às pessoas em geral. Tem gente precisando de trabalho e gosta do que faz, dá pra quem precisa então, porque elas tão ali? Né? Mas nisso a gente fica com medo, né?” (Lúcia)

“Ah...posto de bairro sempre tem dessas coisas né? aí fiquei sentada lá? ...eles ainda enrolaram um tempão...Eu acho que todos os casos pode ter descaso, mas tem uns quepor exemplo em caso de AIDS, acho que tem muita discriminação, muita mesmo.... Eu nunca vi essa situação de perto né? mas eu vou te falar, no bairro a gente sabe de tudo e ouve de tudo. A gente só vê comentário né? Você vai em posto de bairro, você escuta coisa do fim do mundo, escuta de tudo ali, cada um conta sua história, sua vida, seus problemas e reclama, a gente escuta a verdade mesmo.” (Lúcia)

“depois que minha mãe faleceu eu peguei trauma de hospital e eu já tenho pavor de injeção, então cada vez que vem do meu lado, eu já fico assim meia alerta e como é a primeira vez que eu aborto” (Vânia)

“Nesses casos né? de aborto, tem aquela coisa tirou né? ainda mais se você não tem marido, não tem emprego, essas coisas, né? principalmente em posto, em posto eu tenho certeza absoluta que tem isso, aqui não teve, mas eu fiquei com medo né? mas eles tão acostumados com esses casos, pra eles é normal.” (Vânia)

“tem de tudo nesse postos, de tudo e eu sei que tem isso, sim e já ouvi muitos casos, em posto de saúde, perto de casa, as pessoa falá, ahh perdeu porque tomou remédio, coisa parecida. E isso passou pela minha cabeça né?” (Vânia)

“...as enfermeiras são muito boazinha, até achei que não fosse assim, sabe, sinceramente, como eu nunca precisei de vim pra cá e não sabia, eu....sabe fiquei com receio. Ahh...porque eu nunca precisei de internação pelo SUS né? e a gente ouve falar tão mal né? mas eu gostei sim, fui muito bem tratada” (Eduarda)

“A gente fica pensando como seria o tratamento, mas eu gostei, sim, gostei mesmo.” (Eduarda)

“Ahh...assim pra tratamento, de quem rejeita o filho e de quem tinha planejado, o cuidado, o básico, eu acho que é igual sim, eles tem que atende né? mas assim, eu acho, eu não sei explicarque as vezes não...dá muita atenção né? eu acho, porque a pessoa causou tudo, podia ter evitado, então pode sei lá, as pessoas não tratarem totalmente igual, né? tratamento. Eu acho que sim, mas é difícil falar essas coisas, né? varia né? tem profissional que vai normal e outro não, são valores, sei lá. Eu acho, apesar disso, que eu fiquei revoltada tudo por perder, é difícil falar, mas eu acho que devia ser todos tratados igual com a mesma atenção, tudo, porque tem que vê também né? o porque que a pessoa fez isso, o que que ela...apesar que eu sou totalmente contra, porque tem tantos métodos pra evita, então eu sou contra. Mas eu acho que tem que trata igual. Mas sabe, sinceramente, deve ser um pouco diferente, ou já foi diferente, ou eles devem pensa ou julga alguma coisa, a gente mesmo, eu mesmo, teria um certo preconceito, se eu fosse profissional porque eu não aceito isso, não. Então eles são pessoas, também, por mais que eles sabem que o papel deles é aquele abala um pouco né? o jeito deles trata, revolta, ou valor deles sei lá....Que nem, tipo assim, eu quando eu fui fazer a curetagem, a enfermeira me consolou tudo, eu acho que no caso essa pessoa que rejeito, já não teria esse consolo, porque ela provocou né? assim, não sei eu posso tá enganada, mas eu acho que sim” (Eduarda)

“... eu acho assim, tem lugares que a gente vai, o médico não dá atenção, enfermeira trata a gente bem mal, aqui não foi tão diferente...e eu achei que não ia nem suporta e eu consegui” (Adelaide)

“Já aconteceu comigo...já sim. Aí aqui não, eu cheguei eles foram logo me atendendo, me examinando sabe? Eles dedico. Não sei como que é tão diferente. Eu acho que pode ser que aqui eles não fazem diferença de ninguém... já sabe lida melhor né?” (Adelaide)

“...Ninguém tem direito de julgar ninguém, porque eu acho assim tudo na vida da gente acontece, vamos supor você me julga hoje, amanhã você pode tá passando por uma fase, quem é você, você me julgou tanto e de repente eu posso ir lá e te ajudá, então eu acho que a gente não deve ser tão egoísta assim, ó eu passo por cima de tanta coisa. Eu acho assim se as pessoas deixassem um pouquinho o orgulho de lado e baseasse sabe? Ponha no lugar daquela pessoa, o que ela vive, as condições que ela vive, ninguém sabe, nunca ninguém pode julgar ninguém...o mundo mudaria muito, se todo mundo pensasse assim...tipo....eu tempo meus problema eu vou basiá meu problemas, vou tentá ajudá aquela pessoa, porque de repente a mesma situação que ela tá passando, você passa, não muda nada, não muda, mas só que de repente pra poder disfarçar ela bebe, pra pode disfarçar, esquece da vida,

dos problemas, pra passa o sofrimento...hoje eu vejo assim, as vezes a gente não é forte o suficiente pra suportar certas coisa, problema e a gente diante daquilo fica cega, faz loucura mesmo e não tem apoio de ninguém...e isso é pior ainda, porque aí que você se vê sozinha, aí você pensa não tenho nada a perdê mesmo...ninguém me valorizou....hoje eu sei que é a gente que tem que se valoriza primeiro, mas antes eu não". (Adelaide)

"Eu só acho que é muito importante as pessoa tenta entende as outras, compreende o problema que passa o outro e que como aqui, acho pelo costume sei lá, sabe lida com todo tipo de pessoas e podê ajuda....Portanto você pode vê, a pessoa que se droga ou faz qualquer outra coisa assim, sabe, errada? Ela é tão carente que você conversa com ela, ela não consegue olhar nos seus olhos, ela fica mexendo com a mão, olhando pro lado....é medo de encarar talvez não seja a pessoa certa, de ter decepção..." (Adelaide)

"Assim, confia né? e se decepçiona, sê maltratada, entendeu, desprezada...sê como se diz? Tirada fora da cadernetinha como humano, porque pessoas acha que porque usa droga e faz coisa errada é um bicho, uma pessoa que não merece carinho de ninguém só desprezo, não é assim, não é...um dia quem sabe melhora. Né?" (Adelaide)

"...comigo foi tudo bem... me trataram muito bem, não teve nenhum tipo de problema... Ahh...as vezes alguém mal humorado, ou não quer trabalhar aquele dia...a essas coisas...a gente espera tudo quando vai pro hospital... e também sabe, porque tem lugar que fala né? minhas amigas quando eu disse que eu tava abortando...diz que tem lugar que pergunta o que você tomou hein? Pergunta se você queria...como que foi...fica te investigando...desconfia da gente, mesmo sem saber a verdade...Nem sabe a verdade e vem julgando, fazendo mal juízo da gente e eu perdi mesmo foi de verdade mesmo né? Mas eu já ouvi falar muito disso elas comenta....se desconfiar que é provocado muda tudo, eu acho e a gente já vai com aquele receio, medo, porque muda mesmo, eles não liga muito isola, maltrata, faz passar mais dor, não dá remédio logo, faz espera, sabe assim julga, tem preconceito". (Renata)

"...mas a gente sabe que tem isso até esperava outro atendimento....eu até estranhei...mas as colegas me disseram que aqui tem muito caso, sempre tem, sempre... então que acostuma né? nem quer saber mais, faz o que tem que fazer e pronto. Pode ser que melhorou um pouco e as pessoas tão só cuidando e deixando isso de lado...mas antigamente que eu sei, no bairro a gente escuta...tinha mais...esse negócio...e agora não....eles tão .cuidando e não vendo nada disso" (Renata)

"Pelo menos comigo não tive problema, porque meu nenê morreu mesmo né? agora não sei com outras né? Ah...não sei porque eu não vi, e é difícil você sabe quem fez e quem não fez, mas acho que pode ser diferente sim, na atenção...sei lá....só passando mesmo pra saber....e a gente acha uma monte de coisa...mas é só...não queria mais falar não....." (Renata)

"Mas foi normal tudo, não tive problema nenhum, fizeram tudo certinho, a gente fica preocupada, né? pensa um monte antes de vir pra cá, porque a gente escuta falar as coisas, mas aqui eles sabem e como acontece muito né? pelo que eu sei interna bastante aqui com perda de nenê, eles já sabem como lhe dá, porque tem lugar que eles quando você chega te põe na parede né? pra saber se é natural, acho errado, tem que fazer a parte do profissional...pelo que eu vi, não teve nenhuma discriminação assim , normal como eles tratam acho que qualquer paciente, que nem qualquer um outro. Normal em relação a tudo, só se eu não percebi Aqui foi tudo bem, muita atenção, tudo, foi muito bom, não tenho do que reclamar, elas fizeram a obrigação delas, pelo que eu percebi ninguém demonstrou, tudo normal." (Júlia)

"...lá embaixo, eu esperei demais, mas eu não sei te falar, pode ser porque eles não deram conta, talvez fosse muita gente, não sei se dava pra eles terem feito alguma coisa, porque eu tava sangrando, tava com frio, calafrio e tudo, sei lá, mas as vezes também não dava pra eles fazerem mais que aquilo entende? Então por isso eu não sei te falar e outra que eu tava com tanta dor, passada de dor, que eu não nem percebi se tinha preconceito ou não, principalmente quando tava sangrando muito, sabe? Só se teve e eu não percebi, porque eu não vi nada não. A dor é muito forte então você não vê nada, você quer que parem com a dor, só isso, e depois que eu subi, parou a dor, foi melhor e fui bem cuidada... se elas tem elas não mostram isso, fazem a obrigação delas.. ah...acho que alguns não demonstram que já pra elas poderem fazer o trabalho delas, né? porque se elas forem pensar e fica imaginando sabe? Acho que é assim mesmo que deve ser, tem que cuida e pronto é o papel delas...elas não são advogadas, não são nada disso...elas escolheram ser enfermeiras e eles médicos e se elas ficarem julgando os pacientes...elas não são pagas pra julgáe sim pra fazer a obrigação de serviço delas...então se elas deixa se envolver nessas coisas elas não vão fazer os cuidados bem." (Júlia)

"...eles fizeram a parte deles sim....não é que nem no posto que cada um faz o que quer sabe....aqui parece que você são mais atenciosas....trata a gente, mas também interna toda hora né? vocês acostumam.... e também aqui é hospital grande...de gente mais melhor pra trabalhar." (Dulce)

3) Descrevendo o cuidado durante a internação

Cuidado físico "normal" (no qual o aspecto físico é priorizado)

"...toda hora vinha e media minha pressão, me perguntavam se tava sangrando muito, se tava sangrando pouco" (Maria Aparecida)

"Normal, as pessoas, a enfermeira, tudo boazinha. Tudo natural, um ótimo tratamento. Tudo o que você precisa, toda hora elas tão no quarto, sabe? Tudo que você precisa elas te dão, tudo, não é assim, sabe? " (Gilda)

"Elas fazem de tudo, ajuda a gente a ir no banheiro, se troca, se for preciso, dá remédio na hora certo tudo, injeção, troca de roupa, dá banho, tudo... (Gilda)

"... dão os remédios na hora certa, que nem eu to usando agora antibiótico né? ajudam a gente em tudo, estão aqui pro que a gente precisa, dá banho, auxilia em tudo, vê se tá com febre, aqui pode ter visita a todo momento" (Fernanda)

"... fizeram a parte delas" (Fernanda)

"O que precisa elas fazem, tão sempre aqui, vendo o que precisa, dando remédio, ajudando no banho, vendo pressão, essas coisas sabe, febre e é isso. Elas fazem essas coisas." (Vera)
"Fazem o papel deles de cuida, tudo, faz o que tem que fazer, porque a final é a profissão deles né?" (Vera)

"...mas fora isso, o cuidado deles, dos enfermeiro, normal, bem normal, fazem higiene da gente, mede pressão, febre, dá remédio...cuida, né? o papel deles né?" (Lúcia)
"eles mede febre, mede pressão toda hora, toda hora tá aqui...vê como que tá, se tá sangrando." (Lúcia)

"Ahh...é esse né? seria esse né o papel do enfermeiro? de orienta, de passa pra vê se tá tudo bem, se tá precisando de alguma coisa ou sei lá, vê a febre, por remédio, vê pressão. Essas

coisas normal né?” (Vânia)

“...me ajudaram a ir no banheiro, toma um banho, me ajuda a vesti uma outra roupa, tudo direitinho, pra mim podê ficar a vontade, confortável aqui no leito agora. Então é o cuidado básico.” (Ana)

“...eles cuidam, tudo né? dão remédio, soro, vê a gente toda hora, essas coisas normais né? é isso...que nem cuido de mim, tudo, eu precisava, eu ía tomar banho, se a minha mãe não tivesse aqui, elas íam me ajudar a tomar banho, dá remédio, vê febre....toda hora vem uma enfermeira aqui no quarto vê como a gente tá.” (Eduarda)

“...tipo assim, elas fazem o que tem que fazer”. (Eduarda)

“...eu não tenho o que reclamá, porque eu cheguei numa situação bem....todos me trataram muito bem e com muita paciência, me deram maior atenção, maior força mesmo, eu cheguei aqui bem mal, muito mal. Então foi muito bom.” (Adelaide)

“eles colhem muito sangue da gente né? então tem que ter paciência, se não você machuca muito o paciente né? então eu achei que, que eu agüentei....eles dão os remédio, fazem as coisa deles né? normal como todos os enfermeiros” (Alice)

“...de resto foi bem, fui medicada, tratada, tudo certo....tomaram conta tudo, tudo que precisava, banho, remédio, comida, vê, examina, tudo isso foi feito....” (Alice)

“...sempre vem ver a gente pergunta se a gente tá bem, se precisa de alguma coisa, conversa, Põe remédio, dá banho, troca roupa, ajuda a gente, ajuda até pra comer se precisar..” (Renata)

"Ah...cheguei aqui, aqui tem água, tem onde deitar, você fica mais tranqüila, elas dão remédio, colhem sangue, te arrumam na cama, dá banho, vê febre...essas coisas normal. Que tem em todo hospital, é que nem qualquer outro hospital. Elas cuidam, fazem tudo, ajudam, a gente chama elas vem.” (Júlia)

"Mas foi normal tudo, não tive problema nenhum, fizeram tudo certinho..." (Júlia)

"O papel delas é cuidar, pra gente melhorar e ir embora, dá remédio, vê febre, vê se você tá bem." (Júlia)

"Pra mim tá bom...eles trata bem, toda hora tá cuidando a gente, da remédio certo, tem paciência, tudo. Não tenho o que reclama não" (Dulce)

"Fizeram o que eles tem que fazer. Normal, remédio, essas coisas que todo enfermeiro faz nos hospitais " (Dulce)

A necessidade de um cuidado além do físico

"apesar de que essa situação é bem complicada difícil de encarar essa situação na vida" (Maria Aparecida)

"pra mi tá muito difícil, não sei nem o que fala" (Maria Aparecida)

"Pra cuidar tem que saber conversa e aqui tem muitos enfermeiros que são assim" (Maria Aparecida)

"... o cuidado é isso, eu acho que tem que conversa, acalma a pessoa, porque é o que eu falo, seja o doente qual for, tudo ele depende de um cuidado, né? de conversa, de tudo" (Maria Aparecida)

"... perdê um nenê é complicado né? " (Gilda)

"E elas tratam a gente com carinho, sabe. Dá apoio também, conversa com a gente. Super legal. Elas não só fazer as coisas de injeção, essas coisas...elas conversam também, Aconselham, animam também... Ah...por exemplo elas podiam chegar aqui e dá injeção, troca, vê febre aquelas coisas toda, não fala nada e saí...." (Gilda)

"Elas entram toda hora, a noite também. E fazem o trabalho delas e mais conversam e tudo. Quer dizer elas fazem mais do que o trabalho delas." (Gilda)

"Todos eles me deram apoio, não teve maltrato, descaso nada, não, eles brincam até ri com a gente. É super legal" (Gilda)

"Até porque a gente sofre muito sabe, é muito triste e precisa de apoio, eu até me conformei e foi uma coisa que aconteceu assim... natural, mas essas assim, acho que precisa de mais apoio ainda, deve ser complicado" (Gilda)

"porque a gente já passa um momento difícil né? pra vim e trata mal ainda né? é bastante ruim" (Gilda)

"Mas eu acho legal; aquele que pode conversar que pode dá um apoio, porque a situação não é nada fácil... é complicado demais. E as vezes conversar é importante, dá um apoio, se importar com a gente né?" (Fernanda)

"...então essa situação foi difícil foi triste" (Fernanda)

".... eu estou com o meu marido, é muito bom, meu filho vem me, então eu tive conforto, né? conforto dos profissionais, a maioria conversa, então pra mim foi bom, eu me senti um pouco melhor. Mas tem lugar que você não senti esse apoio, não conversam, não dão apoio e as vezes faz descaso. Sabe acho que a gente precisa de ajuda nessa hora, é importante, não é fácil." (Fernanda)

"São atenciosas, boazinhas, tudo o que precisa elas fazem até demais...eu nem esperava tanto assim" (Vera)

"...é bom conversa com a gente, mas é melhor ainda quando a gente sabe que o interesse é verdadeiro sabe? A pessoa realmente se importa, não só por falar, até porque as vezes a gente, pode ser que a gente nem quer conversar, então sei lá, a situação é tão complicada que a gente nem quer, a questão é interesse, você pode ou não tá interessada na pessoa, no sofrimento e você pode apoiar conversando ou não, dá pra perceber se é verdadeiro ou não" (Vera)

"Ahh...assim é na vida também né? por exemplo as pessoas passam e falam oi tudo bem? E é automático ou por falar entende...não é tão verdadeiro, não estou dizendo que aqui aconteceu assim, mas, pode ser que sim, dá pra perceber pela maneira de falar, de olhar de tudo" (Vera)

"..olhares entregam né? no amor é assim também." (Vera)

“E a pessoa que vai pra hospital independente de qualquer coisa ela vai porque precisa, precisa de ajuda né? as coisas acontecem na nossa vida e quando a gente vê já aconteceu... e pode acontecer com qualquer um. Tem sempre o lado de dor mesmo do corpo e sofrimento mesmo humano né?” (Vera)

“entendeu a situação, é terrível, eu que nunca tinha passado por isso, agora sei na pele, nunca tinha passado por isso, minhas gravidez é tudo maravilhosa....” (Lúcia)

“Ah...é a atenção que eles podem dar né? pergunta se tá tudo bem? As vezes alguns até falam pra não fica triste porque é assim mesmo... depois você vai ter outro filho tudo, você é nova....mas é essa coisa superficial, né? não vê os seus problemas. É que nem eu já ouvi falar, gente rica vai em psicólogo, pobre sofre sozinho ou...se virá....sei lá. (Vânia)

“...talvez não seja mesmo o papel deles...acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade.” (Vânia)

“Não, aqui no hospital não...não tive apoio, pelo menos eu não senti né? também pra eles acho que é difícil né? vê o lado todo do nosso sofrimento...Mas eu acho que seria importante, conversa, a gente entende, porque a cabeça da gente dá um nó, né? se desestrutura. Eu acho que é importante conversa, pra vê se acalma, mas aqui eu não tive isso. Eles conversam com a gente, sim, fazem tudo direitinho, mas é que eu passei por muita coisa de uma vez, acho que é por isso, que eu sinto essa falta de apoio. Eles conversam, assim, sabe? O que dá? Pergunta se tá tudo bem? Se sente dor, mas sinto falta de informação... e de conversa meus problemas mesmos” (Vânia).

“...e dá todo apoio que a gente precisa, o pessoal é muito educado.. o pessoal foi muito acolhedor.” (Ana)

“...e a gente agradece e nessas horas a gente vê o quanto é importante, tá? Você tá junto com profissional da saúde que realmente, quando ele é uma pessoal realmente que trabalha com toda dedicação e tudo, que ele gosta do que ele faz, faz com amor o trabalho dele, nessas horas a gente vê o quanto que ele é assim, ele toma a sua dor, junto com ele sabia, ele toma a sua dor e ele tá ali, te dando, te ajudando e passa a mão na sua cabeça e fala uma palavra amiga, que isso é muito importante, uma palavra de conforto. Além de todos os cuidados físicos ele também, fazem isso com a gente, então isso ajuda muito a gente sabe?” (Ana)

“Mas eu gostei demais de conversar com você, sabe que foi muito bom, muito bom mesmo. Foi ótimo conversar com você, me fez pensar muitas coisas boas, muito bom mesmo.” (Ana)

“...falei que tava com medo, a enfermeira conversou comigo, me tranquilizou, que eu não precisava ficar com medo, o anestesista também, conversou comigo, tudo.” (Eduarda)

“Foi triste, é difícil. Eu acho assim, sabe, é importante a gente ter apoio. No começo eu fiquei até assim, meia revoltada, porque eu perdi sabe? Porque que nem eu fiz tudo certinho, casei, tomei remédio, aí parei pra poder engravidar, tudo bem que eu pensei que o remédio, depois que parasse, o efeito dele ficasse mais um pouco, mas mesmo assim, a gente planejava um filho e a gente vive bem, tudo, dava pra manter ele, tudo, planejamos tudo, aí de repente perde, tanta gente as vezes que não quer, rejeita, sabe.” (Eduarda).

“...E perde quando você quer muito é muito triste, a dor é grande” (Eduarda)

“...e aqui tipo eu senti né? é importante, carinho, né? trata a gente bem, dá atenção pras

nossas preocupações, dúvidas. porque perde um filho pode acontecer com qualquer mulher né? qualquer um..." (Eduarda)

"Só tipo de profissionais diferentes mesmo, não senti nada de descaso e maltrato. Ainda bem, né? porque você já passa por sofrimento, nossa!! meu nenê já tinha nome. Meu marido tava comigo, na ultrassom, quando eu fui fazer na Diagnósis (local), foi muito importante ele tá comigo, porque foi nesse momento que eu soube realmente que eu tinha perdido...Quando você está junto com o seu marido é outra coisa é um apoio né? ...o que eu quero deixar e seu que é importante que saía no seu trabalho é a parte do carinho mesmo sabe? A gente fica carente, abalada, então as vezes qualquer coisa já deixa a gente chateada. E que apesar de ter falado tudo aquilo de revolta, eu acho que o tratamento deve ser igual para todo mundo independente do caso, eu sei que é difícil, porque que nem é opinião minha, eu sou contra tira a vida, eu não sei se eu, se fosse profissional saberia separar essas coisas....eu sou contra, é a minha opinião, porque tem meios de ...sabe? prevenir. Mas acho que é e profissão né? por isso que eu já nem servia pra isso, mas eu acho que não deveria maltrata, é difícil, você tem que vê né? a história da pessoa né? o porquê, história mesmo até de vida, que nem eu tenho minha mãe, minha família, tive apoio, queria esse nenê, meu marido tá comigo....mas eu não deixo de falta de informação é que não é?." (Eduarda)

"...teve ajuda assim de conversa sabe? Tantos dos médico como das enfermeiras, até mesmo das faxineira. Eu acho assim, que a maneira que elas chega conversa com a gente, porque eu acho que o mais importante é atenção, orienta a gente né? além de fazê remédio e essas coisas normal " (Adelaide)

"Elas chegavam pra mim, converso tudo, tenha calma, logo, logo vai passar. E eu acho que é muito bom, porque você está mal, está passando por um momento difícil e chega num lugar as vezes e as pessoas tornam sua vida mais difícil ainda, então....eu mesmo já passei por momentos assim, muito difícil em hospitais...então aqui foi diferente...mas não....elas me deram força, você vai vê logo logo você vai melhorar" (Adelaide)

"Porque se acontece isso de abortá sempre tem um porque né? sempre, sempre tem um porque...ou perdeu mesmo sem mexer, sem fazer nada, ou provocou e se provocou tem um porque, sempre tem um porque...vai ver a vida dessa pessoa, vai ver o que essa pessoa passa....vai lá ver....as vezes também mata por amor, porque sabe que não tem condições de dar amor, carinho, escola e dinheiro. Então eu acho assim, que eles por ser né? entendido né? estudado né? por ter essa profissão eles tem que ajudá a gente. Né? não criticá. Eu acredito assim, né? se critica, critica, fica assim a gente não vai entender porque....eles tem que vê porque que aconteceu isso gente, porque? vai lá...se põe no lugar da pessoa, apesar que é difícil né? se por no lugar da pessoa, porque são pessoas tão diferentes né? aposto que o médico nunca passou fome, e nunca vai passar e nunca teve esses tipos de situação...né? Eu acho que é uma profissão, eles escolher uma profissão de muita assim...imagina....tem que trata bem, escolheu isso e é trata bem todo mundo...a gente saí daqui...que nem eu vou sair com uma coisa boa, uma coisa assim aí foi bom....Agora isso sabe de maltrata pra que isso?" (Adelaide)

"Sabe como que eu consegue saí da vida que eu tinha, com amor....saí das droga, saí da prostituição....porque eu tive apoio de certas pessoas....agora pergunta se eu lembro o nome de pessoas que me maltrataram? Não....essas eu faço questão de esquecer, mas eu guardo muito bem os nomes das pessoas que me ajudaram a sair disso tudo, me levantaram, me falaram o que era a vida....me ensinaram, me orientaram...essas sim me marcaram..., porque a gente aprende...é só ensina...mas até eu chega aí...eu sofri...sofri desprezo, humilhação tudo... foi uma enfermeira que me ajudou...no meio de tantas que tinha lá, e eu

tava muito ruim...isso faz também uns quatro anos que aconteceu, mesmo tempo do outro aborto que eu fiz, esse eu fiz mesmo, provoquei com sonda...essa época eu....sei lá....e eu tava toda torta, meu maxilar caiu sabe? Nenhuma outra enfermeira tinha coragem de chegá perto de mim pra fazer medicação, no meio de um monte, uma só teve coragem de cuida de mim...quer dizer, muito preconceito, então essa é uma pessoa que fico u marcada, eu admiro e agradeço... Sabe...e ela é enfermeira (lágrimas) ...essa eu carrego aqui mesmo dentro do meu coração...e só Deus sabe o quanto essa pessoa me ajudou....sabe...então quer dizer não adianta tratar mal, um drogado, ele vai se droga mais, uma mulher que aborta se maltratada, ela vai ou fazer de novo, mas acho que não...e você acha que a pessoa se droga, mata um filho porque ela quer??? Sofre tudo aquilo porque ela quer?” (Adelaide)

“....é importante conversa, porque de repente ali, se você é bem recebida, as vezes você até tem algum outro probleminha que você tem oportunidade de falar, a gente aproveita tudo...né? por exemplo como que a gente vai se abri nossos problema se a gente não vê abertura deles...sabe? eu sempre falei a verdade sempre sabe? Acho que é por isso que eu sempre fui discriminada. Porque é muito bom...é tão bom a gente ter a consciência assim tranqüila tá? Né? aberto corpo e alma da gente pra gente poder conversar, sem medo, desabafa....é mesma coisa uma doença, poder ir lá no médico, eu estou com isso, estou sentindo isso, aqui eles tem a saber como te ajudá, se a gente não pode falar pra quem pode ajudá a gente numa situação dessa quem vai ajudá? A sociedade fala não também pra isso tudo, drogado, mulher que aborta, bêbado tudo isso é discriminado, mas ninguém vê a história daquela pessoa e tenta ajuda, sabe...se aquela pessoa tá passando por aquilo algum motivo tem, você acha que ela ia querer passar por aquilo, sofrer daquele tanto e ainda sê rejeitada, falada mal pelas pessoas, perseguida...ela não queria isso, mas ela agiu...tem uma razão e a gente sofre também...a gente sofre mesmo...muitas pessoas não conseguem enxerga isso e ser tratada como eu fui da vez que eu tirei mesmo o meu filho, eu provoquei com sondinha o aborto, a gente sofre mais ainda, mas não foi com o que eles me fizeram que eu aprendi não....foi a vida que me ensinou e as poucas pessoas que eu pude contar, pude falar a verdade e me estenderam a mão, uma delas foi aquela enfermeira que eu te falei. Igual...já que eu comecei a falar eu vou falar mesmo sabe? Por exemplo a lei, a lei proibí o aborto, mas ele acontece, e aí? Ele acontece mesmo....e a gente tem que ir pro hospital...como que fica isso? Eu sei que isso não devia acontecer...igual comigo nunca mais...sabe? eu acho que é tão bom você poder falar o que sente, o que deve...sabe? chegá olha doutor eu fiz, a minha vida tá assim, assim, assim...eu sei que eu devia prevenir, mas aconteceu....sabe? e eu na época usava droga, a gente ficá cega....eu sei que errado, mas acontece com muitas mulheres....vichêe...é muito melhor você poder contar a verdade, mas tem o medo...né? muitas tem medo...eu como nunca escondi nada de ninguém, não escondia mesmo, ...eles achava que deveria mentir esconder, eles ficá até de boca aberta, porque eles tão acostumados com a mentira, eles querem ouvir a verdade, mas não tem como fazer com isso. Quantas vezes eu já fui embora do hospital sem ser atendida porque eu chegava e falava, qual que era o meu problema eles não me atendiam...deixava eu lá...talvez se eu chegasse, ó eu fumei hoje tô passando mal, logo eles me desse né? alguma coisa e conversasse comigo...que na época eu não tinha noção...hoje eu tenho porque tive apoio...né? na época se tivesse tudo mudaria né? mas não, fumei, a tá fica aí, daí você vê chegá um pega sua frente, escuta piadinha, atende todo mundo e nada, o que você vai fazer...pô eles não quer me atender....eles pensa que assim a gente vai pra casa e nunca mais vai fazer isso, não é assim não...hoje eu me livreí tudo bem, mas até você se livrar...se acontecia isso...você fica mais carente, mas mal ainda...e você volta e se droga mais, mais ainda...assim é com outras coisas que trata mal. Eu hoje pelo que eu passei eu sei o que essas pessoas que passam pelas mesmas coisas que eu passei precisam...não é de coice....é de ajudá, ajudá....conversa...apoio e amor, muito amor de mãe, de tudo. Ichêee. Eu falo, que todo mundo fala né? que o meu grande problema e do seu grande defeito, principalmente as pessoas que drogava comigo....se tinha uma coisa que tava acontecendo comigo eu falava

mesmo, tô sentindo isso eu uso droga, fiz um aborto...aí você escutá, então eu vou te processá...eu uso, eu uso e tô precisando de apoio, você vai me ajudá?...pra que que eu vou mentir? Igual eu abortei da outra vez com sonda e o médico já me atendeu, nos últimos causo...em consideração a minha mãe, por causa da minha mãe também, porque ela trabalhava no hospital na época, como faxineira né? e eu já tava bem mal, mesmo, eu já não tava tendo condições mais pra nada...eu ia morrer mesmo...aí me atenderam...foi por consideração a minha mãe...eu sei...disso...se não eu poderia ter morrido, poderia mesmo...pessoas que precisa de ajudá eu converso, eu não desprezo nunca. E eu não vejo o meu passado como uma tristeza, porque serviu de muita lição pra mim, serviu...se a gente não aprende direito, aprende sofrendo” (Adelaide)

“Ah...um enfermeira conversou comigo, uma enfermeira da noite, eu gostei dela, ela me deu muita atenção, e é importante, ela conversou bastante comigo, então eu gostei dela.” (Alice)
“.....elas vem, pergunta o que você tá sentindo, se precisa de alguma coisa e fala de dor, de tudo e outras não...sabe aquela mais atenciosa...é bom né?” (Renata)

“...é bom elas conversá com a gente...faz bem, a gente se sente melhor..., mas às vezes nem a gente quer conversar. Por exemplo, agora eu gosto de esta conversando, gosto dessa parte, de conversa, você desabafa e sofre um pouco menos, acho bom, assim, mas tem vezes que não. Você quer ficar quieta, pensar, descansar.” (Renata)

“É....cuidar é isso. E tem umas que além de cuidar assim, né...fazer as coisas que tem que fazer ainda conversa..., tem umas que não ...que são poucas aqui, pelo menos. Elas todas cuidam bem, gosto muito do jeito delas. Eu acho que tá bem assim, como é primeira vez que eu passo por isso, eu achei que foi bom...ainda mais num momento tão difícil né? você perde uma criança...é difícil...é triste...porque ele morreu né? é uma morte....” (Renata)

“Essa situação é muito ruim, (choro, choro), e o que eu mais quero é ir embora, mas eu tenho que esperar um exame...” (Renata)

“O apoio que eu tive foi assim...que nem eu tava chorando muito né? aí falaram pra mim não fica chorando..” (Júlia)

“agora, assim...físicamente estou bem, mas, né? mas...(choro, muito choro)” (Dulce)

A falha na assistência em alguns aspectos (falta de respeito, consideração com as necessidades e informação. Pessoal em quantidade insuficiente para atender a demanda e falta de tempo).

Pessoal em quantidade insuficiente para atender a demanda e falta de tempo:

“Mas reclamação, aqui, eu não tenho nenhuma. Elas fazem até bastaste, mais do que elas pode, porque são poucas enfermeiras pra muito doente” (Maria Aparecida)

“Ah...sei lá...eu acho que é difícil pra elas né? Toda hora tá num lugar noutro, num quarto, no outro atendendo todo mundo, sei não, acho que é muito difícil né?” (Gilda)

“Por exemplo, alguns cuidam mais, além de fazer essas coisas, né? vê febre, ajuda no banho tudo, conversam e tem outros que não, pode ser por causa do tempo, sei lá.” (Fernanda)

"Ahh...o tempo né? por exemplo as vezes pode ter muito paciente e eles são em pouco, então é difícil mesmo sobra menos tempo ...pode ser também cansaço delas ou as vezes é de fim de semana não queria estar aqui sei lá" (Fernanda)

"...são pessoas que ou não tem tempo, que eu acho só uma desculpa, ou tão cansado, aí pode até ser, ou mesmo não gosta do que escolheu, ou fica julgando as pessoas" (Fernanda)

"Os mais sérios e quietos, não conversam muito, acho que pode ser pelo tempo também...ou não gosta dei lá." (Vera)

"Eu acho que dentro das possibilidades não tem como eles darem apoio as vezes, porque que nem. Ter tempo pra senta e conversa, aqui acho que eles não tem esse tempo né? Tem outros doentes tudo. As vezes muito mais que o básico fica difícil deles fazerem mais que isso" (Vera)

"Isso não conta, cuida e faz a obrigação delas de cuidar dos doentes, dá remédio, isso que elas faz aqui, vê febre, dá banho e até conversa, as que tem tempo..." (Renata)

Falta de respeito e consideração com as necessidades. Falta de informações e descasos:

"Eu comecei a ficar nervosa, sabe?... E ele ficava encostando, eu pedi para ele chega mais pra lá, ele não foi, ele começou a gritar comigo e eu comecei a gritar com ele, aí ele foi pega minha veia, aí acho que ele furo minha veia, olha aqui...olha....., aí ele veio fala comigo, grita, falei com ele também né? não é porque a gente tá numa situação dessa que a gente tem que se humilha pras pessoa" (Maria Aparecida)

"Ahhh...demora viu...quando a gente chama, pelo menos demorou um pouquinho a hora que eu chamei viu?" (Maria Aparecida)

"Ahh...o cuidado tá bom, mas eu acho ele muito devagar, muito lento falaram que eu tinha que fazer, virem ultrassom e íam fazer a curetagem, não fizeram, deixaram pra mais a noite, a noite não fizeram, deixaram pra hoje cedo e até agora tô aqui com fome, com sede, a única coisa, mas o tratamento eu acho bom, o cuidado" (Vera)

"... nunca tive problema com esse hospital, acho que o único problema é que demora demais, não sei se é porque é muito gente não sei....mas fora isso" (Lúcia)

"Antes de vim pra cá eu fui pro posto, fiquei no posto, de manhã até umas 11 horas, cheguei aqui umas 11:30, lá eu fiquei encostada numa cadeira num canto o tempo todo" (Lúcia).

"Ah...posto de bairro sempre tem dessas coisas né? aí fiquei sentada lá? ...eles ainda enrolaram um tempão" (Lúcia)

"Pra mim tem ido tudo muito bem, é só uma coisa que eu não gostei que eles aplicaram remédio, o Doutor, falou pra mim, meia hora, aí eu fiquei em dúvida com medo de levanta, de meia hora e um remédio, perguntei pra enfermeira, e ela falo que era duas horas, aí eu esperei, daí o médico veio eu perguntei pra ele, para confirmar mesmo porque fiquei morrendo de vontade de ir no banheiro, aí o médico falou não é só meia hora, eu meia hora você pode levanta, sabe quando você fica assim, meia assim, porque é enfermeira, tá sempre em contato com os médicos, acostumada a vê isso né? Só isso que eu fiquei meia assim, mas tirando isso. Fiquei com medo de levanta e o comprimido saí, sabe" (Vânia)

"sabe eu vi tudo isso, vi tudo o que ela passou será que não poderia ter tido mais atenção, mas informação, a gente não sabe o que acontece, não sabe o que tá acontecendo a gente não estudo aquilo sabe? Então fica, manda pra cá, pra lá e o caso dela era urgente né? (tristeza). E no meu caso eu fiquei com medo por causa disso, sabe a gente não sabe o que pode acontecer, a gente não é informada" (Vânia)

"... dá atenção, por enquanto não tive problema, passá pra ver se tá tudo bem, se precisa de alguma coisa, se tá tudo bem sei lá? Só não sei se a coisa que tá acontecendo aqui em baixo é contração ou não é? Que faz tempo, parece que é gases sabe? Parece que é ...e eu fico preocupada né? eu queria mais informação, explicação do que tá acontecendo, o que vai acontecer, quanto tempo sabe, vai demora pra agir o remédio....alguém que me explicasse o que que eu vou sentir com o comprimido, tudo, até aí, é só isso que eu sei." (Vânia)

"...talvez não seja mesmo o papel deles, tem muito paciente, pouco tempo e acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade." (Vânia)

"...só sinto falta de algumas informações, sabe? Que nem eu não sei porque eu perdi esse filho, eu quero ter um mais pra frente, eu queria saber se tem risco de novo, de perde, como que foi lá quando fizeram essa coleta (curetagem) e essas coisas, me informar mais...." (Eduarda)

"...porque no dia que eu comecei a perde sangue, aí eu procurei o posto né? que eu tava fazendo pré-natal, aí eu falei com a enfermeira né? tava outras meninas lá fora tudo, pra vê se a médica poderia me atender e aí ela, foi um pouco grossa, ela falou ah...então você espera, porque não é só você que tá com sangramento aqui, você não é a única, ela foi um pouco grossa e eu não gostei, você já tá mal, sabe....eu acho que, sabe, pode até ter sido sim, aquilo que a gente tava conversando, as vezes né? a primeira impressão, pensa que a gente tirou a vida, né? e não é nada disso, mas aí depois, ela viu, que eu sentei lá, chorei, aí ela voltou conversou comigo, o médico atendeu..., ela voltou depois, falou comigo." (Eduarda)

"Aí a única coisa que eu não gostei foi isso e com certeza pode ter sido isso, tanto é que ela voltou e depois eu levei em consideração porque ela voltou, falou comigo, aí eu não gostei, porque sabe? Tinha um monte, várias meninas ali, todo mundo ouvi, sabe? Eu acho que isso é uma coisa assim, minha, uma coisa privada, né? não fala na frente de todo mundo que eu to perdendo sangue e que eu to perdendo um filho, isso me incomodou, ela não devia ter feito isso, me doeu demais, mas que a dor que tava sentindo, se ela pensou que errado, né? que eu rejeitei ela devia pelo menos antes, vê se é isso mesmo. E aqui não, foi tudo bem,...aí a gente vê como é importante também a informação. Eu não sei, mas eu vejo que informação assim tanto elas já não dão." (Eduarda)

" eu só não gostei porque eu cheguei aqui a primeira coisa eu pedi pra liga pra minha família, dá o endereço de onde eu tava, eles não deram, elas custaram achar aqui, o hospital que eu tava? Então isso aí é ruim né? porque não tinha como eu liga pra elas e falá, olha eu tô aqui nesse hospital né? então, achei ruim, aí.. todo mundo preocupado...porque eu fui pro pronto socorro, ali perto da rodoviária né? e a ambulância me trouxe pra cá, entendeu? Não tinha como eu avisa, como é que eu ía fazer, tava todo mundo trabalhando...como é que eu ía avisa e como é que eles íam saber???"(Alice)

"Como que ía no telefone, se a gente não tá agüentando né? então isso aí eu não gostei Achei uma falta de respeito, consideração. A família se preocupa né? mas o resto...tá bem né? faz as coisas direito, assim no corpo da gente." (Alice)

"...porque eu fiquei preocupada que eu deixei meu menino com a minha irmã, entendeu? E

eu passei tão mal que eu não deixei roupa assim direito pra ele vestir lá, e a chave da minha casa tá aqui na portaria, então sabe? Se chega com a cabeça sabe? Se chegá morrendo de dor de cabeça, além da dor, tem todas essa preocupação, entendeu? Eu acho que eles poderiam ter agido diferente né? porque...eu acho assim, eu dependo deles né?” (Alice)

”Eu te falá...esperava que fosse um pouquinho melhor, pelo que aconteceu no dia que eu cheguei sabe....deles liga sabe? Isso pra mim, foi horrível. Imagina a sua família sem notícias suas entendeu? Igual eu falai pra minha irmã eu tô sem nada de roupa aqui, pra ir embora entendeu? Porque a outra que eu vim, era tudo sangue né?” (Alice)

“....eu só queria também fazer uma laqueadura, porque eu não quero mais ter filho, já tenho dois e não tenho condições...não posso com pílula....queria muito sabe? Não sei como fazer, com quem fala...com quem eu falo? Tem como eu fazer aqui? Aqui mesmo? Tem como? Quero muito sabe disso....” (Alice)

"Ah...eu fiquei lá embaixo com a minha prima e o namorado dela, tava morrendo de dor, aí eu fui lá e falei com a enfermeira, eu não pedi, eu falei que eu tava com muita dor, pra enfermeira, mas ela disse que não podia me dar remédio pra dor, que daqui a pouco eu tava indo pra curetagem, aí fiquei esperando muito lá embaixo, eu tava com muita dor e muito frio, tive que esperar, aí eu peguei eu deitei lá. Eu peguei fui e deitei, eu tava até tonta de tanta dor, depois eu tava tão cansada, mas tão cansada que eu dormi com dor mesmo e sangrando mesmo, eu dormi, eu não tenho nem noção do tempo que eu fiquei esperando, aí fizeram os exames tudo, a dor amenizou, mas depois que fizeram um exame lá embaixo, não sei qual o nome, foi horrível, a dor piorou, sei que eles mexeram lá embaixo. Aí depois eu vim pra cá, pra cima, foi tudo bem, fui bem tratada .” (Júlia)

"Ahh...não sei te falar, sabe, sei lá, é complicado, não sei se porque lá (ambulatório) tem de tudo e eles tem muito o que fazer, mas eu esperei demais lá, muito mesmo, eu tava passada de dor, ruim mesmo. Mas ninguém conversou comigo não. Aqui já elas conversam mais, algumas sim, algumas não, mas a maioria é bom. Tive ajuda sim, falaram comigo, disse que não adianta eu fica desse jeito.” (Júlia)

"Ah...esperei e tava com dor, então essas coisas, ninguém ligou muito, entende? E a dor ficou por um bom tempo e tava insuportável. Mas depois não tive problema, deu tudo certo e eu fui bem tratada....” (Júlia)

Dependência e falta de autonomia:

“eu fiquei com muito medo, muito mesmo, porque a gente não sabe né?” (Vera)

“Porque a gente não sabe né? como as pessoas vão agir com você” (Vera)

“A pessoa fica totalmente depende desses profissionais né? remédio, você confia, você vem e confia né?” (Vera)

“ como é a primeira vez que eu aborto, eu não faço idéia do que vai acontecer comigo, do que pode acontecer comigo, o espero sê, sabe....bom né?” (Lúcia)

“sabe eu vi tudo isso, que aconteceu com a minha mãe, vi tudo o que ela passou será que não poderia ter tido mais atenção, mas informação, a gente não sabe o que acontece, não sabe o que tá acontecendo a gente não estudo aquilo sabe? Então fica, manda pra cá, pra lá e o caso dela era urgente né? (tristeza). E no meu caso eu fiquei com medo por causa disso, sabe a gente não sabe o que pode acontecer, a gente não é informada” (Vânia)

“Única coisa que eles falaram é que ia coloca o remédio que não precisava ter pressa, que o remédio ia fazendo o efeito, a cada quatro horas eles vinham, mas tirando isso, não falaram mais nada. É só a informação que eu tenho até agora.” (Vânia)

“A gente fica pensando como seria o tratamento” (Eduarda)

“...mas como eu já to de alta eu tenho medo de ir embora sem saber (as informações), não sei pra quem perguntar, se eles vão me fala. Mas eu vou perguntar, sim.” (Eduarda)

“Achei assim...se você tá sem condições tem que pedi pra eles ligá pra família né? é depende deles...se eles não entra em contato, quem vai entra?” (Alice)

“Sabe aquele médico que te trata assim, seco? Senti um pouco, aí eu comecei, aí eu pra...né? A gente depende deles né? eu puxei conversa, entendeu? Fiquei circulando ele, daí ele foi melhorando...entendeu? comecei a me abri daí ele conversou comigo” (Alice)

“...a gente espera tudo quando vai pro hospital e a gente sabe que lá a gente depende totalmente de outras pessoas pra tudo” (Renata)

4) Relatando a falta de identidade profissional

Falando a respeito do profissional

“Ah...não sei lá...mas é difícil, isso aí, mas eu acho que o profissional tem que fazer a parte dele, se gosta né? se tá naquela profissão é porque gosta, né? tem que fazer direito” (Gilda)

“... importa que você tem aquela profissão e você tem que fazer direito o que você faz.” (Gilda)

“...o papel deles é esse: cuida” (Gilda)

“Eu acho assim, ou elas trata todo mundo igual mesmo, ou dá lugar para outras né? que quer trabalha né? que gosta de fazer aquilo” (Gilda)

“Eu acho que é assim mesmo e depois também tem aqueles que gostam realmente do que faz e aqueles que fazem porque tem que ganhar, tem que trabalha, né? não tem aquele dom, sabe, aquela coisa de dom mesmo, às vezes nem faz por mal, não tem o dom de ser enfermeiro” (Fernanda)

“...são pessoas que ou não tem tempo, que eu acho só uma desculpa, ou tão cansado, aí pode até ser, ou mesmo não gosta do que escolheu, ou fica julgando as pessoas” (Fernanda)

“Acho que onde se forma essas pessoas poderia ver isso, né? e falar mais sobre isso. Falar que na profissão que eles escolheram todos são iguais e que ele vão atender e cuidar de todas os tipo de pessoas sem diferença. nessas escolas tudo, mostrar que não se pode tratar diferente ” (Fernanda)

“Até eu acho que se a pessoa trabalha no que ela escolheu, ela tem que atender tudo que aparece e julga essas coisas. Eu acho que se você escolher a profissão de sê médica, enfermeira, você tem que pega o que vem na frente não é? Escolher então você não pode

recusa ninguém, não é? Mesmo?” (Lúcia)

“....em profissional que não gosta do que faz, acho que tem muito maltrato às pessoas em geral. Tem gente precisando de trabalho e gosta do que faz, dá pra quem precisa então, porque elas tão ali? Né?” (Lúcia)

“Eu acho que é uma profissão, eles escolher uma profissão de muita assim...imagina....tem que trata bem, escolheu isso e é trata bem todo mundo...até os mais carentes....” (Adelaide)

Formações do profissionais e seus diferentes tipos

"Pra alguns pode ser até mais que fazer essas coisas (o normal), pra outros não. Por exemplo, alguns cuidam mais, além de fazer essas coisas, né? vê febre, ajuda no banho tudo, conversam e tem outros que não " (Fernanda)

'ah...dá pra nota a diferença né? são tipos de pessoas mesmo diferentes né? uns conversam mais outros não." (Fernanda)

"... algumas podem falar apenas por falar... mas foram atenciosas conversaram, umas mais outras menos, são pessoas diferentes né?" (Vera)

"uns com mais papo outros menos, uns com mais cuidado outro menos, mais atenção ou não, né? Uns mais bem humorado outros mais sérios" (Vera)

"...entre elas é assim também, umas tem mais paciência que as outras" (Vera)

"Quanto a diferença de profissionais isso existe mesmo, né? até porque as vezes a pessoa só tá ali, pra recebe no fim do mês ou aquele profissão é a única que sobrou pra ela, único meio dela né? e precisa ver sabe onde se forma essas pessoas, pra ver o lado humano também. Não falo só nesse hospital não, falo de uma maneira geral" (Vera)

"...é que tem uns mais atenciosos né? que os outros" (Lúcia)

"É como toda profissão né? por exemplo eu trabalhava em casa de família, tem dia que as pessoas não estão bem, sabe? Em saúde deve de ser a mesmo coisa, mas o problema é que são pessoas doentes né? ou que precisam de cuidado aquele momento se não podem morrer...essa é a diferença...e é muita diferença...trabalha com vidas, independente do paciente, tem que cuida igual, tem que cuida, apareça o que aparecer, se você escolheu essa profissão, você tem que atender." (Lúcia)

"Eu acho, tem uns que conversa com a gente um pouco." (Vânia)

"...e acho que alguns só tem esse lado mais assim né? de se importa com sentimento de verdade." (Vânia)

"...tem profissional que vai normal e outro não, são valores, sei lá" (Eduarda)

"Ah...eles são diferente né? mas aí assim tem que levar em consideração né? porque as vezes é o tipo de pessoa, uma pessoa mais tímida, uma pessoa mais extrovertida né? pessoas são diferentes uma das outras né? uma ri mais, outra é mais séria, conversa outra não, mas te trata tão bem quanto a outra. As vezes o fato de conversar ou não, não significa que cuida melhor ou não, as vezes aquela que é quieta, respeita tanto o seu momento e cuida como você quer." (Eduarda)

“elas vem, pergunta o que você tá sentindo, se precisa de alguma coisa e fala de dor, de tudo e outras não...sabe aquela mais atenciosa...é bom né?” (Renata)

“Aqui já elas conversam mais, algumas sim, algumas não, mas a maioria é bom.” (Júlia)

" E algumas mais atenciosas que as outras...mas legal! " (Dulce)

Dificuldade de identificação do profissional e sua necessidade

"...ela veio hoje aqui de manhã, conversa comigo, e eu sei que ela é a médica, porque eu perguntei pra ela" (Maria Aparecida)

" eles não falam, não. Nenhum deles falam Mas a gente sabe, né? porque, se é o médico, o médico vem, vem conversa, as vezes a gente pergunta, que horas que o médico vai vir? Eles fala já, já, ou se não eles falam, eu sou o médico...mas, seria bom que falasse né? seria né? mas sempre tem o crachazinho né? mas eu tenho uma preguiça de lê...." (Maria Aparecida)

"Ahh...todos...as enfermeiras, que dão os medicamentos...os médicos também conversam, conversam diferente, mas conversam... Ahh...as moças fazem a gente ri, são menos sérias, os médicos e as médicas são mais sério, mas eles falam também...orienta tudo." (Gilda)

"E quando não fala a gente fica observando pra vê se a gente sabe, sempre a gente descobre, pela roupa, as vezes pelas coisas que faz, pelo tempo que fica, se vai e volta, ahhh essas coisas." (Gilda)

"Sei, eles falam, se eles não falam a gente percebe. Sabe hoje uma auxiliar chegou e falou "eu sou auxiliar de enfermagem", mas alguns não falam não. Se bem que cuidando da gente é o que importa" (Fernanda)

“...agora falo dos enfermeiros que entram aqui. Os médicos são mais sérios ainda, quase não falam muito, conversam bem menos, só o necessário, respondem o que você pergunta tudo, orienta. As enfermeiras estão sempre, sempre aqui, bem mais que eles que vem menos, elas ficam mais tempo com a gente, você pergunta para elas te responde tudo, parece que eles já é assim eles respondem, mas tem mais pressa e menos paciência entende? Se bem que entre elas é assim também, umas tem mais paciência que as outras.” (Vera)

“Na maioria da vezes não, a gente percebe, por várias características, jeito de ser, vestir, falar, essas coisas e a gente vê no crachazinho de vocês.” (Vera)

“Ahhh.. não sei. Eles não falam não. A gente não sabe deles quem é médico, quem é aluno, quem é enfermeiro, quem é aluno, a gente não sabe...ontem (no ambulatório) tinha uns lá que eu sei quem era médico e quem era aluno, porque eles falaram, mas de lá pra cá cada hora eu tô encontrando com um diferente do outro né? agora tinha uns lá que era enfermeira”. (Lúcia)

“...mas a gente percebe, sabe...as vezes se engana, mas geralmente a gente sabe? Até pelas características, o que eles fazem. Mas é difícil, porque as vezes todos fazem a mesma coisa, por exemplo, enfermeiro mede pressão médico também, conversa o outro também, se bem que são conversas diferentes e o médico fica menos tempo e não conversa mais de igual, ahh...sei lá. Aliás eu acho que lá embaixo, tinha um só que era médico, o outros não eram médicos, tudo era estudante. Eles não falam não....” (Lúcia)

"...eles nunca falam, não falam mesmo e a gente fica sem sabe né? é devia falar... pra gente sabe se pergunta, as vezes tá com alguma pergunta pra fazer, direcioná, sabe pra quem que pergunta, pra quem fazer a pergunta" (Vânia).

"até falei pro médico hoje, alias acho que ele era aluno porque ele disse que ia ver se esse remédio tenha a ver" (Vânia)

"...Mas é bom identificar, é sempre bom saber quem é que tá cuidando da gente, né? muito bem saber..." (Ana)

"...mas eu acho que médico ainda não venho aqui não, acho que dá pra identifica sim, mas as pessoas não falam, não, no geral. Aqui no quarto, não veio nenhum médico me ver, então. Mas as outras são tudo enfermeira, eu acho que são tudo enfermeira, mas elas não falam não, eu sou enfermeira." (Eduarda)

"Eu falo assim eles, quer dizer de todos, todos, assim médico e enfermeiras. E a té as faxineira, Eu não consigo saber não, quem é médico, quem é enfermeiro, alguns chega e fala." (Adelaide)

"Ela não disse que era enfermeira, depois conversando assim que eu vi né? e depois da gente conversa eu perguntei porque eu já sabia e ela disse depois. Não sei quem são quais são profissionais...tem horas que eu não sei não, entendeu? Que nem ontem, eu cheguei aqui, eu perguntei, você é médico, ela falou não, eu sou...porque eu senti ele assim, um pouco seco sabe? Novinho...sabe...mas tem hora que eu não sei quem é médico, as vezes vem um punhado de rapaz aqui, pelo menos as mulheres que veio cuida de mim, são enfermeira, mas os homens....eu não sei" (Alice)

"...é a gente acha né? Que as mulheres são as enfermeiras né? sei lá....eu acho assim, eu precinto assim que elas é a enfermeira e os homens...não sei...mas eles não fala não né? mas é bom eles fala, assim a gente não tem que adivinhá....eles vem conversa com você tudo, examina, faz o que tem que fazer, sabe seu nome tudo....é difícil sabe se ele é o médico ou não é? Não é verdade? Mas elas chega, as enfermeira, algumas até fala e depois você vê elas aqui, circulando aqui por um tempo maior né? o médico não eles falam até o nome dele, as vezes sim, sabe? Aí eu sou fulano, meu nome é esse, mas ele não fala eu sou o médico...as vezes também tão novinho a gente acha que estuda né? ainda. A gente fica na dúvida, entende? E as vezes até é homem e é um enfermeiro né? mas a gente sempre pensa assim...eles fala eu sou Marcelo, eu sou Fernando....mas não fala o que é...." (Alice)

"Ahh...não sei ...não sei mesmo, eles não falam, só as vezes. Eles usam aquela sabe (apontou o crachá) mais a gente não fica vendo pra lê, só tem o nome grande, o resto não dá pra fica lendo, eu não presto atenção nisso. Não ligo muito...e a gente só sabe quando eles falam, ou pelo modo deles. Né? quase nunca eles falam. Mas as vezes dá pra sabe pela roupa, ou quando só entra examina e sai , aí é médico, quando fica aqui, rodando o quarto aí é enfermeira não é? E se não...vem menos aí é médico....é difícil a gente saber...." (Renata)

"Não, eu leio no crachá, mas elas não falam, alguns médicos falam, chegam e falam eu sou o doutor tal, é assim, muitos quando vão fazer um exame falam, avisam e explicam também. Deles falarem quem é ou não é eu nem ligo muito, é só a gente ler no crachá, daí você vê lá, enfermeira, residente, médico, aluno, nem precisa deles falarem. Mas é lógico que a gente sabe, que nem a médica que me atendeu ontem, saiu entrou o Dr. Marcelo que é o médico agora, agora tem a acompanhante dele eu não sei, a que fica junto com ele e as enfermeiras. A Dr.a Bete falou, eu sou médica, tal, tal, tal, algumas falam. A maioria não fala." (Júlia)

"As vezes sim, mas na maioria não...a gente percebe né? pelas atitude, o que eles fazem...examina...as enfermeira fica mais aqui no quarto que eles....com a gente, elas dá banho, arruma a gente, põe esses treco aqui na gente (soro), as vezes conversa....a maioria das coisa que a gente precisa é pra elas que a gente fala, porque eles vem pouco aqui, mas é examina a gente...assim e acho que eles que decide né? as coisas, porque a gente pergunta elas falam assim, eu vou ver com os médicos e depois te falo.....os médico também vem menos, conversa menos...ahhh...não sei te falar direito." (Dulce)

O Anonimato da Equipe

"aí eles me levaram ali na maca... me trouxeram pra cá " (Maria Aparecida)

"Todas que entraram aqui..." (Maria Aparecida)

"...quando eu perdi a minha menina, teve uma pessoa que falou pra mim" (Maria Aparecida)

"...a médica que cuido de mim falou... , ela veio hoje aqui de manhã, conversa comigo...e eu sei que ela é a médica, porque eu perguntei pra ela" (Maria Aparecida)

"... que ela chegou na sala, ela não falou, ela sentou lá, começou a conversar comigo, aí eu perguntei pra ela, se era ela que ia cuidar de mim, se ela era a médica, ela falou que sim. Aí ela falou, sou a médica sim, aí depois, tinha uma gordinha é médica também, fico comigo, ela veio duas...porque eles me deram um soro lá na mesa..." (Maria Aparecida)

"Ahh...todos...as enfermeiras, que dão os medicamentos...os médicos também conversam, conversam diferente, mas conversam" (Gilda)

"Todos eles me deram muito apoio" (Gilda)

"...eu até falei pra eles que eu queria ter um filho..." (Gilda)

"eles não falam a gente percebe." (Fernanda)

"não tem como eles darem apoio as vezes" (Vera)

"A pessoa fica totalmente depende desses profissionais né?" (Vera)

"eles mede febre, mede pressão toda hora" (Lúcia)

"... o que eles fazem. Mas é difícil, porque as vezes todos fazem a mesma coisa..." (Lúcia)

"...pra eles acho que é difícil né?" (Vânia)

"ah...eles todos né? de um modo geral" (Vânia)

"Única coisa que eles falaram é que ia coloca o ...mas tirando isso, não falaram mais nada." (Vânia)

"...eles tão sempre junto com a gente" (Ana)

"Eles sabem que é um momento difícil né?" (Ana)

“A gente fala eles, é tudo né? pelo menos quem tá atendendo a gente né?” (Eduarda)

“...mas as pessoas não falam, não, no geral. Aqui no quarto, não veio nenhum médico me ver, então. Mas as outras são tudo enfermeira, eu acho que são tudo enfermeira.” (Eduarda)

“...tipo assim, elas fazem o que tem que fazer” (Eduarda)

“Pra mim a maneira que eles me tratô..” (Adelaide)

“Eu falo assim eles, quer dizer de todos, todos, assim médico e enfermeiras. E a té as faxineira, Eu não consigo saber não, quem é médico, quem é enfermeiro, alguns chega e fala.” (Adelaide)

“Elas chegavam pra mim, converso tudo” (Adelaide)

“...eles não deram, elas custaram acha aqui” (Alice)

“Ah...um enfermeira conversou comigo, uma enfermeira da noite, eu gostei dela, ela me deu muita atenção, e é importante, ela conversou bastante comigo, então eu gostei dela.” (Alice)

“...uma mulher veio e conversou muito comigo, falou que era pra mim não ficar assim, porque não tinha de ser....se não nasceu não tinha de ser...” (Renata)

‘...aí falaram pra mim não fica chorando que, aí, que tudo do melhoramento da pessoa depende da cabeça também né? falaram que eu ia melhora...” (Júlia)

“Mas elas fizeram a parte delas, cuidaram direitinho.” (Júlia)

“Tudo eles né? enfermeiro, médico...tudo eles...aluno...” (Dulce)