



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MICHELLE DE SANTANA XAVIER

**SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO
PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTAMENTO**

Salvador

2011

MICHELLE DE SANTANA XAVIER

**SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO
PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE PÓS- ABORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em saúde, da linha Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mariza Silva Almeida

.

Salvador

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e Nutrição, SIBI - UFBA.

X3 Xavier, Michelle de Santana
 Significado da internação no alojamento conjunto para
mulheres em situação de pós-abortamento/ Michelle de Santana
Xavier. – Salvador, 2011.
 99f.
 Orientador: Profª Drª Mariza Silva Almeida
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2010.
 1. Saúde da Mulher. 2. Aborto Induzido. 3. Aborto
Espontâneo. I. Almeida, Mariza Silva. II Universidade Federal
da Bahia. III. Título.

CDU: 618.39

MICHELLE DE SANTANA XAVIER

**SIGNIFICADO DA INTERNAÇÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO PARA
MULHERES EM SITUAÇÃO DE PÓS-ABORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestre na área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em saúde, da linha Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Mariza Silva Almeida- Orientadora _____

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto
Professora da Universidade Federal da Bahia

Ruth França Cizino da Trindade _____

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto
Professora da Universidade Federal de Alagoas

Solange Maria dos Anjos Gesteira _____

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo
Professora da Universidade Federal da Bahia

Edméia de Almeida Cardoso Coelho _____

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP
Professora da Universidade Federal da Bahia

Dedico esta dissertação a todas as mulheres que sofrem de forma direta ou indireta as desigualdades de gênero impostas pela sociedade.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus por tudo que tem representado em minha vida, principalmente pela sabedoria que tem me oferecido, possibilitando que eu tenha discernimento em minhas escolhas e forças para enfrentar as dificuldades e me empenhar em busca das conquistas. A Ele dedico esta vitória, diante de tantas que tem me permitido.

À minha mãe, Marisa, por fazer parte de minha vida, sendo presença e ajuda constante, exemplo de mulher guerreira, mostrando no dia a dia que as dificuldades sempre são menores do que nos são apresentadas e que viver vale a pena desde que saibamos enfrentar todas elas. Mamãe, não sabe o quanto estou feliz em ter você comigo, compartilhando todas as vitórias, com certeza elas têm mais sabor com você do meu lado. Te amo!

À minha querida avó, Marivalda, que a vida inteira contribui para minha formação, torceu e acreditou em mim. No cantinho dela, orando e pedindo a Deus proteção para a minha vida. Mainha, dedico esta vitória também a você, pela mulher especial que é.

Ao meu esposo, Harley, por tudo que representa para mim, apoio constante, compreensão, estímulo, admiração, parceria, tolerância no cansaço, carinho e, acima de tudo, o amor que tem me dedicado. Com certeza, você foi fundamental na conquista desta vitória, saiba que ela é nossa. Te amo muito!

Aos meus irmãos, Ludmila e Michel, cada um do seu jeito dando apoio à realização das minhas atividades. Mila, amiga, irmã, mulher e colega enfermeira, me dando sempre forças nos momentos de desânimo e me fazendo acreditar que tudo vale a pena. Tenho orgulho de você, mana! Michel, com o seu jeito de ver o mundo com mais leveza, me ensina que as coisas não são tão difíceis quanto parecem ser.

Aos meus amigos e familiares que, com certeza, torceram o tempo inteiro por mim, compreendendo, muitas vezes, os momentos de ausência.

À minha companheira e amiga, Aline Xavier, pela parceria constante nesses dois anos. Exemplo de mulher guerreira, saiba que ter sua companhia tornou tudo mais fácil, a distância

Feira a Salvador ficou bem mais curta. Sua amizade foi, para mim, importante mais uma conquista que adquirir junto ao Mestrado. Valeu por tudo!

A todos (as) os (as) professores (as) que passaram pela minha vida, desde a escolinha até a trajetória acadêmica, contribuindo, de forma direta em minha formação e preparo para a vida. Vocês me impulsionaram para seguir esse caminho. Parabéns a todos (as)!

À Universidade Estadual de Feira de Santana, pela grande contribuição na minha formação profissional e por ser porta de entrada no meu caminho rumo à docência.

Ao Hospital Mater Dei, pelo importante apoio nas circunstâncias em que mais precisei, meu muitíssimo obrigado.

À Robson Greick, por ser o grande colaborador dentro do hospital Mater Dei. Obrigada pela confiança que me é depositada.

A grande parceira da Mater Dei, Janivalda Lima, sempre pronta para me ajudar quando necessário, saiba, amiga, que você foi demais. Obrigada por tudo!

Às minhas colegas enfermeiras da Mater Dei, Emilin, Tayana, Itana e Vanessa. Cada uma do seu jeito, contribuiu de forma significativa, em todo esse processo.

À minha querida orientadora, Mariza Silva Almeida, pelo exemplo de profissional que é, pelo carinho, atenção, compromisso e grande colaboração oferecida durante essa trajetória. Professora, obrigada por tudo, eu sabia que Deus não tinha colocado mais uma Mariza em minha vida à toa. Agradeço a ele por você ter feito parte desse meu projeto de vida.

Às professoras, Solange Maria dos Anjos Gesteira e Edméia de Almeida Cardoso Coelho, pelas sugestões, dicas e contribuições oferecidas desde a defesa do projeto. Vocês foram importantes na concretização do mesmo.

À professora Ruth França Cizino da Trindade, por ter aceitado participar da banca examinadora e pelas contribuições oferecidas.

Ao Grupo de Estudos Sobre Saúde da Mulher (GEM) pela contribuição quanto ao conhecimento científico.

Às professoras da Pós-Graduação em Enfermagem, pelo conhecimento científico compartilhado.

Às (aos) companheiras (os) da “Kombi” de Feira, Luciano Marques, Rosana Melo, Ana Clara, Kátia, Elaine Guedes, Marluce, Rita Rocha, Aisiane e Roberta, pela companhia e o apoio nos momentos de ansiedade. Estar com vocês tornou a BR 324 muito mais agradável e a viagem menos tensa. Valeu, companheiras (os)!

Às (aos) amigas (os) que sempre estiveram dispostas(os) a ajudar nas dúvidas e ansiedade, contribuindo, de forma direta ou indireta nessa trajetória. Naíza e Rita Rocha (eternas professoras, vocês foram verdadeiros anjos em momentos decisivos), Zanetty, Valterney, Luciano. Obrigada por tudo!

À grande amiga, irmã Paloma (exemplo de mulher), sempre pronta para ajudar, me orgulho de você, amiga, obrigada por tudo. Te amo!

Às minhas queridas amigas e enfermeiras, Michelle, Cilmara, Vanessa, Carol, Fernanda e Virginia pela torcida e entendimento nos momentos de ausência. Amo vocês!

Ao hospital Maternidade (campo da pesquisa) pela oportunidade e o acolhimento favorecendo a realização desta.

A Gilcélia, professora de Inglês e Português, pela significativa contribuição nos momentos de maiores dificuldades. Gil, você ajudou bastante. Muito obrigada!

Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa. Sem vocês, não seria possível realizá-la!

XAVIER, Michelle de Santana. **Significado da internação no alojamento conjunto para as mulheres em situação de pós-abortamento**. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

RESUMO

A maternidade e o aborto fazem parte do contexto de vida de muitas mulheres e tem um forte significado para elas. Nesses processos a construção da identidade feminina perpassa o âmbito social, econômico, psicológico e de gênero envolvendo suas vidas, inclusive no tocante a opção pela maternidade. O cuidado/assistência oferecidos às mulheres em situação de abortamento, internadas na unidade de Alojamento Conjunto – AC são atividades rotineiras embasadas em protocolos institucionais que objetivam atender mulheres em pós-parto e não as necessidades das mulheres em processo de abortamento. O estudo objetivou analisar o significado da internação no AC para as mulheres em situação de pós-abortamento. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, realizada numa Maternidade pública do município de Feira de Santana - Bahia. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada, com 20 mulheres, internadas no AC, no mês de julho de 2010, após cumprimento da Resolução 196/96 do CNS. Os dados foram tratados por meio da análise de conteúdo, modalidade temática norteadas por Bardin, tendo como suporte teórico o enfoque de gênero e integralidade. As participantes eram adultas jovens, com média escolaridade, que se autodeclararam negras e pardas. Vivem, na sua maioria, em união consensual e com os familiares. Quinze informaram desejar ter o (a) filho (a), embora algumas não o tivessem planejado. Da análise das falas, emergiram três categorias empíricas: Estar no Alojamento Conjunto: Pós-abortamento; Orientações para as puérperas: reflexos para as mulheres em pós-abortamento; Reflexo dos valores profissionais: julgamento e punição. Ficou evidenciado que, o fato de estar no AC para as mulheres em situação de pós-abortamento as conduziu a lembrança da perda do filho (a) e do desejo da maternidade, potencializando o significado do aborto, como resultante da construção social do desejo de ser mãe numa aproximação com a identidade feminina. A maioria das mulheres referiu que sua permanência ao lado das puérperas, com seus respectivos filhos (as) na unidade de AC, foi permeada por sentimentos de: tristeza, dor física e existencial, que embora tenha lhes causado desconforto e constrangimento despertou-lhes, em alguns momentos, a aquisição de experiência para uma futura maternidade. Aquelas que declararam ter provocado o aborto, a internação no AC embora não tivesse lhes causado nenhum desconforto, lhes remeteu uma associação de tanto o parto quanto o aborto, a algo sujo e fonte de contaminação. A realidade observada faz supor que, embora existam políticas públicas visando da humanização do atendimento, os cuidados prestados as mulheres em situação de abortamento ainda sofrem influência de um modelo biomédico fragmentário, em que essas não são vistas em suas especificidades, com igualdade de gênero, equidade na atenção e que resulte na integralidade da assistência. Urge, portanto, refletir sobre esse modelo de atenção, e repensar as práticas de saúde que busquem atender as mulheres na sua totalidade, compreendendo a complexidade do contexto do aborto, vislumbrando a transformação da realidade atual.

Palavras- chave: Saúde da Mulher; Aborto induzido, Aborto espontâneo.

XAVIER, Michelle Santana. **The Meaning of hospitalization in the rooming-in for women in post-abortion situation.** 99f. Dissertation (Masters in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Bahia. Salvador, 2011.

ABSTRACT

Motherhood and abortion are part of the life context of many women and has a strong meaning for them. In these cases, the construction of female identity permeates the social, economic, psychological and gender scope involving their lives, including regarding the choice of motherhood. The care/support offered to women in abortion situation, hospitalized in rooming-in units, are routine activities grounded in institutional protocols that aim to serve women in the postpartum period and not the needs of women in abortion process. The study aimed to analyze the meaning of hospitalization in the rooming-in for women in post-abortion situation. This is a descriptive research, with qualitative approach, released at a public maternity in the municipality of Feira de Santana - Bahia. The data collection was made by semi-structured interviews with 20 women hospitalized in the rooming-in, in July of 2010, after compliance with Resolution 196/96 of the CNS. The data were processed by the analysis of content, thematic mode guided by Bardin, taking as theoretical support the gender and integrality focus. The participants were young adults with medium education, who declared themselves black and brown. They live mostly in consensual unions and with family members. Fifteen reported to wish to have the child, although some had not planned it. From the analysis of the speeches, three empirical categories were revealed: Being at the Rooming-in: Post-abortion; Guidelines for mothers: reflections for women in post-abortion; Reflection of professional values: trial and punishment. It was evident that the fact of being in rooming-in for women in post-abortion led them to the memory of losing their son and of the desire of motherhood, enhancing the meaning of abortion, as resulting from the social construction of the desire to be a parent, in an approach to female identity. Most women reported that their permanence next to the mothers, with their respective children in the rooming-in unit, was permeated by feelings of: sadness, physical and existential pain, that, although it had caused them embarrassment and discomfort; awakened them, at times, the gain of experience for a future motherhood. Those who claim to have caused the abortion, the hospitalization at the rooming-in, though it had not caused them any discomfort, sent them to an association of both delivery and abortion, to something dirty and a source of contamination. The reality observed hypothesizes that, although there are public policies aimed at the humanization of attendance, the care provided to women in situation of abortion are still influenced by a biomedical fragmented model, in which those are not seen in their specificities, with gender equality, equity in attention and which results in the integrality of assistance. Urges, therefore, to reflect about this assistance model, and rethink the health practices that seek to attend women in their entirety, comprehending the complexity of the context of abortion, glimpsing the transformation of the actual reality.

Key-Words: Women Health; Induced Abortion, Spontaneous Abortion.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	MATERNIDADE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	19
2.2	O ABORTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	23
2.3	A UNIDADE DE ALOJAMENTO CONJUNTO	30
3	METODOLOGIA	35
3.1	GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER	35
3.2	INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER	39
3.3	TIPO DE ESTUDO	44
3.4	CENÁRIO DA PESQUISA	45
3.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	48
3.7	COLETA DOS DADOS	49
3.8	ANÁLISE DOS DADOS	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1	AS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUAS CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	51
4.2	ESTAR NO ALOJAMENTO CONJUNTO: PÓS-ABORTAMENTO	53
4.2.1	Da Tristeza a Dor	54
4.2.2	Da Normalidade ao Aprendizado	62
4.3	ORIENTAÇÃO PARA AS PUÉRPERAS: REFLEXO PARA AS MULHERES EM PÓS-ABORTAMENTO	63
4.3.1	Desnecessário, Faz Sofrer	64
4.3.2	Experiência para uma Nova Maternidade	67
4.4	REFLEXO DOS VALORES DOS PROFISSIONAIS: JULGAMENTO E PUNIÇÃO	69
4.4.1	Espaço igual para Desiguais	73
4.4.2	O Pouco que Satisfaz	75
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICES	94
	ANEXO	99

1 INTRODUÇÃO

De modo geral, mulheres enfrentam dificuldades no processo de construção de sua identidade feminina, dificuldades que perpassam o âmbito social, econômico e psicológico, inclusive no que diz respeito à maternidade, mesmo em sociedades em que esta já se configura como uma opção. O conceito de ser mulher e ser mãe é influenciado por construções históricas, nas quais a maternidade foi, e é, em muitas circunstâncias, considerada como algo inato à mulher, ou seja, exclusivamente um fenômeno natural e biológico. A mulher em cada sociedade sofre influência da cultura que a determina como cuidadora e a principal responsável pelo espaço doméstico, e pela socialização dos (as) filhos (as). Para Sanchez e Payrí (2001), o desejo de ser mãe ao se configurar em uma ideologia socialmente construída, conduz muitas mulheres, a apresentar problemas variados diante do direito de fazer suas escolhas.

Scavone (2001) corrobora com tal afirmativa, cita lutas significativas empreendidas por mulheres, no intuito de conquistarem o direito de decidir-se, ou não, pela maternidade, porquanto, na construção social, o desejo de ser mãe pode trazer repercussões para suas vidas na sociedade e do ponto de vista psicológico.

Historicamente, as características biológicas das mulheres se destacaram como elementos importantes para determinar seu papel na sociedade, já que as mesmas sempre foram consideradas como as grandes responsáveis pela função reprodutiva e doméstica, cabendo-lhe exclusivamente, o cuidado com a gravidez, parto e lactância e os demais relativos à esfera privada, ou seja, ao ambiente doméstico, extensivo ao cuidado da casa e a manutenção da família. Em situação oposta tem-se o espaço público pertencente aos homens, considerados pessoas economicamente produtivas e mais valoradas em relação às mulheres, desde quando à ascensão desses, no espaço público, tem características singulares, determinadas por uma relação de gênero e poder (SILVA, 2000).

No desenrolar do início dos anos sessenta, as mulheres brasileiras romperam com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho. O fato possibilitaria que viessem satisfazer suas aspirações como cidadãs. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passou a ser o anseio das mulheres, assim como a vivência plena de sua sexualidade, desvinculando a maternidade do

desejo e da vida sexual. A assunção dessa postura implicou na necessidade de políticas que permitissem o acesso aos métodos contraceptivos (COSTA; GUILHERME; SILVER, 2006).

A anticoncepção passou a ser reconhecida a partir da I Conferência Internacional dos Direitos Humanos em 1968 e dez anos após, foi caracterizada como ação básica de saúde pública, na Declaração de Alma Ata, fruto das mudanças comportamentais das mulheres frente ao exercício da sexualidade, o que legitimou dissociar a prática sexual da maternidade. Lutas feministas foram importantes e decisivas para que o Estado reconhecesse os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Políticas públicas foram implementadas para buscar atender esses direitos sexuais e reprodutivos, a exemplo do Programa de Planejamento Familiar, que propõe a livre decisão sobre o controle da fecundidade, número de filhos, espaçamento entre as gestações e a oportunidade de concepção. De acordo com a Constituição Federal e com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado proporcionar condições para que homens e mulheres tenham acesso à informação, meios, métodos e técnicas para a regulação de sua fecundidade (GUARESCHI, et al., 2007).

Apesar da oferta de métodos contraceptivos e dos objetivos propostos pelo Programa de Planejamento Familiar, a dificuldade de acesso à informação e aos meios anticonceptivos tem sido um dos maiores problemas enfrentados pelas mulheres na adesão a esse projeto. Galvão e Diaz (1999) associam a esse problema as falhas estruturais na organização dos serviços, como falta de pessoal treinado ou de suprimentos, descontinuidade na oferta de métodos, contribuindo para a ocorrência de gravidezes não planejadas, o que, muitas vezes, induz ao aborto como uma alternativa para resolver o problema.

Embora o desenvolvimento da gravidez seja um processo fisiológico e que, na maioria das vezes, culmina com nascimento de uma criança a termo e sadia, em algumas situações isto não acontece devido às possíveis intercorrências obstétricas que podem resultar num processo de abortamento, por causas cromossômicas ou genéticas, doença materna grave ou traumatismo, intoxicações, infecções, dentre outras. Ao lado dessas intercorrências, tem-se as de origem voluntária induzidas mediante o uso de chás, medicação e métodos invasivos para interromper a gravidez (FONSECA et al., 1998).

O aborto induzido ou provocado representa um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, e se caracteriza pelo grau de complexidade que pode envolver vários elementos, resultando em questões legais, econômicas, sociais e psicológicas. Dentre essas questões, é importante destacar a discriminação, a tensão, a

angústia, a ansiedade e a sensação de ilegalidade que acometem muitas mulheres que se submetem a prática do aborto (ADESSE; MONTEIRO; LEVIN, 2008).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde – OMS (2004), metade das gestações não são planejadas, e uma, em cada nove mulheres, recorre ao aborto para interromper a gravidez. No Brasil, tal gravidade se expressa numa estimativa de que 31% das gestações terminam em aborto. Na América Latina e no Caribe, das 18 milhões de gestações que ocorreram anualmente, 52% não foram planejadas e 23% evoluíram para abortamento com a morte de 68 mil mulheres por complicação pós-aborto.

Na Bahia, no ano de 2008, complicações pós-aborto motivaram 26.999 internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado e foram responsáveis por, pelo menos, 30 óbitos. Além desses, dados da Secretaria de Estado de Saúde da Bahia (SESAB) mostram que 74 mulheres buscaram, diariamente, atendimento do SUS por conta de práticas abortivas resultando em uma média de três internações por hora (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

As referidas autoras afirmam também que, para cada dois partos realizados em Feira de Santana, ocorre um aborto. Dados do Ministério da Saúde sobre óbitos maternos por faixa etária nesse município indicam ainda que, no período de 2000 a 2007, a maioria dos óbitos por aborto se concentrou nas faixas etárias de 30 a 39 anos (41%), de 20 a 29 anos (36%), e entre adolescentes de 15 a 19 (15,4%) (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

De modo geral, as mulheres que sofrem com as consequências clínicas do processo de abortamento recorrem aos serviços de saúde específicos e esperam, por sua vez, encontrar uma equipe de saúde que possa recebê-las, acolhê-las, informá-las e orientá-las durante todo o período de internação. Paralelo ao desejo das mulheres o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), recomenda, para o atendimento humanizado, que os profissionais de saúde busquem se preparar e colaborar com condutas que contribuam para a redução dos índices de mortalidade e morbidade materna, prevenindo seqüelas, tanto físicas como psicológicas naquelas em processo de abortamento.

Em nossa realidade, os hospitais apropriados para atender mulheres em situação de pós - abortamento são os hospitais gerais com leitos obstétricos e maternidades públicas e privadas, que atendem a mulheres em todas as fases do ciclo vital. Em situação que requeira procedimentos para esvaziamento uterino, ou seja, curetagem ou mesmo a aspiração uterina, elas são também encaminhadas às enfermarias, que na maioria das vezes, adotam o sistema de Alojamento Conjunto (AC), espaço esse organizado para acolher puérperas e seus (suas)

respectivos (as) recém-nascidos (as), (Rn), logo após o parto permanecendo juntos até a alta hospitalar (BRASIL, 1993).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Alojamento Conjunto (AC) é um sistema hospitalar em que o (a) recém-nascido (a) sadio (a) permanece ao lado da mãe 24 horas por dia até a alta. Tem como objetivo estimular e motivar o aleitamento materno; aumentar o vínculo afetivo entre mãe e filho (a); permitir a observação constante do (a) Rn pela mãe; oferecer condições para a enfermagem realizar treinamentos através da demonstração prática de cuidados indispensáveis à mãe e ao (a) Rn; diminuir riscos de infecção hospitalar, facilitar o encontro da mãe com o (a) pediatra, dentre outros (BRASIL, 1993).

Durante a realização do curso de graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de atuar em uma unidade de AC, realizando práticas na disciplina da saúde da mulher. Observava, diariamente, que as mulheres em pós-abortamento compartilhavam, durante toda a sua internação, da mesma enfermaria das mulheres em pós-parto, com seus (suas) filhos (as), não havia um lugar específico para alojá-las. Tal situação me inquietava, senti grande dificuldade em lidar com a realidade em minha frente, não esperava encontrar mulheres em situação de pós-abortamento naquele espaço, como também não havia recebido formação adequada e instrumentalização necessária para prestar-lhes cuidados.

Após a especialização em Enfermagem Obstétrica, passei a trabalhar em Maternidade, onde enfrentei dificuldades para cuidar das mulheres em pós-abortamento. Percebia que a estrutura hospitalar para atendê-las permanecia a mesma e que as mulheres que ali estavam, manifestavam reações de tristeza, choro, ansiedade e muitas vezes davam as costas ou se retiravam da enfermaria, demonstrando descaso ou desinteresse durante o tempo em que as profissionais de enfermagem passavam orientações e informações às puérperas relativas a seu autocuidado e cuidado com sua criança. Como Enfermeira da unidade de internação – AC, fiz diversas tentativas para mantê-las em ambientes separado, reunindo as que se encontravam em processo de abortamento. Não obtive sucesso, já que a Direção e outras colegas não compartilhavam desse incômodo relacionado à permanência de mulheres em situação de abortamento no mesmo espaço de mulheres em situação de pós-parto ou em muitos momentos, porque a demanda era maior do que a oferta de leitos para mulheres no ciclo gravídico-puerperal, o que dificultava manter espaços separados por especificidades.

Ao iniciar as práticas como docente, na condição de Professora Substituta da disciplina Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Feira de Santana, três anos após a graduação em Enfermagem, percebi que tal situação não mudara e as reações manifestadas pelas

mulheres em pós-abortamento no AC também causavam dúvidas e inquietações nas alunas do curso de enfermagem e em algumas profissionais que ali atuavam, pois questionamentos, insegurança e possível desconforto exteriorizado pelas mulheres, não lhes passaram despercebidas.

Ao investigar a temática nas bases de dados, Scielo, Medline, Lilacs e Pubmed dos últimos dez anos, identifiquei uma vasta produção relacionada ao aborto, em que se destacou estudos sobre a percepção das mulheres em relação ao abortamento, espontâneo ou provocado, e sobre os cuidados de enfermagem prestados às mesmas no decurso desse processo. Dentre esses, destacamos Bazotti, Stumm e Kirchner (2009), Mariutti e Boemer, (2003), Mariutti, Furegatto e Scatena (2005). Apenas um aborda os sentimentos relacionados à permanência da mulher no AC, realizado por Andrade, Silva e Silva (2004), que relata a experiência de desconforto, tristeza e ansiedade vivenciado pelas mulheres em situação de abortamento, internadas junto a outras mulheres que acabavam de dar a luz a seus (suas) filhos(as).

Baseada em minha experiência profissional junto às mulheres internadas no AC, com destaque para as mulheres em situação de pós-abortamento, e a observação da exteriorização de sentimentos variados, sou levada a pressupor que, essas se sentem desconfortáveis, constrangidas, incomodadas e tristes em razão de estarem internadas no AC, espaço, destinado à mulher em pós-parto e seu a (sua) Rn.

Face às considerações feitas até aqui, tendo como *objeto de estudo o significado da internação no AC para as mulheres em situação de pós-abortamento*, originaram o questionamento: *qual o significado da internação no AC para mulheres em situação de pós-abortamento?* Para respondê-lo firmei o objetivo de *analisar o significado da internação no AC para mulheres em situação de pós-abortamento*.

Acredito que as mulheres em pós-abortamento necessitam de um ambiente específico, confortável, com uma equipe de saúde preparada para desenvolver as ações assistenciais e de cuidado sem julgamento de valor tanto na atenção clínica como também na integração com outros serviços que visem o atendimento a suas necessidades.

O estudo reveste-se de relevância social e profissional, ao fornecer subsídios para reflexão dos gestores e da equipe de saúde acerca da estruturação do sistema de internação para mulheres em pós-abortamento. Fornece subsídios para se repensar assistência/ cuidados à saúde de forma integral e individualizada, valorizando a voz das mulheres que vivenciam o

processo de abortamento, com empenho para atender-lhes as necessidades específicas, em espaço físico adequado. Ideal que jamais deixe de se realizar um atendimento humanizado, sem discriminação de gênero e que atenda aos princípios da integralidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MATERNIDADE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

As representações sociais de ser mulher e de maternidade são construções históricas que sempre estiveram juntas na definição e determinação da identidade feminina. A crítica feminista considerava a experiência da maternidade como um elemento-chave para explicar a dominação de um sexo sobre outro, o lugar das mulheres na reprodução biológica, gestação, parto, amamentação, e conseqüentes, os cuidados com as crianças, como justificativa para a ausência dessas mulheres no espaço público, confinando-as ao espaço privado e à obediência masculina. Toda essa conjunção biológica e social possibilitou, para as mulheres, um contexto permeado de discriminação e subordinação (SCAVONE, 2001).

No século XVIII, principalmente, o papel da mulher na sociedade esteve vinculado à maternidade, restringindo suas funções à materna, dona de casa, propriedade do marido, socialização e educação dos filhos (as). A mulher era vista então como alienada, incapaz de pensar e de exercer funções que não fossem aquelas ordenadas e definidas pela sociedade (BEZERRA; MOREIRA, 2010).

A influência histórica que concebe o ser mulher associado, exclusivamente, à maternidade, como reflexo das representações das relações de gênero para as mulheres, consideradas por muito tempo como cuidadoras natas e obrigadas a realizar atividades voltadas para o espaço doméstico (SILVA, 2000).

No contexto relatado mulheres e homens viviam em mundos separados, sendo destinado às mulheres o espaço doméstico, privado, os cuidados com os familiares e demais tarefas do cotidiano, enquanto aos homens era reservado o espaço público, com maiores privilégios e reconhecimento, influenciando com isso as relações de poder entre homens e mulheres (CAIXETA; BARBATO, 2004).

Embora as mulheres tenham sido, ao longo da história, impedidas de se expressar, de exprimir suas vontades e desejos, se conformando com a condição de subordinação,

paulatinamente, elas foram conquistando seu espaço na família e na sociedade (CRUZ; ROCHA, 2009).

Desde a Revolução Francesa, notadamente no século XX, mudanças profundas vêm ocorrendo relativas à mulher, em contraposição ao pensamento dos filósofos iluministas, e ao discurso médico. Progressivamente, vêm sendo priorizados, ou aceitos, outros valores para a mulher, possibilitando-a sentir-se mais inserida e participativa socialmente. A maternidade vem, aos poucos, deixando de ser encarada como um único designio feminino aceito, já que, o trabalho passa também a ser função importante na vida das mulheres (BEZERRA; MOREIRA, 2010).

Com o processo de industrialização e avanço da urbanização, as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, desenvolvendo atividades fora do lar numa dupla responsabilidade, o que resultou em profundas influências das desigualdades sociais e sexuais, impactando na mudança dos padrões da maternidade (SCAVONE, 2001).

Ao lado de todas essas mudanças nos últimos cinquenta anos, transformações sociais tornaram o que parecia um fado inelutável (a maternidade), uma questão de escolha. A entrada da mulher no mercado de trabalho, as políticas de controle da natalidade e a redução do número das famílias, contribuíram para a separação entre a vida sexual e a reprodução, deixando a maternidade de ser vista como algo puramente biológico e passando a ser encarada como algo determinado pelo contexto social e histórico em que as mulheres vivem. Assim, o direito de escolher ser ou não ser mãe tornou-se uma bandeira de lutas do feminismo (MISKOLCI, 2004).

A maternidade tem sido fonte de questionamentos em diferentes contextos, a exemplo do período pós-guerra, em que as forças conservadoras defendiam a família, a moral e os bons costumes. As discussões, sobre a liberdade sexual e a liberação da prática do aborto, já se faziam presentes, possibilitando, às mulheres, escolherem ou optarem pela não-realização da maternidade, reforçando o seu caráter social e sua não-determinação biológica (SCAVONE, 2001).

Segundo, Sánchez e Peyrí (2001), a maternidade é um feito fundamental na vida de todas as mulheres, inclusive para aquelas que, por qualquer motivo, não desejam ter filhos (as). As repercussões, em especial as psicológicas e sociais da maternidade para a vida de uma mulher, estão relacionadas ao interesse ou não que elas possuem pela maternidade. Para essas autoras a maternidade tem uma configuração psíquica que afeta muitas mulheres as quais

abarcam diversas condutas relacionadas com a necessidade de cuidar, de proteger e preservar a vida, conduzindo-as, culturalmente a crer, que o padrão para sentir-se realizada é através da maternidade.

A mulher moderna vive hoje um descompasso e enfrenta muitos conflitos, pois apesar de ter dado passos importantes para alcançar a sua independência social e financeira e livrar-se do rótulo de submissa ao marido, não é fácil, já que o estereótipo que santifica o “ser mãe” ainda permanece muito forte em toda sociedade. Essa configuração remete para a necessidade de seguir o modelo de mãe idealizado, gerando, muitas vezes, dúvidas, culpas, incertezas, aflição, sentimento de independência, de igualdade, alívio, enfim, emoções e sentimentos contraditórios presentes em muitas mulheres (BEZERRA; MOREIRA, 2010).

Ademais, algumas mulheres se sentem influenciadas por sonhos e desejos da maternidade, de forma consciente ou inconsciente, podem resultar, muitas vezes, em gravidezes não planejadas, numa tentativa pela possibilidade de não frustrar o paradigma preestabelecido da maternagem, mesmo considerando que muitas possuem conhecimento da contracepção (FARIA, 2009).

A luta pelos direitos sexuais e reprodutivos iniciou no século XIX até a primeira metade do século XX com o movimento de mulheres incluindo a igualdade, com ênfase nos direitos à educação e ao voto. A peleja persistiu até a década de 60 do século XX, com ênfase na crítica à desigualdade que incluía as relações sociais baseadas nas relações de poder entre homens e mulheres, teve seu fortalecimento nos anos 60 e 70, momento em que os grupos de feministas iniciaram outra luta em prol da defesa da opressão da mulher, com um intenso trabalho para desmontar as formas de construção dos papéis sociais pré-estabelecidos para mulheres e homens (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Essas autoras destacam que as feministas se preocuparam, também, com a sexualidade e a reprodução feminina. Sustentariam, por longo período, a luta que teve como foco, a conquista do direito das mulheres de decidir sobre seu próprio corpo, com ênfase nas questões relacionadas à sexualidade e sobre aos papéis sociais definidos para homens e mulheres em cada sociedade. Os movimentos ao redor do mundo fizeram com que a voz das mulheres começasse a ser ouvida e deram visibilidade às suas demandas por políticas de saúde, pelos direitos de decidir sobre o corpo e a fertilidade, incluindo a reivindicação pela legalização do aborto.

Eis que, no transcorrer histórico das lutas das mulheres, foram realizados diversos foros sobre população, direitos humanos, saúde e meio ambiente a fim de discutir as relações políticas nacionais e internacionais para atender aos interesses individuais e sociais das mulheres,

destacando-s, nesse particular a IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada no ano de 1995, em Beijing na China (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Considerada a maior conferência das Nações Unidas até então, reforçou o plano de ação traçado no Cairo e enfatizou, ainda mais, o enfoque de igualdade de gênero, reafirmando os avanços conquistados no campo dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Sob a perspectiva de relações equitativas entre os gêneros e na ótica dos direitos humanos, o conceito de direitos sexuais e reprodutivos aponta duas vertentes complementares. A primeira, fundamentada no poder de decisão sobre o controle da fecundidade, voltou-se para um campo da liberdade e da autodeterminação, que compreende o livre exercício da sexualidade e a reprodução humana, sem discriminação, coerção ou violência, fundamentada no poder de decisão sobre o controle da fecundidade. É reforçada, portanto, a liberdade de mulheres e homens, de decidirem quando desejam, ou não, se reproduzir (PIOVESAN, 2006).

A segunda está direcionada para o direito à autodeterminação, privacidade, intimidade, liberdade e autonomia individual, em que se clama pela não- interferência do Estado. Apesar desse anseio, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda políticas públicas que assegurem esses direitos, o que deve incluir, essencialmente, o direito ao acesso às informações, aos meios e recursos seguros, disponíveis e acessíveis (PIOVESAN, 2006).

No Brasil, os movimentos de mulheres tiveram uma atuação fundamental ao longo dos anos 80, lutando pelo direito à justiça social e pela democracia, mas incorporando, como prioritários na sua agenda, o tema da saúde da mulher e dos direitos reprodutivos (DÍAZ; CABRAL; SANTOS, 2004).

Dentre as políticas públicas brasileiras relacionadas à saúde da mulher, tem destaque o planejamento familiar, integrante do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), busca atender à mulher, de modo integral, em todos os momentos da sua vida, contemplando, inclusive, a questão da concepção e da anticoncepção (BRASIL, 1984).

Apesar de seu valor para a saúde da mulher, o PAISM não teve a efetividade esperada para atender, adequadamente, as necessidades das mulheres, o que motivaria o Ministério da Saúde a elaborar outras políticas que preenchessem as lacunas presentes nesse programa. Com tal objetivo, lança, em 2004, o PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes que, além de preencher os vazios do programa anterior, inclui a assistência às populações excluídas, como as mulheres negras, rurais, lésbicas, presidiárias e

indígenas. Tendo como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde da mulher, enfatiza as questões de gênero, a atenção a mulher em situação de abortamento, priorizando a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada com a assistência à mulher em processo de abortamento em condições inseguras.

Para a implementação do PNAISM, são necessárias políticas públicas que viabilizem, de maneira integral e humanizada, o acesso das mulheres em situação de abortamento aos serviços de saúde, tanto no nível da prevenção, promoção e recuperação, quanto na garantia de atendê-las, em unidades de internação, desenvolvendo ações e cuidados que respeitem a individualidade e singularidade que as destiguem.

2.2 O ABORTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Aborto é um tema que suscita muitas discussões e é considerado uma questão de saúde pública, principalmente por ser realizado em condições inseguras, contribuindo para a elevada mortalidade materna. Pressupõe, em sua complexidade, ações de todos os setores da sociedade, em especial, o setor saúde, o qual precisa estar preparado para cuidar adequadamente das mulheres que vivenciam essa experiência.

Ao se discutir sobre o aborto, uma das questões que mais tem tido destaque é se alguém é a favor ou contra a sua realização. Mas, é importante considerar que essa temática possui uma dimensão muito maior do que se restringir a posicionamentos individuais, sua relevância está no contexto do cuidado à saúde humana, em especial, a saúde da mulher.

Além disso, é necessário destacar os altos índices de abortamento em nossa realidade, seja ele espontâneo ou provocado, ocorrendo muitas vezes, em condições inseguras, o que contribui para elevar as altas taxas de morbimortalidade materna e infantil (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Rezende e Montenegro (1999) conceituam o aborto como a expulsão do ovo antes de sua vitalidade, podendo ser espontâneo ou provocado, classificado em ameaça de abortamento, aborto completo e aborto incompleto, inevitável, retido, infectado, terapêutico e legal.

Faúndes e Barzelatto (2004) acrescentam que aborto, no conceito da palavra, corresponde ao produto da concepção quando expulso, enquanto o abortamento diz respeito ao processo de abortar. Destacam que, além do aborto ser acompanhado de teorias e interpretações, é necessário entender a gravidez, definida como o período que começa com a implantação do ovo no útero e que culmina com um aborto ou com o nascimento.

Em relação ao ciclo gravídico, o Banco Mundial (2007), analisando as questões sobre população no séc. XXI, afirma que 210 milhões de mulheres que engravidam todos os anos, 500 mil morrem durante a gravidez ou no parto, estimando que a realização de 46 milhões de abortos no mundo todos os anos, resultando em 68 mil mortes, dentre esses, 20 milhões são feitos fora das medidas de segurança e higiene. Nesse total, uma, em cada 5 mulheres, recorre ao aborto por falta de acesso a métodos contraceptivos e que resulta num total de 5,3 milhões portadoras de sequelas temporárias ou permanentes.

Muitos dos casos de aborto resultam de gravidezes não- planejadas, tendo como fator contributivo a utilização inadequada de métodos contraceptivos, à má informação sobre a contracepção e sobre a sexualidade, as dificuldades de acesso aos métodos modernos de contracepção, a não-avaliação, por parte dos profissionais médicos, da adequação da contracepção ao contexto da vida sexual e ao cotidiano da mulher. É importante também destacar a ambivalência diante do desejo das mulheres de ter um filho (a), que de forma inconsciente ou negada, explicaria também a falha dos métodos contraceptivos (FERRAND, 2004).

Ferrand (2004) acredita que as explicações existentes são insuficientes para dar conta da importância do número de gravidez não- prevista, pois esse fenômeno só pode ser entendido por meio de uma análise mais ampla, que leve em consideração o contexto social e individual das condições da procriação, cotejando práticas e representações em matéria de maternidade e paternidade, com outras dimensões identitárias dos homens e das mulheres.

Algumas mulheres têm sua história de vida permeada pelo aborto, muitas vezes por opção, como alternativa para resolver seu problema de controle da prole, que conduz muitas delas a submeterem-se à prática de abortos inseguros, feitos em condições precárias por pessoas sem capacitação, resultando, em sequelas para a sua saúde ou, até mesmo, na interrupção precoce da vida.

Como problema de saúde pública, Souza (2009) aponta a necessidade de interagir com a dimensão social do papel feminino da reprodução antes de falar sobre aborto provocado, já

que os valores, conceitos e preconceitos foram construídos desde os tempos passados e variam conforme a cultura de cada sociedade, e envolvem questões do poder da mulher decidir sobre seu próprio corpo.

Paralelo à santificação da maternidade imposta pela sociedade, o aborto inseguro, além de ser um problema de saúde pública, está ligado ao campo dos direitos reprodutivos sob a ótica de várias questões polêmicas da vida das mulheres, a exemplo da clínica, jurídica, feminista, religiosa e bioética, gerando, assim, tensões ético-políticas que envolvem circunstâncias individuais, tabus, preconceitos e proibições (MARIUTTI; FUREGATO; SCATENA, 2005).

Conforme o artigo 128 do Código Penal a legalidade do aborto só ocorre em casos de estupro e de risco de vida materna. No Brasil, apesar de proibido por lei, o aborto é amplamente praticado, com riscos para a saúde da mulher, principalmente quando realizado de maneira insegura, pois é uma das principais causas de mortalidade materna (LEITE, 2008).

Os abortos provocados de maneira insegura, muitas vezes, são decorrentes das penalidades sociais e legais inerentes ao contexto, colocam a vida das mulheres em risco, ao se apropriarem e se exporem do caráter da clandestinidade, através da submissão a procedimentos que são realizados por pessoas não capacitadas e em condições insalubres. Grande parcela de mulheres não dispõe de um serviço de saúde adequado para atender suas necessidades através do apoio e de uma atenção integral, tendo como consequência um ciclo de gravidezes indesejadas e abortos consecutivos (SOUZA, 2009).

Dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema, já que a curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde brasileiro, superada apenas pelos partos normais (BRASIL, 2005).

Segundo o dossiê sobre aborto inseguro no Estado da Bahia, a cada cem internações por parto, na capital baiana, 25 são em decorrência do aborto, número bem acima da proporção esperada. As estatísticas colocam Salvador com um índice de mortalidade materna em geral, cinco vezes maior do que o mínimo definido como aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 15 para 100 mil nascidos vivos (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

A revisão de literatura realizada por Reis (2009) indica que, mulheres que passam pelo processo de abortamento desenvolverão, ao longo de sua vida, sentimentos que terão as mais

variadas representações, seja ele de causa espontânea ou provocada. Mesmo em situação do aborto espontâneo, a expulsão do feto antes da sua vitalidade, de forma inesperada, pode acarretar, nas mulheres, um desgaste emocional muito grande, suscitando sentimentos variados. De modo geral, quando a gestação experimenta rupturas e perdas, desencadeia, em algumas mulheres, um processo de luto pela perda do (a) filho (a) idealizado e pelo (a) filho (a) real, ambos perdidos, provocando um período de crise emocional de difícil elaboração, na qual as crenças acerca da perda tomam um significado ainda maior.

Os sentimentos negativos manifestados por muitas mulheres que passaram pelo processo de abortamento, são determinados pela forma com que a realidade que elas estão inseridas se apresenta para uma possível interpretação desta em relação ao momento que vivenciam. No entanto, esses sentimentos serão influenciados pela concepção e pelos conceitos pré-estabelecidos de sua história e contexto de vida.

A construção social da maternidade é algo que permeia a realidade de muitas mulheres, o desejo de ser mãe baseado no modelo de santificação da maternidade faz com que algumas mulheres busquem de forma consciente ou não, realizá-lo e, quando não concretizado, leva as mulheres a manifestarem os sentimentos negativos.

Aziz (2010) define sentimentos negativos como aqueles que são “caracterizados por frustrações devido à insegurança, o trauma, o desprezo, baixa autoestima ou outras situações em que suas necessidades emocionais não foram atingidas”.

Essa definição é confirmada por Nery e outros (2006) afirmando que a mulher que sofre o aborto espontâneo apresenta vivências de dores, sangramentos, sustos, tristeza, violência e culpa, por ter deixado grande lacuna ao interromper seus sonhos, desejos e impedir a experiência da maternagem.

Para muitas mulheres, a maternidade é representada como uma fonte de realização plena, um desejo acalentado desde infância, a transição da maturidade, para a vida adulta que advém a uma vida conjugal com o objetivo de constituir famílias. Em consonância com essa afirmativa, as mulheres que sofrem abortos espontâneos ou recorrentes significam essa intercorrência como uma ruptura abrupta do sonho de ser mãe e de dar um filho ao companheiro, acompanhada de frustração, sensação de culpa, vazio e medo de uma nova perda, sentimentos estes que podem ser potencializados quando existe uma má qualidade da assistência recebida, falta de apoio social e acolhimento, dentre outros (GOBBI, 2002).

Em contraposição, importante destacar que algumas mulheres (poucas) por outras questões subjetivas ou por ter consciência da construção social da maternidade, ao optarem ou decidirem pelo aborto, quando necessário, não apresentam sentimentos negativos ou outro problema relacionado a essa atitude.

O cuidado recebido pelas mulheres em processo de abortamento também é um fator relevante na manifestação dos sentimentos negativos apresentado por elas. A postura e a atitude dos profissionais que prestam assistência e/ou cuidados serão fatores importantes no modo como essas significam o aborto. Considerando as atitudes, comportamento e julgamentos das pessoas com quem se relacionam ou que assiste e que cuida, o preconceito é uma realidade presente no contexto de vida de muitas mulheres que abortaram, seja de forma espontânea ou provocada. O preconceito regulamentado por valores e normas, segundo Kendra (2010, p.3) “é uma atitude negativa e normalmente infundada em relação aos membros de um grupo, [...] [que] inclui sentimentos negativos, crenças estereotipadas e uma tendência a discriminar”.

As mulheres que vivenciam o processo de abortamento dentro de uma unidade hospitalar muitas vezes sofrem com a violência institucional, decorrente tanto das práticas dos profissionais de saúde, como da forma como que se estrutura o sistema e como os serviços de saúde se organizam.

A violência institucional é definida pelo Ministério da Saúde como,

aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional [...] (BRASIL, 2003, p.28).

Na prática do dia-a-dia, diversas ações testemunham a presença dessa violência: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas (HIV),

quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico; violência física; detrimento das necessidades e direitos da clientela; proibição de acompanhantes ou visitas com horários rígidos ou restritos; críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, ao invés de se promover uma aproximação e escuta atenciosa visando acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe tragam maior segurança do atendimento ou durante a internação; diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência (BRASIL, 2003).

Importante destacar que independente do tipo de aborto que as mulheres estejam vivenciando dentro de uma unidade hospitalar, elas estarão vulneráveis a sofrer as mais variadas formas de violência institucional, desde a organização dos serviços para atendê-las até a atitude e a conduta dos (as) profissionais de saúde e de outras mulheres, com os(as) quais estejam envolvidas. A ocorrência de ações de desrespeito, desumanização, falta de apoio e de estrutura física e funcional adequada no atendimento às necessidades dessas mulheres, caracteriza a inobservância de uma atenção integral.

Para Reis (2009), as mulheres que induziram o aborto, além dos sentimentos negativos, enfrentam a falta de rede de apoio, pois, na maioria das vezes, elas são estigmatizadas pela sociedade, bem como pelas pessoas que participam do seu ciclo social.

Em pesquisa realizada por Gesteira, Barbosa e Endo (2006), algumas mulheres, ao provocarem o aborto, justificaram sua opção em interromper a gravidez pela condição financeira inadequada, violência doméstica, desemprego, prole numerosa e outros. Alegaram não contarem com apoio do parceiro e familiares passando por um processo solitário, tendo que buscar ajuda de outras mulheres que vivenciaram a mesma realidade de uma gravidez não- planejada, e que se reflete nos conflitos em virtude de suas crenças, princípios religiosos e valores, os quais contribuem para o desenvolver do sentimento de culpa.

Pedrosa e Garcia (2000) complementam tal assertiva, afirmando que os discursos das mulheres que passaram pelo processo de aborto induzido apresentam contraditoriedade e as relações emocionais que relatam são de remorso, consciência pesada, arrependimento, sensação de perda, culpa e até mesmo de alívio, quando concretizam o desejo de interromper a gravidez.

Segundo Gesteira, Barbosa e Endo (2006), a mulher, ao decidir abortar, contraria toda a expectativa reprodutiva que a sociedade deposita nela e passa a ser vista como insensível e criminosa.

Portanto, as mulheres que chegam ao serviço de saúde em processo de abortamento podem manifestar sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura sensação de incapacidade de engravidar novamente, medo de falar, se ser punida, de ser humilhada. Esses sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção, sendo que, na maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento, sobressai o sentimento de alívio (BRASIL, 2005).

Considerando que alguns profissionais percebem o abortamento como crime, pecado, e prestam uma assistência discriminatória. Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) acreditam que a implantação da Política de Humanização da Assistência às Mulheres em Processo de Abortamento Provocado é um desafio desde que a essas é negado o direito à fala, ao diálogo. Prevalece o silêncio ao longo do processo de abortamento distanciando, cada vez mais, a possibilidade de uma assistência humanizada.

Em conformidade com os dados epidemiológicos mencionados no início deste capítulo (46 milhões de abortos e 68 mil mortes) e considerando as repercussões que o abortamento pode causar à vida das mulheres, é importante compreender que aquelas que se encontram em processo de abortamento precisam de cuidados adequados e individualizados, em especial no momento da internação, quando elas necessitam de orientação, apoio psicológico e direcionamento, que minimizem ou evitem sequelas de que poderão ser vítimas.

Para assistir e cuidar de mulheres em pós-abortamento, é necessário, portanto, criar um ambiente que propicie a escuta, que contemple a integralidade da assistência ajudando-as a elaborar seus sentimentos, possibilitando, aos profissionais, terem condutas mais próximas da realidade delas, de forma a minimizar os sentimentos negativos (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

Faz-se necessário, também, que ao prestar os cuidados e ou assistir às mulheres em processo de abortamento, os profissionais de saúde estejam preparados para tal função, pois precisam adotar condutas adequadas às necessidades dessa clientela, como também agir do ponto de vista ético na função de acolher condignamente e enviaar esforços para garantir a sobrevivência da mulher, evitando transtornos e constrangimento (BRASIL, 2005).

A expressão do desejo de uma assistência de qualidade procede do Ministério da Saúde ao reafirmar a determinação de que a atenção prestada às mulheres, em processo de abortamento, deve ser humanizada, merecendo uma abordagem ética e tendo, como princípios norteadores, a igualdade, a liberdade e dignidade da pessoa humana, não admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2005).

2.3 A UNIDADE DE ALOJAMENTO CONJUNTO

Em tempos passados, o local predominante para a realização do parto era o domicílio, poucos eram os partos realizados em ambiente hospitalar, assim, as (os) recém-nascidas (os) (RNs) permaneciam com suas mães logo após o nascimento. Quando os partos ocorriam em ambiente hospitalar, os recursos técnicos eram quase inexistentes, não fazia tanta diferença das práticas realizadas no domicílio das parturientes. Neste contexto, mesmo os grandes hospitais que iam surgindo com o desenvolvimento das ciências médicas eram construídos sem locais específicos destinados aos (as) recém-nascidos (as) (OLIVEIRA; LESSA, MARINHO, 2004).

Com o avanço da medicina, mudou o cenário do parto, e esse passou a ser realizado em instituições hospitalares, que diante de medidas específicas do serviço e a necessidade de controle da infecção hospitalar, separavam os (as) RNs de suas mães. Com o decorrer do tempo, identificou-se que essa prática não era favorável, nem para a mãe e nem para a (o) recém-nato (a) surgindo com isso a necessidade de alojar as mães junto com seus (as) filhos (as) (ALMEIDA, 1993).

No Brasil, a necessidade de manter essa proximidade foi reforçada por meio do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, pois muitas eram as dificuldades enfrentadas, devido à separação precoce mãe e filho (a). Com o propósito de humanizar o nascimento, favorecer a promoção do aleitamento, diminuir os índices de infecções neonatais e manter a proximidade do (a) RN com sua mãe, criou-se o projeto de Alojamento Conjunto, em 1946, idealizado por Edith Jackson, no Grace New Haven Hospital. Essa prática teve resultados positivos com grande repercussão entre os pais e as mães, a comunidade médica e a

sociedade em geral que, então, passaram a insurgir-se contra os hospitais que insistiam em manter os (as) recém-nascidos (as) totalmente isolados (as) de suas mães (OLIVEIRA; LESSA; MARINHO, 2004).

A primeira experiência de implantação e utilização do Alojamento Conjunto no Brasil se deu em 1971, no Primeiro Hospital Distrital de Brasília (HBDF), embora já existissem Santas Casas de Misericórdia nas cidades do interior, que mantinham os (as) RNs com suas mães. O projeto contou com o reforço durante a 5ª Reunião de Perinatologia do Ministério da Saúde ocorrida em 1977, que recomendou que os (as) RNs sem risco deveriam ficar ao lado de suas mães, e não mais em berçários, culminando com a realização, em 1982, do I Encontro sobre Alojamento Conjunto, em Brasília (OLIVEIRA; LESSA; MARINHO, 2004).

A partir de então, o Ministério da Saúde passou a recomendar que recém-nascidos (as) saudáveis permanecessem com suas mães logo após o nascimento. Em 1983, surgiram as primeiras normas básicas que norteariam o funcionamento dos Alojamentos Conjuntos no país e dez anos depois, uma Portaria Ministerial (MS/GM nº. 1.016, de 26 de agosto) publicada no Diário Oficial da União nº. 167, de 01/09/1993, decretou a obrigatoriedade do AC nas Maternidades integrantes do Sistema Único de Saúde em todo território nacional (FREITAS et al, 2006).

O Ministério da Saúde define o sistema de Alojamento Conjunto como o espaço, dentro da unidade hospitalar, em que o (a) RN sadio (a) permanece junto com a sua mãe durante 24h por dia, logo após o nascimento até o momento da alta hospitalar de ambos (BRASIL, 1993).

Esse espaço é idealizado como um local propício ao estabelecimento do vínculo entre a mãe e a criança, de uma aproximação que favoreça o cuidado materno. A mãe e o (a) filho (a) por encontrarem-se envolvidos (as) nos primeiros momentos do nascimento, oportuniza e possibilita a mulher ser cuidada e, ao profissional, fornecer-lhe informação/ orientação para o autocuidado e cuidado do (a) RN (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009).

Nessa perspectiva, o sistema de AC traz muitas vantagens para o RN, mãe, pai, familiares, equipe de saúde e unidade hospitalar, com destaque para a promoção ao aleitamento materno; supervisão da adaptação à vida extrauterina; favorecimento do vínculo mãe-filho; redução na incidência de infecção neonatal e ambiente hospitalar; promoção do bem-estar familiar e orientação à mãe nos cuidados com o RN (BERETTA et al, 2000).

Para o alcance das finalidades do AC, deve permanecer nesse espaço puérperas com ausência de patologias que impossibilite ou contra-indiquem o contato com RNs sadios (as)

que ali estejam internados (as). No espaço do AC, é necessário que os cuidados prestados sejam específicos para a clientela ali atendida e que os (as) profissionais responsáveis pelo cuidado estejam preparados (as) adequadamente para atender as suas necessidades.

No decorrer dos cuidados prestados às puérperas, essas devem ser orientadas sobre o autocuidado e sobre os cuidados com a (o) RN, mediante a realização de atividades educativas e de orientações/ informações diárias individuais e/ou coletivas. Os cuidados, por sua vez, serão desenvolvidos tanto no ambiente hospitalar, no intuito de identificar precocemente qualquer intercorrência e prevenir complicações, como, nos domicílios, caso seja preciso, por meio de visitas domiciliares a serem realizados por profissionais da rede básica, por meio de ações/atividades do Programa de Saúde da Família (PSF).

No espaço do AC, a mulher deve receber de todos os cuidados inerentes ao puerpério, período considerado de riscos. No seu desenvolvimento tornam-se essenciais os cuidados de enfermagem qualificados que tenham como base a prevenção de complicações, o conforto físico e emocional e ações educativas que possam dar à mulher ferramentas para cuidar de si e do (a) seu (sua) filho (a). Essas ações devem ser permeadas pela escuta sensível e valorização das especificidades das demandas femininas que sabidamente são influenciadas por expectativas sociais relativas ao exercício da maternidade (ALMEIDA; SILVA, 2008).

A transição do papel materno vivenciado no puerpério pelas mulheres exige a operacionalização do cuidado humano transacional, o que auxilia a mulher a movimentar-se, no decorrer desse período, com maior autonomia e desprendimento para captar, enfrentar e adaptar-se ao novo papel. Somente alcança a transição quando ocorre a adaptação, não sendo, contudo, um processo tão simples e rápido e que impõe a utilização de recursos internos e externos, disponíveis ou não pela mulher, para ultrapassar os obstáculos e barreiras que parecem intransponíveis se realizado de maneira solitária. O suporte social dos familiares e dos profissionais de saúde é essencial, visto que ao conhecer a situação vivenciada, podem auxiliar a puérpera a superar mais facilmente as intercorrências comuns do período puerperal (ZAGONEL et al. 2003).

Para Soares e Silva (2003), o modelo vigente de assistência específica para a puérpera enfatiza, como fundamentais, os aspectos educativos voltados para o desenvolvimento de habilidades maternas com a finalidade de instrumentalizar a mulher a cuidar do filho, responsabilizando-a por esse cuidado. Em especial, nas instituições públicas, a mulher não opina sobre a assistência/cuidados que lhe é prestada ou a modalidade de internação a que é submetida e, nem mesmo questiona o atendimento recebido.

Diante disso, é importante refletir que apesar dos objetivos do sistema de AC ser bem definidos, esses não vêm sendo devidamente atendidos, pois, de acordo com o estudo realizado por Almeida (2005), as puérperas, no momento da internação no alojamento conjunto, experienciaram o descuido, a desatenção, numa relação impessoal, agressiva, por parte das profissionais de enfermagem, conduzindo-as ao sentimento de desprezo e de humilhação. Apesar da expectativa de serem ouvidas, examinadas e avaliadas nas suas condições físicas, sentiram-se desamparadas e frustradas por não serem atendidas em suas necessidades. Além do mais, as puérperas submetidas à cesariana não contam com apoio e ajuda da equipe de enfermagem tendo que cuidar, sozinhas dos RNs nesse momento, em que muitas delas ainda necessitam de um apoio psicológico e físico.

A ineficiência de atenção e cuidados é reforçada por Soares e Silva (2003), ao estudarem as representações de puérperas no Alojamento Conjunto, afirmando que a experiência da hospitalização do parto e nascimento aos olhos da mulher, se mostra como uma ameaça à dignidade feminina, devido ao abandono, quando elas estarão submetidas a procedimentos e ao domínio de profissionais traduzindo o quanto a clientela tem sido subjugada à autoridade do saber, sem ter espaço para opinar sobre o cuidado que recebe e mesmo sobre as decisões que tomadas em relação aos processos terapêuticos por que passará.

No intuito de atender integralmente as mulheres que estão no AC, cabe, aos profissionais de saúde envolvidos com esse serviço, desenvolver as atividades educativas, incluindo a participação não somente da mãe, mas também do pai ou de outro familiar. É importante que, além do respeito às suas crenças, valores e conhecimentos previamente adquiridos, que seja reconhecida a mulher como protagonista do evento do parto e do nascimento, garantindo sua participação efetiva e o direito de expor suas dúvidas, angústias e ansiedades, criando um ambiente propício à escuta, possibilitando ter autonomia no processo de decisão e escolha, quanto a essa aprendizagem (ALMEIDA, 2005).

Schmidt e Bonilha (2003) concordam com tal assertiva, ao referir que a equipe de enfermagem da unidade de AC tem a possibilidade de contribuir positivamente na formação de cada família que por ali passa, através da inclusão do pai nos cuidados com sua mulher e com seu (sua) filho (a), estimulando, inclusive a presença e a participação de outros familiares nesse cuidado. Mediante essa atitude, esses profissionais terão fundamental importância nesse momento de vida do ser humano.

É perceptível que os pontos fundamentais da assistência/ cuidado no AC, não estão nas rotinas e instalações físicas que aproximam mãe e criança na dimensão espaço-temporal, pois

o grande diferencial apontado está na relação entre o (a) profissional e a mulher, nas situações em que esse (a) profissional se coloca disponível para ajudá-la a vivenciar essa experiência, mediante as interações interpessoais com os verdadeiros instrumentos que as auxiliam a percorrerem a experiência da hospitalização (SOARES; SILVA, 2003).

3 METODOLOGIA

Utilizamos, como suporte teórico para o desenvolvimento deste estudo, o enfoque de gênero e integralidade.

3.1 GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

O uso de gênero na atenção à saúde da mulher é uma possibilidade de refletir sobre o processo saúde-doença no campo de atenção à mulher, uma vez que nos espaços de cuidado que lhes são destinados, a problemática de gênero mostra sua complexidade na singularidade da vida de cada uma delas. O processo saúde-doença, como construção social, está também condicionado à qualidade das relações que se dão entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres, portanto, entre e intragêneros. Assim a articulação entre gênero e saúde é oportuna ao possibilitar ampliar a consciência política, buscando como sujeitos coletivos, instrumentos articulados à realidade macroestrutural (COELHO, 2005).

Sendo assim, gênero é um conceito útil para explicar as relações sociais estabelecidas entre homens e mulheres, e que nos ajuda a compreender as situações do cotidiano das mulheres no trabalho, na vida pública, na sexualidade, na reprodução e na família (GOUVEIA; CAMURÇA, 1999).

Nas diversas discussões sobre o papel e a função da mulher na sociedade, o movimento feminista constantemente vem se empenhando para que as mulheres tenham visibilidade e que sejam reconhecidas como sujeitos e autoras de sua própria história, com direitos e deveres tanto no espaço público, quanto no privado.

O conceito de gênero, diante da teoria feminista que permitiu perceber a visão dicotômica da construção simbólica das diferenças sexuais humanas, vem sendo utilizada como uma categoria de análise e uma nova maneira de encarar os processos históricos, baseada, principalmente, numa luta política mais ampla no campo dos significados culturais.

Esse conceito representa, também, grande contribuição ao destacar a relação entre as identidades sexuais opostas e hierarquizadas, com um discurso que demonstra relações de poder entre homens e mulheres, que se equiparam e atuam simultaneamente na realidade social (SOUZA; CASCAES, 2008).

As implicações de gênero assumem contornos singulares às características identitárias da mulher, uma vez que a sociedade ainda atribui o papel da mulher à função de mãe, cuidadora, responsável pelas atividades domésticas, e quando exercem atividades fora desse espaço, ou seja, no espaço público, acabam dobrando ou triplicando sua jornada de trabalho, a qual, muitas vezes, tem menos valia que as atividades desenvolvidas pelos homens, que em sua maioria se ocupam exclusivamente do espaço público, e eximem-se da participação no espaço privado do lar.

Além do mais, a maternidade, como algo que pode ser abordado como um fenômeno social, é marcada por desigualdades sociais, raciais, étnicas, e pela questão de gênero que lhe é subjacente. A escolha em ser mãe leva as mulheres a muitos conflitos, uma vez que a maternidade vem acompanhando a transição da mulher que deixa de ser exclusivamente mãe para assumir diversas outras possibilidades (SCAVONE, 2001).

Para essa autora, os motivos pela escolha da maternidade podem estar ligados a inúmeras causas que, isoladas ou conjuntas, se explicariam no ponto de inserção, do biológico, do subjetivo e do social. Nessa perspectiva, é importante considerar a prática do aborto como uma das possibilidades de escolha para a não- realização da maternidade, o que reforça seu caráter social e não a sua determinação biológica. No momento dessa escolha, as relações de gênero se tornam evidentes na realidade dessas mulheres, que vivenciam, de forma direta ou indireta, as relações de poder estabelecidas entre homens e mulheres e entre mulheres e mulheres.

Para Almeida (2005), o gênero não apenas regula as relações homem- mulher, mas, também, as relações homem-homem e mulher-mulher, reforçando a idéia já expressa de que a dimensão gênero está presente em todas as relações sociais, o que não significa, de modo algum, reduzir tudo a gênero.

O uso do termo gênero e sua conversão em categoria de análise pelas Ciências Sociais ganha terreno a partir de meados dos anos 80, em função, por um lado, da crise que afeta os paradigmas tradicionais, como a tradição marxista, e, por outro, da emergência de novas abordagens teórico-metodológicas. A História Social, o estudo das mentalidades, do cotidiano

e a Psicanálise, sobretudo os postulados elaborados pelos pós-estruturalistas, assim como a linguística, oferecem novos elementos de investigação científica e apontam novas trilhas e uma nova possibilidade de evidência que, interrelacionados, abrem novas dimensões para a construção ou (re) construção do conhecimento (NETO, 2009).

O caráter relacional do masculino e feminino é apontado pela noção de gênero como uma abordagem sociológica, pois, o modo de agir e pensar de homens e mulheres não é determinado pela anatomia que diferencia do sexo, mas sim, influenciado pelas condutas sociais. De modo geral, a cultura define os papéis masculinos e femininos, que podem mudar de acordo com o contexto social em que cada indivíduo está inserido (NEIVERTH; ALVES, 2002).

A compreensão atual do gênero enquanto categoria de análise histórica carece de um exercício retrospectivo que traga visibilidade ao seu entendimento conceitual. Essa retrospectiva tem destaque nos anos 60, quando a efervescência da chamada “revolução cultural” traz à cena a questão da submissão e da opressão feminina, enfatizada pela luta do movimento feminista, que ressurgiu ampliando essa bandeira ao lado das reivindicações sufragistas e dá discussão acerca de questões como sexualidade, corpo, autonomia feminina, aborto, dentre outras (NETO, 2009).

Para a historiadora norte-americana Scott (1995), o termo gênero é uma tentativa das feministas contemporâneas a encontrarem um caminho diferenciado das teorias existentes em relação às explicações das desigualdades entre homens e mulheres. Acredita ser significativa para ela, pois

O uso da palavra gênero emergiu num momento de grande efervescência epistemológica entre os pesquisadores das ciências sociais, efervescência que, em certos casos, toma a forma de uma evolução dos modelos literários [...] Em outros casos, esta evolução toma a forma de debates teóricos entre aqueles que afirmam a transparência dos fatos e aqueles que insistem sobre a idéia de que toda realidade é interpretada ou construída, entre os que defendem e os que põem em questão a idéia de que o homem é o mestre racional de seu próprio destino (SCOTT, 1995. p. 71–99).

Scott (1995) define o termo gênero como um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e uma forma primária de dar significado às relações de poder.

No que concerne à relação gênero e poder, a teórica feminista citada, Joan Scott, busca inspiração no filósofo francês Michel Foucault, que entende as relações de poder como constelações dispersas de relações desiguais constituídas pelos discursos nos campos de forças sociais. Assim é que, de acordo com a concepção foucaultiana de poder, no interior desses processos e estruturas, abrem-se as perspectivas para a constituição de um agente humano como resultante da tentativa de construção de uma identidade, uma vida, um conjunto de relações, uma sociedade permeada por limites e dotada de uma linguagem que, por sua vez, além de ser conceitual, estabelece fronteiras e apresenta a alternativa da negação, da resistência, de reelaboração, das estratégias de reinvenção metafóricas e imaginativas (NETO, 2009).

Na visão foucaultiana, ainda faz-se necessário abandonar a idéia de que o poder é algo possuído por um grupo e dirigido contra outro, deve-se pensar numa rede de práticas, instituições e tecnologias que sustentam posições de dominância e subordinação dentro de um âmbito particular. É imperiosa, também, a realização de uma análise adequada para descrever um poder mais constitutivo e não- repressivo, um poder que gera forças, produz realidades, campos de objetivos, rituais de verdades, indivíduos e conhecimento (FOUCAULT, 1999).

Gênero é, portanto, um campo primeiro no seio do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado, mesmo não sendo o único espaço onde se dão as relações de poder. Tal afirmativa desenvolvida por Scott (1995) tem parte de sua argumentação dirigida para o âmbito da política governamental, entendendo que esse é um campo pouco explorado e de forte resistência à inclusão de questões sobre mulheres e gênero.

Importa entender que as relações de poder são estabelecidas, nos mais variados tipos de relações sociais, em todas as formas de manifestação política, que, inclusive, pode ser percebida no atual contexto histórico, principalmente no que diz respeito à luta social no campo da ciência e tecnologia.

Nessa abordagem, alguns discursos e estudos sobre sexualidade destacam o papel de subordinação da mulher na sociedade, da religião, das leis e do campo científico, as quais legitimam essas verdades diante das relações de poder estabelecidas entre homem e mulher. Portanto, utilizar gênero com uma categoria analítica para os profissionais de saúde, embora seja uma necessidade e uma realidade possível, ainda não é uma tarefa fácil, pois o conhecimento científico que permeia essa área sofre grande influência de sua constituição, que foi baseada no conhecimento das ciências biológicas e de um modelo cartesiano de assistência (SOUZA; CASCAES, 2008).

3.2 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Para entender a integralidade no contexto da atenção à saúde da mulher em processo de abortamento, é necessário se discutir sobre a forma como estão organizados os serviços de atenção à saúde no atendimento à essa clientela feminina, uma vez que os cuidados prestados a mulheres nessa circunstância acontecem, na maioria das vezes, acontecem, na maioria das vezes, em instituição hospitalar.

As formas como os serviços de saúde se organizam para a prestação de cuidado, em particular nas instituições hospitalares, necessariamente deve ser multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, que envolve mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais, ocultando a imprescindível colaboração que deve existir entre vários trabalhadores, como operadores de tecnologia de saúde, para que esse cuidado aconteça (CECILIO; MERHY, 2003).

A maneira como que se organizam os modelos de atenção a saúde é fator decisivo na compreensão de como se estabelece o cuidado em saúde. Os modelos assistenciais, modelos de atenção, ou modo de intervenção em saúde são entendidos como combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Não se trata, portanto, de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde (PAIM, 2003).

Para esse autor, os modelos assistenciais podem estar voltados para a "demanda espontânea" (modelo médico hegemônico) ou para necessidades de saúde (campanhas e programas especiais de saúde pública), os quais coexistem no Brasil de forma contraditória ou complementar.

O modelo médico hegemônico de atenção à saúde baseia-se na realidade de um modelo hospitalocêntrico, o qual fragmenta e entende a doença como foco de atenção e não aborda o indivíduo de maneira completa e integral. De acordo Mattos (2001), é necessário superar o reducionismo que sustenta o modelo hegemônico de atenção à saúde o qual sofre influência direta de um modelo baseado no paradigma dominante. Tal modelo determina um processo de conhecimento que é fundamentado, conforme Boa Ventura de Souza Santos (2003), em um

rigor matemático, que quantifica e por isso, apresenta limites de ordem qualitativa, que não são superáveis com maiores quantidades de investigação ou maior precisão de instrumentos.

Essa racionalidade da ciência moderna que domina as ciências naturais transfere, ao campo da saúde, muitos problemas, como uma especialização radical do conhecimento quantitativo em saúde, certificando para a medicina a hiperespecialização do saber médico transformando o doente numa quadrícula sem sentido quando, de fato, nunca se está doente senão de forma geral (SANTOS, 2003).

O paradigma dominante se caracteriza ainda por ser um modelo de racionalidade totalitário, rigoroso e inflexível. Portanto, não há correlação entre conhecimento científico e senso comum, como também, entre os seres humanos, suas carências, seus mitos e dogmas e a natureza. Esse modelo mecanicista tinha como objetivo dominar e transformar a realidade, em vez de compreendê-la, sendo seu foco a objetividade e a linearidade para explicar os fenômenos naturais (SANTOS, 2003).

Tal paradigma não permite ver-se o ser humano como um ser integral, como sujeito e protagonista de sua própria história. Além disso, fragmenta, reduz e torna esse sujeito alvo de uma intervenção médica. A compreensão do caráter da integralidade se dará por meio da superação desse modelo.

A integralidade, a que nos referimos, é um dos principais objetivos do Movimento de Reforma Sanitária responsável pela formulação do conceito de saúde vigente desde a Constituição de 1988. Tal movimento ganhou força no final do regime militar, na década de 1970, a partir da observação da consolidação de um modelo hospitalocêntrico e medicalizante, ancorado em uma relação autoritária, mercantilizada, tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população. Inicialmente concentrado nos departamentos de Medicina Preventiva e Medicina Social das Universidades, o movimento sanitário reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão biológica, mas também a dimensão social no processo saúde/doença, indicando uma ruptura na forma como se pensava esse processo – marca-se aqui a emergência de uma noção de integralidade (MATTOS, 2001).

A Constituição de 1988, considerada como a constituição cidadã, além de colocar, como pauta de discussão da sociedade brasileira, o direito à saúde, tendo a mesma o reconhecimento de muitos direitos à cidadania, avança na compreensão desse conceito e passa concebê-la como resultante das condições de vida, e das formas de organização da produção. Sendo os

serviços de saúde de relevância pública, cabe, ao Estado, a garantia das condições necessárias ao atendimento à saúde da população, ou seja, valoriza-se a saúde como um bem prioritário e uma condição para que a (o) cidadã (o) possa ter uma vida digna, produtiva e com qualidade (ASSIS; VILLA, 2003).

A Constituição de 1988 se transformou no marco teórico que consolidou a nova consciência social de promoção de saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS se tornou a maior conquista do movimento sanitário brasileiro, caracterizando o surgimento de uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol da construção do acesso pleno aos serviços, independentemente do fator econômico ou político, mas buscando garantir um novo padrão de cidadania social (ELIAS, 2004).

Para isso, lançou-se mão da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que, conforme previsto na Constituição Federal prevê, para o SUS, a obediência aos princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade, sendo organizado em torno de três diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade (BRASIL, 2007).

A integralidade como uma diretriz do SUS, preconiza o acesso da população a esse sistema nos diversos níveis de atenção: primário, secundário e terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político, ou seja, a mesma prevê um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MATTOS, 2001).

Mattos (2001) considera o termo integralidade polissêmico e abrangente, ao se referir a um pensamento crítico, um pensamento que recusa reduzir a realidade ao que existe, se indignando com algumas características existentes e almejando superá-las. Portanto, a integralidade não despreza o exercício da clínica, valoriza o seu uso prudente com a visão das demais necessidades apresentadas pelos sujeitos, com repostas aos problemas específicos de determinado grupo populacional, levando em consideração os contextos socioculturais em que cada indivíduo está inserido. Reforça, ainda, que as necessidades dos sujeitos devem ser compreendidas pelo caminho da integralidade, o que implica a existência de uma equipe integrada, atuante, que supera as contradições estruturais das práticas de saúde dos processos de trabalho e da organização do serviço (MATTOS, 2001).

Nessa perspectiva e no tocante aos cuidados prestados às mulheres em situação de pós-abortamento se configura a necessidade do cuidado integral, porquanto, na maioria das vezes, essas mulheres não são vistas em suas especificidades, no sentido de serem ouvidas e acolhidas de acordo as suas necessidades; de serem valorizadas diante de cada situação e

contexto vivenciado, fundamentado nas influências das relações de gênero, classe, raça e cor, fatores determinantes no processo saúde - doença.

Apesar de sua importância, o alcance dos propósitos da integralidade em sua plenitude é muito difícil, ou até mesmo impossível, principalmente em razão das influências que a sociedade ainda vive pautada no modelo biomédico e hegemônico. Isso, contudo, não significa que a proposta de integralidade não possa ser alcançada gradativamente, mediante articulação de todos os conceitos que a mesma possa reunir como o acolhimento, a responsabilização, o vínculo e a qualidade da atenção, permitindo uma visão diferenciada dos indivíduos, pelos profissionais de saúde, que terão suas ações de cuidado permeadas pela escuta, diálogo, acesso e garantia de um cuidado humanizado (MATTOS, 2001).

Tal reconhecimento aponta para um dos sentidos da integralidade, que rejeita o modo como os serviços de saúde estão organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, em vez da promoção da saúde e prevenção do agravo. Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população que atendem, acatando a integralidade da atenção não como um conceito, mas sim como um ideal regulador, um devir (MATTOS, 2001).

No que concerne à atenção a saúde da mulher, a integralidade não é identificada na medida em que, as primeiras políticas de atenção a esse grupo criadas no final dos anos 60 eram voltadas, exclusivamente, para o ciclo gravídico-puerperal, como o Programa Materno Infantil (PMI). O PMI se caracterizava por sua verticalidade, seguindo metas e definições formuladas pelo Ministério da Saúde, sem atender as reais necessidades da população específica, sendo direcionado a grupos vulneráveis e destinado ao controle de patologias, sem articulação necessária para o alcance de suas estratégias (COSTA, 1999).

Com o resgate da proposta de redemocratização inserida na Constituição de 1988 e o Movimento de Reforma Sanitária, os movimentos sociais passaram a apresentar maior visibilidade, destacando-se assim o Movimento Feminista, que desde os tempos passados até a atualidade vem se empenhando no reconhecimento da mulher como sujeito e protagonista de sua própria história, negando-se a reduzi-la a única função reprodutora, mas como cidadã e, portanto, dotada de direitos e deveres.

No bojo dessa questão, o governo brasileiro, na década de 80, criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propondo-se a assistência às mulheres de distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, incluindo as demandas específicas da

atenção, além do processo reprodutivo. Considerado um marco para a saúde da mulher, o PNAISM explicitava e aperfeiçoava o conceito de integralidade por meio da oferta de ações educativas, promocionais, preventivas e de diagnóstico e de recuperação da saúde, no intuito de viabilizar condições que garantissem os direitos das mulheres como cidadãs (SANTANA; COELHO, 2005).

Sabe-se que, embora as necessidades apresentadas pelas mulheres ainda não possam ser atendidas pelo do princípio da integralidade, esse representa um importante meio para favorecer uma assistência de qualidade às mulheres, com o objetivo de valorizá-las no atendimento de suas necessidades e direitos, que muitas vezes tem-lhes sido negado (COSTA; GUIMARÃES, 2002).

Santana e Coelho (2005) afirmam que se têm enfrentado enormes dificuldades para implantar, efetivamente, a integralidade dentro de um sistema de saúde que tende a seguir um modelo de especialização na clínica e a verticalidade dos programas. Destacam a não implantação do PAISM de forma efetiva em todo o território nacional e o descompasso entre as discussões, planejamento e ações que traduzem, na prática, a falta de compromisso político e social para esta implantação.

O Ministério da Saúde, buscando preencher as lacunas ainda existentes na atenção à mulher e pautado no princípio norteador da integralidade e da promoção a saúde da mulher, com ênfase na questão de gênero, lançou o PNAISM, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), com o objetivo de reduzir a mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, como também fomentar a implementação de ações que contribuam para garantir os direitos humanos das mulheres, incluindo a assistência às populações excluídas, como as mulheres negras, rurais, lésbicas, presidiárias e indígenas (GUARESCHI, et al,2007).

Dentro do princípio da promoção da saúde da mulher, da atenção a mulher em situação de abortamento, vale destacar a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres adultas e adolescentes (BRASIL, 2004). Para Moura e Silva (2005), essa inclusão demonstra que a questão dos cuidados na situação de abortamento está começando a ser visibilizada na política de atenção às mulheres, permitindo as essas exercerem a liberdade de escolha, embora reconheça a carência dos serviços de saúde na assistência às mulheres em situação de risco.

Assistir às mulheres internadas em situação de abortamento, além da assunção às diversas faces apresentadas pela presença ou não do princípio da integralidade, é necessário entender as atitudes, práticas e a maneira como os serviços de saúde estão organizados. A atenção integral à saúde da mulher prevê, portanto, um conjunto de ações e práticas que devem qualificar o cuidado, representando perspectivas que possibilitam a compreensão das necessidades dos sujeitos, neste caso, às mulheres, bem como a adoção de atitudes que permitam aproximar as ações dos (as) profissionais de saúde das soluções que as pessoas esperam encontrar para os seus problemas. Para que o (a) profissional de saúde oriente suas práticas pelo princípio da integralidade, é preciso estar constantemente buscando ampliar sua visão de mundo e reconhecendo a multidimensionalidade dos sujeitos dessa atenção (COELHO; CARNEIRO, 2007).

3.3 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo que segundo Trivinos (2002), objetiva descrever com rigor, os fatos e os fenômenos de uma determinada realidade. Apresenta caráter exploratório, pois, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004, p. 34), esse tipo de pesquisa começa com algum fenômeno de interesse; no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado.

Para o alcance do objetivo proposto, optamos pela abordagem qualitativa, pois, segundo Minayo (2004, p.21-22), se propõe a trabalhar com “o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis”.

O autor afirma, ainda, que a pesquisa qualitativa trabalha com as subjetividades do sujeito e com as experiências vivenciadas pelo mesmo, dando significados específicos aos eventos com as representações de quem os vivencia. Considera a realidade mutável, construída histórica e dinamicamente através dos grupos sociais, leis, instituições, as quais,

podem ser transformadas constantemente pelos sujeitos, diferentemente da pesquisa quantitativa que se preocupa com dados objetivos e leis causais que determinam a vida social.

Este estudo, portanto, aplica-se a pesquisa qualitativa, uma vez que, ao analisar o significado da internação no alojamento conjunto para as mulheres em situação de pós-abortamento, possibilitará demonstrar como a realidade (o fenômeno) se apresenta para essas mulheres, através da manifestação dos sentimentos e significado desses para cada uma delas, permitindo com isso, um repensar a assistência/ cuidado à saúde de forma integral e individualizada, valorizando a voz dessas mulheres que vivenciam o processo de abortamento, buscando atender a necessidade da especificidade do espaço físico para agir com respeito, dignidade e ética.

3.4 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo efetivou-se em um Hospital Público localizado em Feira de Santana, município que compõe o polígono das secas e constitui um dos maiores entroncamentos rodoviário do interior do País. A sondagem processou-se nos limites do Alojamento Conjunto.

Instituição pública de médio porte da esfera municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), administrado por uma fundação hospitalar e construído no governo de Dr. Colbert Martins da Silva, na gestão de 1989-1992. Dispõe de uma área de 10.890m², com 6825m² de área construída e 120 leitos (105 da Maternidade e 15 do berçário). A Maternidade atende mulheres procedentes de todo o município e regiões circunvizinhas, oferecendo serviços ambulatoriais de odontologia, proctologia e angiologia, além do atendimento hospitalar à mulher e ao (a) recém-nascido (a) durante e trabalho de parto, parto e puerpério. A equipe assistencial do hospital é composta de servidores municipais concursados regidos por lei municipal, e profissionais de saúde, enfermeiras (os) e médicos (as) em esquema de cooperativas. O atendimento ambulatorial é terceirizado (forma contratual com término delimitado pela instituição), nas áreas de obstetrícia, anestesiologia, pediatria, ginecologia, cirurgia geral (COSTA, 2007).

A entidade encontra-se cadastrada pelo Ministério da Saúde brasileiro no programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, o seu centro obstétrico, como um centro de parto humanizado. A filosofia de trabalho da instituição baseia-se na humanização de assistência ao parto, através do estímulo ao parto normal, incentivo ao aleitamento materno e alojamento conjunto (COSTA, 2007).

Atualmente, no Centro Obstétrico, com seis leitos, pratica-se o sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto), que adota algumas estratégias para o estímulo ao parto humanizado. O AC é composto por duas enfermarias uma delas destina-se à internação de puérperas em pós-parto cesário e pós-curetagem e outra aquelas em pós-parto natural.

A escolha desse campo de estudo se deu por tratar-se de um hospital escola, como espaço de realizações de práticas de alunos de graduação e pós-graduação, e como local de minha atuação como docente da disciplina saúde da mulher. Além disso, pelo fato de a pesquisadora residir em Feira de Santana e ter a oportunidade de conhecer a realidade dessa atenção prestada à saúde da mulher, poderá contribuir com o conhecimento científico sobre a temática do estudo para o município em que foi realizado.

A aproximação com o cenário escolhido foi possível por contato prévio, mediante atividades práticas, como Professora substituta, da disciplina Saúde da Mulher, da Universidade Estadual de Feira de Santana, durante três anos antes da realização deste projeto. A reaproximação com o campo se deu por meio de visita à instituição, especificamente nas enfermarias de AC e no setor de Educação Continuada, a fim de solicitar a autorização para coleta dos dados.

Com a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa- CEP, da Escola de Enfermagem da UFBA; autorização do setor de Educação Continuada e diretoria da instituição para a coleta dos dados, Protocolo nº 014.2010 (ANEXO A), dei início às entrevistas. Primeiramente, realizei visitas aos setores buscando interagir com os profissionais que neles trabalhavam, identificando-me ao chegar e apresentando os ofícios do setor de Educação Continuada e da diretoria da instituição, juntamente com um cronograma com datas e período para realização das entrevistas. Nas enfermarias, após explicar a pesquisa às enfermeiras e às técnicas presentes e em seguida convidava as mulheres em situação de pós-abortamento para participar da entrevista, numa sala separada, que garantia a privacidade.

3.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram do estudo 20 mulheres em situações de pós-abortamento, independente de ter sido provocado ou espontâneo, pois, de acordo dados teóricos levantados, Nery e outros (2006), Reis (2009), Mariutti, Furegato e Scatena (2005), Pedrosa e Garcia (2000), Gesteira, Barbosa e Endo (2006), a causa do aborto pode ser um fator determinante de diferentes reações para as mulheres.

As participantes foram selecionadas segundo os critérios de inclusão, a saber:

1. Diagnóstico comprovado de abortamento registrado em prontuário, o qual, de acordo classificação do Ministério da Saúde, é conceituado como a expulsão do ovo antes de sua vitalidade, antes de completar 22 semanas gestacionais ou pesando menos de 500g ou medindo menos de 16 cm (BRASIL, 2005);
2. Aceitar participar da pesquisa mediante a leitura do texto de Informações às Entrevistadas (APÊNDICE A) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (APÊNDICE B), e estar em boas condições físicas (estar consciente, dispostas, sem dor ou sangramento intenso);
3. Não ser menor de idade e estar com idade compreendida entre 20 e 49 anos, considerada idade reprodutiva, pois de acordo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, a faixa etária de maior concentração de abortos é a partir dos 20 anos, com identificação de percentuais que variam de 51% a 82% do total de mulheres estudadas (BRASIL, 2009).

O contato com as participantes foi inicialmente estabelecido durante a visita às enfermarias, posterior à consulta no prontuário, que as identificou conforme os aludidos critérios de inclusão. Em seguida às explicações sobre a pesquisa, convidava-as para participar. Todas aceitaram, sem restrição, o convite.

A partir daí, uma mulher, de cada vez, era direcionada a um local discreto e privativo dentro da própria enfermaria, uma sala preparada para recebê-las, na qual seriam entrevistadas.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa só teve início após autorização da instituição e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, em obediência a Resolução nº. 196 de 10/10/96 que

incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1987).

Disponibilizávamos, às entrevistadas, o texto sobre as informações pertinentes ao estudo para leitura prévia. Quando se mostravam devidamente esclarecidas, solicitávamos que assinassem em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia desse termo ficou com a entrevistada e a outra com a pesquisadora. O documento é válido para comprovar a decisão da assinante, em colaborar, ou não com a pesquisa, sendo-lhe garantida a possibilidade de desistência a qualquer momento.

As entrevistas, realizadas em ambiente privativo, assegurando a privacidade das depoentes, foram gravadas e transcritas na íntegra. Ficou esclarecido que caso desejassem, poderiam ouvir a gravação, da entrevista, acrescentar ou retirar qualquer informação. Foi-lhes garantido que a pesquisa não traria riscos, não implicaria em despesas pessoais e nem afetaria as rotinas durante a sua internação no hospital e que as gravações seriam guardadas durante cinco anos e as informações decorrentes da pesquisa só seriam utilizadas para trabalho e artigos científicos, sem benefícios financeiros para a pesquisadora nem para a pesquisada. Foram dados nomes fictícios às participantes o que lhes garantiria sigilo e anonimato.

3.7 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu no mês de julho do ano de 2010, através da técnica da entrevista semiestruturada, por se acreditar que seja a melhor técnica para atingir os objetivos propostos neste estudo. Esse tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas, com possibilidade da entrevistada discorrer o tema proposto, sem ater-se a respostas ou condições prefixadas pela pesquisadora (MINAYO, 2004). Marconi e Lakatos (2006) apresentam como vantagens dessa técnica poder ser utilizada por todos os segmentos da população; oferecer maior oportunidade de avaliar atitudes e condutas; possibilitar a coleta de informações mais precisas e permitir obter dados que não se encontram em fontes documentais.

Para a condução da entrevista, foi elaborado um roteiro, dividido em duas partes, a primeira contendo dados de identificação, características socioeconômicas; gineco-obstétricos e hospitalares, e a segunda, questões norteadoras. Essa primeira parte foi preenchida manualmente, e a segunda registrada mediante gravador digital, e os dados foram armazenados adequadamente (APÊNDICE C).

A quantidade de entrevistas foi limitada de acordo com critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação (MINAYO; DESLANDES; CRUZ NETO, 2007).

As falas, com duração média de 10 a 15 minutos, foram transcritas na íntegra e, em seguida, analisadas conforme a análise de conteúdo na modalidade temática norteadora por Bardin (2009).

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

O material empírico resultante das entrevistas foi submetido à Análise de Conteúdo, na modalidade temática norteadora por Bardin, (2009, p.70) e que consiste num

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos, descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) das mensagens.

Após a entrevista semiestruturada, procedeu-se a análise das falas para interpretar e concretizar as informações concernentes ao estudo. A análise teve como etapas básicas, a pré-análise, a descrição analítica e a interpretação inferencial, conforme descrição de (BARDIN, 2009).

Obedecendo a indicação de Bardin (2009), a primeira fase, denominada de pré-análise consistiu na escolha dos documentos a serem analisados (as entrevistas) e dos objetivos iniciais da pesquisa, que correspondeu ao período de intuição, objetivando sistematizar as idéias iniciais, direcionando o desenvolvimento das operações sucedentes.

A segunda fase, denominada exploração do material, consistiu essencialmente, numa operação classificatória que visava a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, buscamos encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo da fala foi organizado. A terceira fase compreendeu o tratamento das informações e interpretação dos resultados brutos, propondo inferências e adiantando interpretações, conforme os objetivos previstos ou referentes a novos achados na pesquisa (BARDIN, 2009).

A análise do estudo revelou três categorias empíricas e suas respectivas subcategorias: Estar no alojamento conjunto: pós-abortamento (Da tristeza a dor, Da normalidade ao aprendizado); Orientação para as puérperas: reflexo para as mulheres em pós-abortamento (Desnecessário, faz sofrer, Experiência para uma nova maternidade) e Reflexo dos valores dos profissionais: julgamento e punição (Espaço iguais para desiguais, O pouco que satisfaz).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 AS PARTICIPANTES DA PESQUISA E SUAS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Ao analisar as características sócias e demográficas das mulheres participantes da pesquisa, identificamos, inicialmente, o quesito faixa etária, uma vez que determinamos como critério de inclusão, mulheres com idade superior aos 20 anos, pois, de acordo com o estudo realizado pelo Ministério da Saúde, existe uma maior concentração de abortos dentro dessa faixa etária, com uma predominância em mulheres entre 20 e 29 anos, com percentuais variando de 51% a 82% do total (BRASIL, 2009). Esses dados foram em nossa pesquisa: 55% das mulheres entrevistadas tinham entre 20 e 29 anos, e as demais participantes, a idade superior a 30 anos, totalizando 45%.

Com relação à variável cor, 16 mulheres se declararam pardas e 3, negras, apenas 1 se declarou branca. Tal dado pode ser confirmado nas pesquisas realizadas nos estados de Pernambuco, Paraíba, Bahia, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro, pelo Grupo Curumim (PE) e Ipas Brasil (RJ), afirmando que mulheres negras morrem muito mais em consequência de abortos inseguros, quando analisada a variável raça/cor (SIMONETTI; SOUZA; ARAÚJO, 2008).

Souza (2000) ao se referir às mortes maternas por aborto realizou um estudo no município de Feira de Santana, que revelou uma maior incidência de morte materna entre mulheres pardas e pretas, mesmo que esses dados só ficaram disponíveis quando a proposta de introdução do quesito cor nas políticas de saúde começou a ser considerada, nos anos de 2002 e 2003. Ao analisar as mulheres pardas e pretas juntas, considera a razão de morte materna bem superior à das mulheres brancas, revelando a vulnerabilidade dessas mulheres.

No concernente à escolaridade, a maioria das mulheres entrevistadas declarou possuir o ensino médio ou segundo grau completo no total de 7, 5 se declararam possuir o ensino médio ou segundo grau incompleto; 2 possuíam o fundamental ou primeiro grau completo e 2 disseram possuir o nível superior. As demais declararam ser alfabetizada, analfabeta ou possuir o antigo primário, respectivamente, 1 em cada classificação.

O perfil educacional das mulheres que sofreram aborto variou no percurso de vinte anos, com acréscimo no número de anos na escola e uma significativa diminuição da quantidade de mulheres analfabetas. A escolaridade, contudo, é um tema com pouca possibilidade de síntese, pois, com uma classificação bastante diversificada, em que agrupam mulheres analfabetas e mulheres que cursam o ensino fundamental, segmentam os grupos por anos de estudos declarados, indicando uma concentração nos registros de que mais da metade das mulheres com experiência de aborto induzido têm até oito anos de estudo (BRASIL, 2009), embora, em nossa pesquisa, apenas 2 das entrevistadas informaram ter provocado o aborto, 18 referiram ter sido espontâneo.

Oportuno lembrar que Simonetti, Souza, Araújo (2008) afirmam que as mulheres muitas vezes não revelam ter induzido o aborto, por medo de ser denunciadas e maltratadas pelos serviços de saúde, prática comum nos prontos-socorros que atendem as urgências e emergências.

No que se refere à situação conjugal, 10 das mulheres viviam em união consensual, 6 eram casadas e 4 solteiras, dentre essas, 16 moravam com o companheiro, no período variável entre 1 a 18 anos.

A maioria das mulheres afirmou já terem filhos, o total de 14, 13 delas residiam com seus filhos, como também com os demais familiares, totalizando uma média de 04 pessoas morando no mesmo domicílio. No que diz respeito à renda familiar, 10 referiram possuir renda entre 1 e 2 salários mínimos mensais, 6, menos de 1 salário mínimo e 4 recebiam, para o sustento da família, mais de 3 salários mínimos.

Em relação à cidade que residem, 15 das mulheres afirmaram morar em Feira de Santana, e as demais, nas cidades circunvizinhas (5). Estudo realizado por Souza (1998) em hospitais do município aponta que 28% da população atendida por complicações de abortamento eram residentes em outros municípios.

Quanto à história ginecológica e obstétrica, 10 das mulheres tiveram menos de três gestações, e 10, mais de três, dessas, apenas uma informou ter tido complicação na gestação anterior. Em relação ao número de abortos, 8 das mulheres afirmaram ter sofrido mais que um aborto ao lado da maioria, 12, ter afirmado não ter planejado a gravidez. No que tange ao desejo pela gestação, 15 das mulheres revelaram desejar ter o filho, embora algumas não o tivessem planejado, 5 informaram não desejar a gravidez.

De modo, geral as mulheres vincularam a maternidade à essência feminina, misturando, muitas vezes, fertilidade com o ser mulher, o que a faz se identificarem e buscarem preencher o vazio existencial através da maternidade, tornando difícil mensurar se o verdadeiro desejo de ser mãe se baseia na biologia, em questões sociais ou psicológicas. O entendimento da formação da identidade feminina facilita a compreensão das forças que motivam o desejo pela maternidade (FARIA. J, 2010.).

Para a maioria das mulheres internadas no AC (17), o tempo de permanência foi de 24 horas, embora algumas tenham permanecido por mais tempo (72horas) em decorrência de alguma complicação com ela e ou com o (a) Rn.

4.2 ESTAR NO ALOJAMENTO CONJUNTO: PÓS-ABORTAMENTO

Embora exista uma trajetória política na busca da melhoria da atenção à saúde da mulher, - com destaque para a última política pública (PNAISM) -, que preconiza um cuidado integral, enfatiza as questões de gênero e a atenção à mulher em situação de abortamento, em nossa realidade, as mesmas ainda não estão sendo contempladas com esses objetivos, pois, ao vivenciar o contexto do cuidado prestado as mulheres em pós-abortamento, constata-se que esses estão longe de alcançar o cuidado integral.

Ao assistir a mulher em pós- abortamento, é necessário prover um cuidado integral, aplicado às práticas dos profissionais, buscando o acolhimento, o vínculo, a responsabilização e a qualidade da atenção, redirecionando essas práticas, diminuindo os riscos, de modo a valorizar a mulher nessa condição, não somente na dimensão biológica, mas, também, em suas necessidades enquanto mulher. A mulher em situação de abortamento deve ser vista dentro do contexto e da realidade que vivencia, sendo assistida em suas especificidades. Nesse processo, é valiosa a sensibilização dos profissionais de saúde, quanto aos sentidos da integralidade, possibilitando reorientar suas práticas e escapar do reducionismo (MELO, 2007).

Para essa autora, a mulher ou a mãe necessita de qualidade na atenção à sua saúde, numa abordagem que a valorize em seus aspectos sociais, econômicos, emocionais e culturais,

é necessário, portanto, se interrogar sobre as melhores formas de dar resposta às necessidades dessa clientela específica na lógica da multidisciplinaridade.

No tocante à realidade das mulheres em situação de abortamento, elas não estão sendo cuidadas, ou assistidas diante de suas especificidades, a começar pela modalidade de internação a que são submetidas. Esse espaço de internação- o AC- tem como principal objetivo atender mães e seus (suas) filhos (as) dando-lhe ferramentas para seu autocuidado e cuidado com o (a) Rn.

A Maternidade é considerada uma instituição idealizada para o atendimento à principal função, colocada pela sociedade para a mulher: a de ser mãe. Sendo assim, como o aborto é considerado por muitos a negação do papel feminino e da finalidade para qual a instituição foi criada, as mulheres que vivenciam essa realidade sofrem com essas representações (FERREIRA; PAIVA, 1997).

Portanto, pensando na possibilidade de conhecer as reais necessidades das mulheres em situação de abortamento, buscamos analisar o significado da internação no AC para essas mulheres, uma vez que acreditamos que tanto o aborto como a maternidade têm forte significado para elas.

4.2.1 Da Tristeza à Dor

Sabe-se que, historicamente, a mulher sempre foi vista como detentora de um perfil materno, o qual a destinava anatomicamente a ser mãe, gerar, cuidar, carreando sentimentos que envolvem esse processo. Tais elementos possibilitam várias definições cotidianas acerca do que é “ser mulher”, algo se não dado, ao menos naturalizado como biológico (PEDREIRA, 2008).

Nessa perspectiva Chodorow (1990), complementa que as exigências físicas biológicas concretas da gravidez associadas aos cuidados infantis diminuíram, embora a maternidade ainda se dê na família, o papel da atividade materna vem adquirindo significação psicológica e ideológica, definindo a vida das mulheres.

Assim, o determinismo biológico, que fez com que a mulher fosse considerada em diversas culturas e por longos períodos como destinada à concepção, parto, gravidez, lactância e, também, responsável por ações voltadas para o cuidado, ainda se faz presente no atual contexto de vida para algumas mulheres. Considera-se que as mudanças e alterações que a vida da mulher vem enfrentando desde o século XX, contribuíram para sua inserção e participação socialmente, tendo com reflexo a maternidade deixar de ser encarada como único desígnio feminino, tendo também o trabalho como função importante na vida das mulheres (BEZERRA; MOREIRA, 2010).

Diante disso, ao adentrarmos no mundo da instituição Maternidade, percebemos que, quando questionamos as mulheres em pós-abortamento sobre o que significava para elas estarem internadas na unidade de AC, observamos que o reflexo da companhia de outras mulheres com seus (suas) filhos (as) durante a internação, as fizeram refletir sobre o desejo pela maternidade, uma vez que associaram isto ao seu contexto de vida e a sua individualidade.

Esse significado foi alcançado por meio das falas, sentimentos, atitudes, gestos e expressões faciais no contato inicial nas enfermarias e durante as entrevistas, como podemos observar nos discursos em seguida:

Tristeza, não é? Porque eu queria o meu filho e ele não veio (choro)
(E2- Joana).

É uma coisa assim, pra mim é uma coisa muito triste assim né? De vê as mães com bebês delas e eu sem o meu como eu tanto queria. [...]
(momento de silêncio) (E18- Betânia).

[...] Eu não gostei muito porque eu sofro muito, por que eu vejo os bebês. Daí eu sinto falta, quando eu me vejo começo a chorar, por que eu queria que estivesse né, aqui perto de mim né? [...](olhos cheios de lágrimas) (E5- Julita).

A análise desses discursos nos conduz a rever a finalidade do alojamento conjunto como um espaço de internação dentro de uma Maternidade, que é destinado a puérperas e seus Rns que permanecem juntos 24 horas até a alta hospitalar de ambos. As mulheres internadas nesse espaço em situação de pós-abortamento espontâneo ou provocado, passam a ter contato

constante e contínuo com essas as mães e seus(suas) Rns. É perfeitamente identificável que, ao vivenciarem essa situação as mulheres denotavam tristeza e dor por não terem consigo os (as) seus (suas) filhos (as). Sendo assim, durante os depoimentos, foi possível perceber, com destaque, a subjetividade do desejo de ser mãe, traduzida em sentimentos e considerações que podem estar associados à opção pela maternidade, como também uma aproximação com a identidade feminina.

Nesse sentido, podemos refletir sobre as relações de gênero que permeiam a realidade dessas mulheres, as construções históricas que incutiram nas mesmas, que suas escolhas e posição na sociedade seriam determinadas pelo seu corpo e pelas funções atribuídas a ele, caracterizando assim as diferenças percebidas entre os sexos, o que faz socialmente as mulheres assumirem posições diferentes dos homens e, conseqüentemente, as mais variadas formas de dominação estabelecida entre o masculino e o feminino.

Essa realidade, portanto, determinará o contexto de vida de muitas mulheres, uma vez que a gravidez se dá no corpo feminino e, sendo assim, a escolha e o contexto que permeia essa realidade sofrerão fortemente a influência dessas relações de gênero imposta pela sociedade.

Entender o significado da maternidade para a vida dessas mulheres é também entender as escolhas e o contexto em que as mesmas estão inseridas, é perceber que é algo que vai muito além de apenas decidir ou não ser mãe, e sim, o reflexo disso para a vida das mesmas.

Um dos pontos importante para perceber esse reflexo na vida das mulheres é a construção social das diferenças colocadas entre os sexos, pois, segundo Lopes, Meyer e Waldow (1996), essa é uma condição *sine qua non* para compreender verdadeiramente a forma específica de dominação masculina, quer dizer, a violência simbólica, como limitações e obrigações para o corpo. Dessa forma, para que essa dominação simbólica funcione, é preciso que os dominados tenham incorporado as estruturas segundo as quais, os dominantes percebem que a submissão não é um ato de consciência suscetível de ser compreendida dentro de uma lógica das limitações ou dentro da lógica do consentimento, alternativa cartesiana que só existe quando a gente se situa dentro da lógica da consciência.

Assim, as mulheres em situação de abortamento vivenciam a realidade dessa lógica que lhes é incutida, como algo socialmente construído e determinado, e que na maioria das vezes, elas não estão preparadas para se apoderar e elaborar diante de suas escolhas.

Bowbly (2004) reforça esse entendimento ao afirmar que independente do abortamento ser espontâneo ou provocado as consequências psicológicas ou sociais se fazem presentes no íntimo de cada mulher que o vivencia causando dor e sofrimento.

O significado da maternidade para a maioria dessas mulheres teve valor decisivo nos seus discursos, já que, o desejo de ser mãe, por ser algo socialmente construído, tem grande influência no seu cotidiano e na realidade vivenciada por elas, embasada no forte paradigma preestabelecido da maternagem.

Embora a situação sócio-político-afetiva da mulher tenha mudado com maior inserção no mercado de trabalho, maior participação na esfera política, entre outras mudanças que contribuíram para redefinir, até certo ponto, o seu lugar social e alterar os referenciais dominantes, tem ainda como lugar socialmente destinado a muitas mulheres a manutenção da família e sua responsabilização pelos cuidados designados à mesma. A maternidade, hoje aparentemente opcional, constitui um componente central, definidor da identidade feminina, com uma expectativa social que se concretiza em modelos normativos, que orientam a experiência (NOVELINO, 1998).

Para Chodorow (1990), os papéis socialmente definidos para as mulheres fazem com que no desenvolvimento da estrutura psíquica, ela internalize valores socialmente legitimados como femininos sendo reforçados pela cultura, como explícito a seguir:

[...] É um pouco assim constrangedor, até porque desejava muito como no meu caso. [...] quando foi hoje que chegou outra com o neném [...] a minha estima foi por água abaixo e aí a minha vontade é só chorar, hoje eu já chorei, desde a hora que ela chegou ao quarto que eu choro tipo assim eu vejo o porquê foi acontecer o contrário comigo tu tá entendendo [...]? (E3- Isabel)

[...] Não é bom não né? A gente fica assim um pouco sentimental, por que eu não queria perder [...] (E8- Felícia).

[...] aí fica meio difícil porque você tá lá vendo crianças, pequenininhas, bonitinhas, saudáveis e você não sabe como ia ser o procedimento daquele que você perdeu, aí fica um pouco de luto por você ter perdido aquilo [...] (E17- Marilu).

Nas falas citadas se percebe o desconforto por parte das mulheres, por estar vivendo uma situação contrária à das demais companheiras de quarto, principalmente quando referem que queriam muito não ter perdido o (a) filho (a) (desejo pela maternidade), sentimento de perda associado ao luto, já que as mesmas informaram ter passado por um processo de aborto espontâneo.

Segundo Bazzotti, Stumm e Kirchner (2009), vários são os sentimentos e percepções das mulheres que sofrem o aborto espontâneo, dentre eles, destacam-se o medo, nervosismo, tristeza, constrangimento e dor pela perda do filho, identificados nos discursos abaixo:

[...] eu fiquei quase duas horas lá deitada, as mães cuidando de seus filhos e eu lá chorando porque eu não estava com o meu, então isso pra mim foi bastante doloroso [...] (lágrimas) (E7-Gabriela).

[...] Dói, né? Por que a pessoa parida sem o filho do lado, a pessoa passa aquele resguardo todo sem o filho, a pessoa vê as mães tudo seu filho e a pessoa ali só do lado curtindo a dor, mas sem o filho. É pesado, mas tem que se conformar [...] (E6- Renata).

Esses depoimentos retratam o sofrimento dessas mulheres, pois, em concordância com o estudo de Boemer e Mariutti (2003), são perceptíveis as diferentes naturezas da dor: A dor fisiológica e a existencial, isto é da perda. A dor de natureza existencial é percebida com maior intensidade nas mulheres que haviam planejado a gravidez. Ao lado das manifestações verbais desses sentimentos, teremos que considerar outras formas de expressão não- verbais que se revestem de importância ímpar em situações de sofrimento, como o choro silencioso, os momentos de silêncio que permeavam as falas.

Para Oliveira e outros (2005), a dor psíquica envolve aspectos emocionais, sociais, culturais, ambientais, cognitivos e religiosos que variam de pessoa para pessoa, de acordo com a situação vivenciada, a compreensão de suas causas e consequências . Como é possível ver na seguinte fala:

*Ah é incômodo né? Porque aí a pessoa fica pensando no seu, né? Que faleceu, vendo o choro dos bebês, passa mil e uma coisa na cabeça [...]*isso tudo, é um pouco chato[...] (E1 – Marina).

A trajetória histórica da construção social da maternidade se reflete juntamente com as relações de gênero impostas pela sociedade, condição em que as mulheres, por estarem associadas ao espaço doméstico e às funções desenvolvidas nele, consideram que o padrão para se sentir realizadas depende da concretização do desejo de ser mãe e, quando não alcançado, se sentem discriminadas,

[...] Porque elas (as puérperas) tem muitas que acham que, assim [...] lá mesmo, que tá lá dentro, acho que elas pensam que fui eu que quis perder né? [...] eu acho ruim isso [...] (E16- Aurea).

Diante dos discursos das mulheres, é importante destacar as influências das relações de gênero no contexto em que estão inseridas, pois, nessa perspectiva, gênero é mais do que o “lugar” onde as subjetividades sexuadas são produzidas, enquanto discurso, ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, modula e regula o próprio contexto social. Enquanto discurso, ele está implicado na constituição e na operação de símbolos, de doutrinas, de instituições e organizações sociais e políticas, bem como nos processos das identidades subjetivas (LOPES; MAYER; WALDOW, 1996).

Para Joan Scott, gênero tem como núcleo a conexão de duas proposições com múltiplas dimensões, dinâmicas, interrelacionadas e variam conforme o contexto histórico. Essas proposições operam na construção de sua identidade, pois o gênero é considerado uma forma primeira de significar as relações de poder e um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos.

Para essa autora, com referência a gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, podem-se considerar quatro dimensões: a primeira é a simbólica, que traz representações sobre a mulher, podendo ser exemplificada pelo sentido simbólico de Eva e Maria, a segunda é a normativa, que dá sentido aos símbolos, expressos pelas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas, jurídicas, criando uma oposição binária entre masculino e feminino, a terceira é a organizacional, que cria a aparente permanência na representação binária dos gêneros, sendo reforçada pelas instituições, e a quarta é a dimensão subjetiva, em que se afirma a identidade de gênero com a incorporação de valores, símbolos e normas veiculados pelas instituições sociais.

Percebemos que longo tem sido o processo na tentativa de mudar a realidade dessa forte influência das relações de gênero para a vida da mulher, pois para que isso aconteça é

necessário mudar toda essa ordem simbólica, a ordem das estruturas incorporadas nas condições de vida e de produção, para o que consideramos uma tarefa difícil, mas acreditamos ser possível transformá-la através da tomada de consciência de todos os sujeitos inseridos no processo.

Nesse processo, a mulher, tem sido mais vista como objeto, em vez de sujeito, assumindo, muitas vezes, um papel passivo, fundamentado ainda numa relação que as mulheres têm com o seu corpo, justificada em razão de em que seu ser social é um ser percebido, um ser para o olhar e suscetível de ser utilizado, a esse título como capital simbólico (LOPES; MAYER; WALDOW, 1996).

Em nosso país, onde o aborto é considerado crime, viver essa realidade para as mulheres é ter de lidar com tabus, preconceitos, discriminações, fruto da construção social à qual estão submetidas, assim como toda a sociedade.

Desconforto, angústia, medo, inquietação, indiferença foram percebidos através das expressões referidas pelas mulheres, diante da perda do filho, como pela modalidade de internação, e também em resposta à conduta dos profissionais que lhes prestam cuidados, como se testemunham estes desabafos:

[...] porque a pessoa sente muito, a não ser que a pessoa quisesse perder, mas pra quem não quer perder que vem e ver seu filho, [...] você deitar e ver que não tem e outra [...] vem enfermeira e pergunta cadê seu bebê? Aí você tem que dizer o que aconteceu, tudinho isso aí incomoda muito, muito, muito (E20- Débora).

[...] naquele momento, o impacto de chegar lá ver as mães com os bebês e eu não. Outra coisa. Sempre que entra alguém, e aí mamães? Aí chega assim, cadê o seu? Aí têm que dizer pra elas, morreu então isso dói, cada momento que alguém pergunta machuca [...] (E7-Gabriela).

Os depoimentos são reveladores da situação em que as mulheres em pós-abortamento são tratadas no alojamento conjunto, local em que os profissionais já estão condicionados a atender, prioritariamente, puérperas e Rns, sem observar a existência de outra clientela no referido, provocando nas mulheres sofrimento, por meio de condutas e comportamento rotineiros sem considerar que tal prática rotineira tem caráter desumanizador, ao colocar em iguais condições mulheres em situações diferentes.

Tal atitude pode ser vista/ interpretada como uma forma de violência institucional contra essas mulheres, atingidas pela agressão manifestada por uma conduta profissional inadequada, ao serem questionadas, onde estão seus bebês, o que nesse caso, não existem, provocando, com isso, desconforto, constrangimento, dor e tristeza.

Para Minayo (1990), a violência é produzida através das relações sociais, podendo materializar-se em atos, palavras, costumes, práticas institucionalizadas ou difusas.

A violência surge, então, exatamente pelo poder que o profissional postula ter sobre o corpo da mulher, numa relação hierárquica em que esse ocupa a posição de senhor do saber, podendo valer-se disso para usar a autoridade e decidir o que é direito, ou não, da mulher, e até mesmo punir ou agredir (BISPO; SOUZA, 2007).

A cultura faz as mulheres tanto humanas como não- humanas e, sabendo disso, elas precisam tanto engolir como rejeitar o que sabem, a fim de viver dia após dia num contexto em que o poder autorgado é tão desigual. A intimidade não pode florescer facilmente, onde a experiência do ser é tão ambígua que a intimidade pode ser o fim de uma luta para vencer os conflitos (JAGGAR; BORDO, 1997).

Assim, o modelo de atenção à saúde da mulher em situação de abortamento ainda vem sofrendo forte influência de um modelo hospitalocêntrico, de uma atenção fragmentada, em que a mulher é vista por partes e não no seu todo. Suas especificidades não têm sido consideradas, e os profissionais inseridos nesse contexto ainda não percebem as mulheres como autoras de sua própria história e que quem determina suas necessidades são elas próprias e não as pessoas que estão próximas ou tentando cuidar delas, tais razões fazem-nos perceber que o paradigma dominante tem forte influência nesse cuidado prestado às mulheres.

Nesse sentido, há de se refletir no processo de formação dos profissionais de saúde, bem como, na política de assistencial, para que não venhamos culpabilizar mulheres ou mesmo os profissionais que delas assistem ao cuidar. Deve-se, então, propor um caminho político que venha fortalecer a aplicação da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, que preconiza apoiar profissionais e serviços de saúde, introduzindo novas abordagens para o acolhimento, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base nas necessidades das mulheres, assegurando-lhes a saúde e um cuidado integral com qualidade.

4.2.2 Da Normalidade ao Aprendizado

As mulheres que não desejavam engravidar não se sentiram incomodadas, por encontrar-se no AC. Mantinham-se imparciais diante da situação. O pequeno desconforto que externavam tinha origem na associação do aborto, ou do parto, com algo sujo, fonte de contaminação. Não o relacionava a qualquer outro tipo de sentimento; mostravam-se bastante conformadas em estar no AC junto a outras mulheres com seus (suas) filhos (as) e elas sem nenhum.

Para Pattis (2001), algumas mulheres podem decidir sem conflitos especiais uma interrupção da gravidez, porque a figura de um filho não se apresenta em sua imaginação. A perda não é posta em questão, elas interrompem, apenas uma condição física. Na maioria das vezes não surge complicações psíquicas, nem se sentem importunadas pela imagem dos seus filhos em seus sonhos.

Exemplos do que acaba de ser afirmado encontra-se nas falas:

[...] Eu acho normal né? Por mais que eu desejasse ter meu bebê, mas se não veio né, é por que Deus não quis né ? Então elas não são culpadas disso, né? Então eu acho normal [...] (E15- Maridélia).

[...]Não, não pra mim é normal aquilo ali, não me incomoda em nada [...] (E19-Marcela).

Outras consideravam que estar no AC era proveitoso para elas. Observar as mães prestando cuidados a seus (suas) filhos (as) funcionava como uma forma de adquirir experiência, caso acontecesse, ou mesmo, como um mecanismo de compensação pela perda. Dos discursos seguintes, despreende-se essa visão:

Pra mim significa uma experiência, se eu pensar em ser mãe algum tempo, já vou adquirir experiência com as outras entendeu (E2- Joana)?

[...] Eu acho uma experiência boa, por que eu já passei por isso quatro vezes e agora eu planejei um só que [...] eu perdi, aí no caso eu convivo com elas, é a mesma coisa de eu não ter perdido o meu sabe, de eu ter ganhado, porque eu tava com mais três pessoas que tava com três filhos também [...] (E11-Jacira).

Essas falas nos permitem entender a construção histórica da identidade feminina, já discutida anteriormente em que somente a mulher foi designada às funções do cuidar e maternar os filhos, convencidas a necessidade de preparar-se para cuidar do outro como função exclusiva.

O uso do mecanismo de compensação para a perda foi também identificado ao mostrarem-se conformadas ao ver as companhadeiras de quarto desenvolvendo os cuidados com seus (suas) filhos (as) cumprindo o papel historicamente designado apenas para elas.

Para Chodorow (1990), ainda não se encontrou uma explicação única para a maternação das mulheres, existem várias conclusões para as bases biológicas da maternação. A evidência do estudo das culturas vincula a mulher aos cuidados primários por causa de suas funções de gravidez e lactação e não por causa da maternalidade como instinto.

4.3 ORIENTAÇÃO PARA AS PUÉRPERAS: REFLEXO PARA AS MULHERES EM PÓS-ABORTAMENTO

Um dos principais objetivos da atenção à puérpera no AC é oferecer informações/orientações para o autocuidado, amamentação e cuidados com o Rn. Essa tarefa deve ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, mediante práticas educativas, palestras ou orientações individuais dentro das enfermarias. A educação para a saúde tem o objetivo de oferecer subsídios e condições para que as puérperas possam lidar com as mudanças e adaptações dos primeiros dias pós-parto que, normalmente, costumam ser uma experiência nova e assustadora para a mulher.

Porquanto o AC é um ambiente preparado para atender esses e outros objetivos pertinentes às mulheres no pós-parto, as que não se encontram nessa condição, mas, em situação de pós-abortamento, muitas vezes não se interessam em viver essa realidade e, por estarem ocupando o mesmo espaço devido a uma questão organizacional, acabam sendo obrigadas a presenciar as atividades que são aí desenvolvidas. Assim, as mulheres em situação de abortamento se mostraram descontentes e insatisfeitas com a perda do filho, ou do desejo

de ser mãe novamente, sentimento contraditório que, às vezes, a própria mulher não consegue elaborar.

Para Guareschi e outros (2007), a expressão internação materna aponta para a questão da mãe, tornando a questão da saúde da mulher como algo do campo materno. Assim, o corpo, como a marca da diferença das mulheres, está marcado um corpo que reproduz, passando a ser pensado, avaliado, cuidado, monitorado em função disso.

A vivência do que ocorre no AC permitiu que se observasse as orientações e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde com as mães e seus respectivos filhos nesse espaço de internação, para algumas, não fazia sentido, causava sofrimento ou, até mesmo, significava uma experiência para uma futura maternidade.

4.3.1 Desnecessário, Faz Sofrer

Os (as) profissionais de saúde, em especial os (as) de enfermagem, são as pessoas que estão mais próximas da realidade das mulheres dentro da unidade de AC, seja da mulher em pós-parto ou da mulher em pós-abortamento. São consideradas capacitadas para identificar as necessidades dessas mulheres e tentar atendê-las conforme as suas especificidades. Apesar dessa assertiva, não é assim que tem acontecido, em nossa realidade em instituição pública, pois o modelo de atenção adotado reforça as normas e rotinas institucionais e não respeita as necessidades das mulheres.

Entende-se com isso que o cuidado prestado às mulheres em situação de abortamento ainda tem sido um cuidado centrado em modelo biomédico, sem uma compreensão integral da mulher como sujeito. O modo desses (as) profissionais agir e perceber as mulheres não contempla suas necessidades e, portanto, as mantém excluídas da integralidade da atenção.

Esses (as) profissionais em decorrência de uma estrutura organizacional continuam seguindo um modelo normatizador que agride as mulheres que não se encontram em condição de pós-parto, fazendo-as sentirem-se fora do contexto desse cuidado, como podemos observar nos discursos de algumas delas, quando revelam que as orientações são desnecessárias e as fazem sofrer.

É doloroso, porque você absorve tudo, mas você não vai botar em prática nenhum deles, por que você não tá com ele no colo (o filho perdido)... é difícil, eu nem sei o que dizer mais [...] (E12- Juliana).

Pra mim tanto faz, porque eu sou mãe, eu posso passar pra alguém, né? Que tá com o bebê vivo, mas pra mim não tem nada a ver não [...] (E5-Julita).

É tipo assim, é sem fundamento [...] eu não preciso ouvir isso mais agora, porque que eu tenho que tá ouvindo isso? Se eu não vou precisar dessas informações no momento, tu tá entendendo? [...] eu não tenho interesse nenhum muito pelo contrário [...] É isso, é constrangedor, lhe machuca [...], porque não(as levaram para) outra sala e não explicou lá, isso machuca [...] (E3-Isabel).

Percebe-se, nesses discursos, que, para essas mulheres, estar no lugar errado na hora certa as faz sofrer, pois, as informações e orientações voltadas para os cuidados com as puérperas e com o(a) Rn as remetem à perda do filho, deixando claro que nada disso vai ser possível colocar em prática, como também referem que as orientações e informações que desejavam receber não estavam focadas em suas necessidades.

Ocorre nesse caso a prática de um modelo técnico, fragmentado, de ações verticalizadas em que as dimensões do sujeito que estão sendo cuidados não estão sendo valorizadas, reproduzindo com isso uma prática de descuido com os seres humanos em questão, isto é, as mulheres. Esse processo não tem permitido às mulheres terem voz, serem ouvidas, não tem sido oferecido para as mulheres um ambiente de escuta apropriado para atender suas reais necessidades, e conseqüentemente, os (as) profissionais não têm conseguido o vínculo e a responsabilização que se fazem necessárias no processo do cuidar, direcionado à integralidade.

O cuidado prestado às mulheres em pós-abortamento deve ser um cuidado que se aproxime do caráter da integralidade, em especial, quando se encontram dentro de uma unidade hospitalar, pois, de acordo com Cecilio e Merhy (2003), a abordagem integral dentro de uma unidade deve garantir desde o consumo de tecnologias de saúde disponíveis para melhorar e prolongar a vida, até a criação de um ambiente que resulte em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

É necessário intervir na formação dos (as) profissionais de saúde, despertando-os para que mantenham seus olhares voltados para as necessidades das pessoas, pois sabe-se que a

base de formação dos profissionais ainda é marcada por ações centradas no corpo sob a luz das ciências biológicas que estruturam o agir profissional (CECIN; CARVALHO, 2005).

Para que o cuidado seja integrado no cotidiano da atenção à saúde, é preciso absorvê-lo, permitir que ele faça parte de nós, transformá-lo em estilo de vida, só aí saberemos ou intuiremos como encontrar formas ou maneiras de demonstrá-lo no ensino ou na prática (WALDOW, 1998).

Apesar dessa recomendação, a mulher em pós-abortamento que está internada na unidade de AC sente-se violentada pela instituição que está sendo assistida, uma vez que há desrespeito, indiferença quanto a sua situação, inclusive diante do que esse aborto possa significar para ela.

Bispo e Souza (2007) referem que as mulheres estão sujeitas ao domínio médico e às práticas que as violentam, disciplinam e controlam o seu corpo permeado por emoções e sentimentos.

Para essas autoras, a violência se estabelece devido a uma relação assimétrica, porque, além das desigualdades de gênero, os (as) profissionais (detentores do saber) esperam que a mulher (objeto da aplicação desse saber) seja passiva e inerte, alienada, sem poder de escolha.

[...] que a instrução tem que ser pra elas, não pra mim, pra mim deveria ser outra instrução [...] (E14-Núbia).

É só mais um aprendizado por que na verdade naquele momento pra mim não vai ser útil, por que eu tô precisando de uma orientação pra o meu caso, pra o que eu estou passando, eu tô cheia de dúvida, né? Interrogações [...] (E7-Gabriela).

Mediante tais, as falas, a mulher deixa clara a ineficiência e o despreparo dos profissionais para atendê-las diante de suas necessidades, uma vez que solicitam orientações específicas para o seu caso (abortamento), referindo que estão com dúvidas e demonstrando falha no cuidado prestado, o qual, por sua vez, se afasta do princípio da integralidade.

É necessário portanto, uma mudança de enfoque no cuidado, de forma que conduza a equipe, em especial a de enfermagem, a refletir acerca de sua atuação, visto que o cuidado deve ir além da resolução de problemas físicos, ou seja, incorporar sua dimensão social, psicológica e espiritual (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANO, 2007).

Em conformidade com pesquisa realizada pelas autoras citadas acima, as falas das mulheres nos fazem refletir no fato que o objeto de trabalho da enfermagem não deveria se centrar no corpo biológico, e sim, num olhar essa mulher com toda a sua especificidade, proporcionando seu autoconhecimento, com compreensão dos riscos a que se expõe na situação de abortamento; a prevenção da reincidência; a elaboração emocional dessa situação, preservando-a nos aspectos sociais, afetivos e emocionais, na tentativa de evitar sequelas físicas e psicológicas e, até mesmo, que outras gravidezes indesejadas não se repitam e venham ter como consequência outro aborto.

Melo (2007) reforça a importância de prover um cuidado para as mulheres que siga em direção a integralidade é reconhecer as necessidades dessas, valorizando as dimensões de gênero e cidadania e tornando-as agente de mudança.

4.3.2 Experiência para uma Nova Maternidade

A maternidade é algo central nos discursos das mulheres em pós-abortamento, principalmente no caso daquelas que desejavam ter filho e mesmo para as que não o desejavam, despertaram a possibilidade de “um dia” engravidar novamente, portanto, necessitavam estar preparadas para esse momento.

O cuidado, a ajuda, o zelo é algo muito forte para as mulheres, sendo inegável que a grande maioria das atividades cotidianas que envolvem o cuidar de alguém ou de algo é realizado por mulheres. A figura da mãe encarna o papel do cuidado imaginário da sociedade ocidental por intermédio de uma generalização do feminino, isto é, de que a inclinação para cuidar do outro é inerente ao “jeito de ser feminino”. A identidade feminina passa a ser definida, assim, em termos do gerar e cuidar com os sentimentos próprios envolvidos nessas atividades (PEDREIRA, 2008).

Há de se reconhecer a possibilidade dessas mulheres incorporarem tão idealmente o papel da maternidade em função da cultura de gênero instituída nas relações sociais e conjugais, favorecendo, dessa forma, a construção de uma identidade feminina centrada na maternidade.

Essa influência da identidade feminina para as mulheres é representada nos discursos seguintes em que as mulheres em pós-abortamento afirmam que as orientações oferecidas para as mães, enquanto internadas, podem lhes servir de experiência futura para uma nova maternidade.

Eu me interessei sim, porque eu guardo da próxima vez se eu já tiver já grávida, eu já sei como é que eu vou agir entendeu? Quando elas chegar dando orientação [...] (E4-Cristina).

É muito importante, não é? [...] Por que tá orientando as mães como cuidar de seus filhos, né? Como lidar, e como tem uma mesmo de 15 anos tá ali do meu lado que ela não sabe lidar, não sabe fazer nada né? Nem trocar a roupa ela não sabe, tudo isso, enfim [...] (E8 –Felícia).

Me interessa, porque eu perdi ontem, mais eu posso ter outro, então fica guardado, é bom que aprende, né? Até com a convivência com elas mesma eu tô aprendendo, as enfermeiras dando as orientações é bom que quando eu tiver se Deus quiser eu vou ter o meu, um dia eu vou ter, aí já tô mais experiente [...] (E9-Roseli).

É muito gratificante, porque ali através daquelas informações você pode tomar os primeiros passos de tá cuidando [...] (E10-Fátima).

Ah, isso aí é muito bom porque alguém tá incentivando como cuidar porque às vezes têm mães que não sabe, né? E aí eles passam aquilo com o maior carinho incentivando como é e elas vão pegando a prática pra cuidar pra não ter problema entre seus filhos. [...] (E18-Betânia).

As falas expressam a necessidade cultural de estarem preparadas para a uma futura maternidade, ou seja, o desejo de ser mãe e atender as demais funções das quais responsabilizam a mulher, como a pessoa apropriada para o cuidado dos filhos é algo que se faz presente no íntimo dessas mulheres, seguindo assim um modelo de mãe idealizado pela sociedade.

A definição da identidade feminina está, portanto, norteadas por um padrão de responsabilidade e cuidado. O cuidado possui um significado moral de acordo com o seu objeto, tendo em vista que o cuidado é gerado por algum tipo de responsabilidade e compromisso contínuo. Sendo assim, o cuidado no contexto dessas mulheres é resultante da

maternagem, um paradigma da relação de dependência do trabalho que reúne cuidado, responsabilidade e vínculo (PEDREIRA, 2008).

De modo complementar, as entrevistadas destacam a importância das informações para elas:

Eu pra mim significa muito, porque elas tão ensinando, tem mães de primeira viagem que não sabe [...] (E11-Jacira).

Sim, claro, porque se eu não consegui agora, mas daqui a alguns anos eu posso quem sabe conseguir né e eu já de tanto eu vi e já tive um filho, né? Eu já vou ter mais experiência, né? Quando eu tiver [...] (E15-Maridélia).

Sim, porque tipo tá ajudando aquela pessoa né? A ter uma vida em casa melhor [...] (E19- Marcela).

Eu acho que é muito bom, tanto pra mãe, quanto pra o bebê. [...] Pra mim é bom [...] Porque eu já fui mãe e eu participo nessa também [...] (E6 - Renata).

As falas reforçam, portanto, o imaginário dessas mulheres em se sentirem valorizadas e plenas com o exercício da maternidade. Independente do seu nível de sua escolarização e do seu desejo momentâneo de ser mãe, ela traz a possibilidade de um dia concretizar a maternidade.

4.4 REFLEXO DOS VALORES PROFISSIONAIS : JULGAMENTO E PUNIÇÃO

O cuidado prestado pelos profissionais de saúde às mulheres em situação de abortamento deve ser um cuidado integral, baseado em uma política de humanização que inclua como princípios norteadores, a igualdade, a liberdade e a dignidade a pessoa humana, não admitindo qualquer tipo de discriminação ou restrição do acesso à assistência à saúde.

Na maioria das vezes, as mulheres que buscam a unidade hospitalar em processo de abortamento, apresentam alguma queixa física, a exemplo de dor, sangramento, mal estar e febre, acompanhada de uma representação emocional.

Portanto, os relatos das entrevistadas fortalecem a imagem de um serviço público, com profissionais que prestam uma assistência desumana, com descaso e julgamento, tornando essa situação para elas muitas vezes traumatizante, uma vez que vai de encontro a um atendimento humanizado.

Em estudo realizado por Bispo e Souza (2007), muitas dessas mulheres expressam sentimentos de culpa, medo, pena, tristeza, sensação de perda e solidão, e em caso de aborto provocado, normalmente a decisão é solitária.

De acordo as autoras acima citadas, a solidão experimentada pelas mulheres em processo de abortamento intensifica-se devido a estarem em um ambiente diferente, completamente isoladas da família e expostas a atitudes de hostilidade vindas dos profissionais. Os depoimentos seguintes servem para ilustrar essa hipótese:

Logo quando a gente chega no hospital eles castigam muito a gente, demora pra atender , demora, porque eles acham que a gente provocou, tem umas que sim que provoca mesmo, mas têm outras que não aí chega e fica aí ó de castigo, fica, fica [...] mas só nisso na hora que a gente chega eles tratam a gente feito um cachorro, demora ó, castiga, castiga, hoje mesmo, ontem mesmo eu andei de hospital em hospital pra poder ninguém me atender [...] Nisso em questão de atendimento entendeu? (E4-Cristina).

Logo quando a gente chega no hospital eles castigam muito a gente, demora pra atender , demora, porque eles acham que a gente provocou, tem umas que sim que provoca mesmo, mas têm outras que não aí chega e fica aí ó de castigo, fica, fica [...] mas só nisso na hora que a gente chega eles tratam a gente feito um cachorro, demora ó, castiga, castiga, hoje mesmo, ontem mesmo eu andei de hospital em hospital pra poder ninguém me atender [...] Nisso em questão de atendimento entendeu? (E4-Cristina).

Enquanto isso você tá ali com dor, com dor e ninguém faz nada, chega a noite, você grita, grita e não tem ninguém, ninguém vai lá perto de você, não sei, aí então eu acho assim, além de você tá passando um sofrimento, quando você tá sofrendo com um bebê ali dentro, a gente

sabe não, tô sofrendo, mas em pouco instante vou tá com meu filho no colo, mas você já tá sofrendo porque não tem o filho e ainda tem que sofrer pra aquela criança sair sozinha, aí é muito ruim e você grita de noite não tem ninguém, né aí é ruim [...] (E1-Marina).

Nessas falas, as mulheres relatam as insatisfações desde a porta de entrada na Maternidade deixando subentendido o desejo de que os profissionais de saúde agissem de modo diferente, oferecendo o apoio de que elas realmente necessitam. Muitas se sentem agredidas com as atitudes de desprezo desses profissionais, conforme as insatisfações expressas.

É perceptível o descaso sofrido por elas, pela falta de acolhimento, e também, pela peregrinação por outras instituições, em busca de um atendimento, podendo essa realidade ser traduzida em forma de violência, diante da demora no atendimento que põe em risco a vida da mulher (BISPO; SOUZA, 2007).

Essa situação indica que a política de atenção humanizada a mulheres em abortamento não tem sido praticada em nossa realidade, uma vez que, elas encontram-se desassistidas, que o acolhimento acompanhado de orientação e suporte emocional inexistente no cuidado prestado. Os profissionais, que deveriam promover a interação da equipe com a clientela diante de suas necessidades, têm se posicionado de maneira contrária, o que conduz a demonstrar insatisfação nos seus discursos.

Para que se processe um cuidado integral a essas mulheres, faz-se necessário uma interação entre o ser que cuida e o ser que é cuidado, só assim os (as) profissionais conseguirão atender às reais necessidades que as afligem.

Observamos que as falas que seguem traduzem a necessidade das mulheres em receber apoio emocional dos (as) profissionais de saúde, uma vez que solicitam que esses (as) profissionais coloquem-se no lugar delas, pertinentes o entendimento de que essa é uma situação vulnerável, evitando assim qualquer tipo de agressão, discriminação e julgamento, tudo favorecendo uma atenção integral.

[...] mas eu acho que deveria ser uma preocupação deles, em que tivessem profissionais que tivesse um pouco mais de sensibilidade, por que nós estamos passando por uma situação difícil [...] que as pessoas sejam mais sensíveis a situação que cada um passa, por que hoje sou eu amanhã pode ser ela, ela não pensou nisso, é como se ela tivesse com nojo de mim, a forma como ela agia ela gritava comigo

[...] Teriam que estar se capacitando mais e mais pra que não fiquem assim [...] (E7-Gabriela).

[...] digamos assim que alguns profissionais sejam mais carinhosos com a gente, entender também o nosso lado dependendo qual seja o lado que a gente esteja e compreender, eu não digo pra compreender mas também não julgar né? Porque ninguém sabe o que aquela pessoa tá se passando e o que passou pra ela, pro que ela tá [...] (E17 – Marilú).

Bispo e Souza (2007) justificam que a atitude dos profissionais, de tratar mal a mulher que aborta, é uma forma de puni-la, pois acham que, se a tratarem bem, ela pode querer repetir o ato. Verifica-se uma forma de violência, no momento em que tentam manter a mulher sob seu domínio, daí porque os gritos, acesso de raiva e ameaça em não prestar o devido atendimento.

Santos, Rosenberg e Buralli (2004) recomendam que os (as) profissionais de saúde compreendem os sentimentos expressos pelas mulheres, evitando posições legalistas e moralistas em relação à prática do aborto, buscando discernir alguns temores ambivalentes vivenciados por elas.

Os problemas já destacados se somam a insatisfação quanto ao atendimento recebido pelas profissionais mulheres que são exteriorizadas no discurso a seguir e caracteriza violência intragênero, uma vez que se dá entre mulheres. Refere ainda o altruísmo, como a possibilidade de uma atenção integral, livre de sofrimento e possíveis sequelas para uma vida.

Principalmente pras elas (profissionais mulheres), as obstetras que têm o primeiro contato com a gente, que a gente já tá sofrendo tanto em tá naquela situação, a gente saber que tá perdendo o seu bebê, elas ainda tratar a gente mal acusar a gente de ter feito algo que não foi nada disso, [...] então minha maior preocupação era tentar salvar de qualquer jeito [...] até no exame do toque me tratar mal ficar falando coisa, então elas deveriam como elas são mulheres, [...] então elas deveriam botar primeiro no lugar de cada uma e tratar as pessoas como querem ser tratadas, de ter respeito acima de tudo, respeitar cada uma, principalmente elas que são mulheres, tratar cada uma melhor do que outra, não distinguindo uma melhor do que outra aqui dentro, todo mundo são iguais, só isso [...] (E12-Luana).

Como podemos ver essa fala em especial, representa mais um testemunho da violência que as mulheres em situação de abortamento sofrem no contexto do cuidado recebido, desde a porta de entrada do serviço, especialmente quando atendidas por mulheres, uma vez que as próprias profissionais de saúde as julgam e as agridem, por influência, certamente, de uma cultura que se expressa através de uma relação assimétrica de poder entre quem cuida e quem é cuidado.

Essas profissionais não conseguem ter o discernimento e estabelecer uma intersubjetividade com as outras, de modo a possibilitar que essas se percebam também como mulheres, que embora estejam em condições diferentes, possam assumir um papel de vulnerabilidade comum ao gênero feminino, ou seja, não necessariamente deveriam se colocar no lugar das outras, mas sentir caso estivesse, enfim ao menos se sensibilizar com a situação que as mulheres em situação de abortamento estão vivendo, conforme as próprias sugeriram, em prol da melhoria do cuidado.

Em concordância com o estudo de Bazotti, Stumm, Kirchner (2009), cabe aos (as) médicos (as) e aos (as) profissionais de enfermagem disponibilizar um atendimento às mulheres em abortamento com responsabilidade e ética, pois a ética que rege as profissões de saúde está presente no processo de cuidar, incluindo respeito aos direitos do ser humano, à vida, à dignidade em todo o ciclo vital sem discriminação. Falar de aborto é uma questão íntima e pessoal que se refere à feminilidade, pois as próprias limitações dos seres humanos fazem as pessoas ficarem intimidadas e, quando em situação de vulnerabilidade, como no caso das mulheres que sofrem abortamento, torna-se mais complexo.

4.4.1 Espaço igual para Desiguais

Algumas mulheres em pós-abortamento consideradas leigas expressaram, nos discursos a necessidade de um lugar específico para elas, haja vista a especificidade dos cuidados relativos ao processo de abortamento. Destacaram a necessidade de serem acolhidas em um espaço apropriado, onde se desenvolvessem atividades de orientação e informação que lhes fornecessem ferramentas para se autocuidarem visando o alcance do sonho de ser mãe; de

prevenirem uma gravidez indesejada e, no caso de interromperem a gravidez, fossem tratadas com equidade frente às mães internadas no AC.

Eu acho que devia ter uma sala separada e [...] é que se tivesse uma pessoa a dizer assim explicar por que, ou, fazer tipo um questionamento, por que esse aborto? Por quê? O que fazer? No meu caso mesmo porque eu tive dois, o que fazer daqui pra frente? Ó antes de você engravidar procure fazer alguns exames, ver porque isso aconteceu, tipo assim eu tô insegura, agora eu tô com medo, será que eu posso engravidar de novo? Será que se eu engravidar [...] Então poderia ter (orientações) assim como tem pra as mães que estão com os bebês, poderia ter pra essas que abortaram tipo assim uma palestra [...] (E3-Isabel).

Que tenha um leito separadamente pra todas as pessoas que fazem curetagem, é ter sua enfermaria, pessoas que tá com o nenem ter outra e dividir cada pessoa tá entendendo? (E14-Núbia).

[...] ter né? Um quarto separado [...] Por que a gente tá sem bebê e as outras tá com bebê, aí fica, elas fica perguntando um bocado de coisa a gente, e as vezes a gente nem quer responder assim, eu logo quando cheguei mesmo fiquei toda assim[...] (E16- Áurea).

[...] a única coisa que incomodou foi ter colocado junto com os bebês, você ver as outras mães com seus filhos e você está sem o seu filho, eu só acho que devia mudar isso, devia ter um quarto só para as que..., pra as que[...] abortaram que fez a curetagem... (E20 - Débora).

As falas nos remetem a um eixo de reflexão em que, mesmo em situação de fragilidade as mulheres identificaram a necessidade de ter a sua individualidade preservada, já que a situação de pós-abortamento as conduz a sentimentos de perda, vazio, impotência e sofrimento. Estar em um lugar em que o acolhimento, a compreensão da singularidade estejam presentes caracteriza a humanização e a equidade do cuidado baseado na integralidade.

Falar de “um lugar separado” aponta para a necessidade de se reconhecer a subjetividade de cada mulher e a valorização do cuidado, mediante ações de educação para a saúde da mulher, fundamentada nos valores jurídicos, éticos, morais da humanidade a ser desenvolvido pelos (as) profissionais de saúde que assiste e/ou cuida.

Oferecer à mulher em situação de abortamento, de natimortalidade fetal assistência e/ou cuidados é criar condições para humanização do serviço. Essa ação implica a organização do serviço provendo um ambiente acolhedor e confortável, para as mulheres, estimulando a expressão de seus sentimentos. Cabe, a cada profissional de saúde, além do estímulo ao desenvolvimento de práticas equânimes e igualitárias, que o serviço lhes dê instrumentos técnicos e científicos que lhes possibilitem condutas mais próximas de cada realidade de modo que as projeções de seus próprios desejos e conflitos sejam menores, necessitando, para isso, poder contar com profissionais qualificados e comprometidos com a qualidade do cuidado (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANO, 2007).

4.4.2 O Pouco que Satisfaz

Paralelo à situação apresentada na categoria anterior, algumas mulheres participantes da pesquisa disseram estar satisfeitas com a assistência recebida dos (as) profissionais que ali estavam atuando.

A satisfação com o atendimento se baseia no tratamento recebido pelos (as) profissionais de saúde na unidade de internação chegando a considerar a possibilidade de não ter o que sugerir, por não ter o que reclamar. A partir do momento em que se sentem acolhidas e bem tratadas pelos profissionais que as estão assistindo, ficam satisfeitas com a atenção. Acreditamos que o medo de serem maltratadas; de serem julgadas de modo velado e/ou explícito, enfim, de estarem vivas e sem intercorrência obstétrica é, para elas, o máximo que podiam esperar. Os relatos a seguir expressam as satisfações descritas:

Não [...]Ótimo, eu gostei daqui, o atendimento foi excelente[...](E2-Joana).

[...] Assim pra mim mesmo o atendimento foi ótimo, se for assim em termo de atendimento, né? Foi tudo carinhosa, as enfermeiras, os médico, comigo mesmo, não tenho até o momento não tenho o que reclamar não [...] (E8-Felicia).

Não eu tenho nada a reclamar, fui bem atendida [...] Não tá tudo tranquilo (E19-Marcela).

Em estudo realizado por Bazotti, Stumm, Kirchner (2009), a mulher, ao perder o filho, vivencia um momento difícil, e esse fato pode desencadear diversas percepções e sentimentos, daí ser necessária a receptividade dos profissionais. Semelhantes aos relatos anteriores, as autoras afirmam que o fato dos profissionais serem receptivos, acolhedores e comunicativos, explicam por que foram bem aceitos pelas mulheres proporcionando-lhes conforto, tranquilidade e sensação de bem estar.

Apesar de terem sido maltratadas na admissão, reconhecem as condutas atenciosas na unidade de internação – AC:

[...] Graças a Deus aqui eu não tenho o que me queixar, não, me tratou super bem, não me trataram mal de jeito nenhum, foram atenciosas me deram atenção que eu acho que deveriam ter dado, aqui até agora não tive problema nenhum, só foi na entrada mesmo, até agora tá tudo bem [...] (E12 –Juliana)

Não, agora depois não, sabe, depois é mais diferente, elas vem, da hora que eu cheguei já vinheram perto de mim (E1 –Marina)

Em estudo realizado por Motta (2005), as mulheres avaliam o atendimento fazendo uma comparação entre os setores por que passaram. Declararam ter passado por diferentes experiências nesses espaços, o que lhes proporcionaram vivenciar momentos mais agradáveis em uns do que em outros. Algumas referiram satisfação com o atendimento relacionado com as atividades técnicas desenvolvidas pelos (as) profissionais de saúde durante a assistência. O fato de agora estarem bem, ter sido atendida a sua queixa e não estarem sentindo dor, livres do problema que as levara à Maternidade, significa adequação do atendimento, o que se pode inferir destas:

[...] Olha assim que eu cheguei eu fui bem atendida, cuidaram muito bem, de repente eles fizeram a curetagem. Cheguei num estado que não dava mais pra esperar, [...] Então pra mim foi tudo ok, foi tudo tranquilo, graças a Deus eu não senti nada tô aqui a como se nada tivesse acontecido (E18-Betânia).

Eu até agora achei tudo bom, comigo, eu achei tudo bom, o atendimento aqui é bom [...] achei tudo bom [...] (E6-Renata).

[...] comigo foi tudo normal, tudo bem? não senti dor, não senti nada. [...] Eu não precisei assim [...] de um acompanhamento assim mais [...].tudo normal comigo[...] (E9-Roseli).

Apesar do esforço dos órgãos governamentais na busca de um modelo de atenção integral à saúde, a organização dos serviços ainda sofre forte influência de uma concepção essencialista e biologicista no cuidado, tanto em relação às condutas de quem cuida, como na percepção de quem é cuidado, ambos ainda desconhecem o processo de cuidar, baseado na equidade e integralidade da assistência/cuidado. Portanto, torna-se difícil perceber as reais necessidades da clientela, pois, quando isso acontece não se estabelece uma interação entre o cuidador e a cliente.

O desconhecimento dos seus direitos de cidadania, associado à dificuldade de acesso e à uma assistência/cuidados des-humanizados às mulheres em situação de abortamento, as conduz a acreditarem que são bem cuidadas a partir do momento que recebem cuidados técnicos, de rotina, como se observa nas falas a seguir,

[...] mas em questão de tá aqui dentro eles atendem, tiram a pressão, entendeu? Bota no soro, cuida [...] (E4- Cristina).

[...]de ontem pra aqui, até o atendimento que eu tive, [...] foi tudo pra mim ta ótimo[...]só se foi (ruim) pra outras pessoas, pra mim graças a Deus as informações e tudo que eu recebi tá de bom tamanho[...] (E10-Fátima).

No momento não, não pensei em nada [...] Não, no momento não [...] Pra mim tudo tranquilo (E11-Jacira).

Não [...] Não, eu acho que não [...] Tá tudo tranquilo, tudo certo (E15 – Maridélia).

Semelhante ao estudo realizado por Mariutti, Almeida e Panobiano (2007), o significado do cuidado de enfermagem percebido pelas mulheres em situação de abortamento

foi, na maioria das vezes, o atendimento “básico” requerido e realizado. Esse significado dado por elas aponta a importância do atendimento às necessidades físicas. A realização dos procedimentos técnicos a contento, as conduz a considerá-lo “normais”, em que o atendimento as suas necessidades imediatas de saúde efetiva-se.

Para essas autoras, o cuidado, portanto, implica que o profissional desenvolva relações com essas mulheres, respeitando-as enquanto sujeitos que têm frustrações, expectativas e sonhos. Ademais desses sentimentos, recomendam que os profissionais estejam capacitados para identificar os momentos de introspecção, necessários para elaboração da situação que essas mulheres estão vivenciando.

Vale salientar que a vivência da mulher em situação de abortamento é bastante complexa e exige, dos profissionais de saúde, uma competência que vai além da realização de procedimentos técnicos e rotineiros, mas que inclua estratégias, ações e procedimentos para o cuidado com o corpo físico, buscando compreender a subjetividade da mulher, de modo a oferecer um cuidado de modo equânime e integral.

A mulher em situação de abortamento necessita de um cuidado voltado para suas especificidades, por meio do acolhimento, um ambiente que lhe propicie a escuta, enfim, ela necessita de um cuidado específico, livre de discriminação, preconceitos e julgamento. Aspiram ser ouvidas e compreendidas na sua individualidade. Mediante um atendimento com tais características, estarão sendo colocadas em prática as políticas, assim como as normas e as rotinas em proveito da saúde da mulher em processo de abortamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto figura como uma das principais causas de óbito materno em nosso país, no estado da Bahia e em seus principais municípios, a exemplo de Salvador e Feira de Santana. Entre os anos de 2000 e 2007, o aborto foi considerado uma importante causa de morte para mulheres. Os hospitais gerais com leitos obstétricos e as Maternidades que prestam atendimento às mulheres em situação de abortamento têm a curetagem pós-aborto como a segunda causa de internação nessas unidades na Região Nordeste.

A vivência em unidade de AC, onde se colocam lado a lado, mulheres no pós-parto e mulheres em situação de abortamento, nos possibilitou ouvir relatos que denotavam angústia, sofrimento, tristeza e dor.

Tal experiência nos instigou para analisar o significado da internação no AC para mulheres que se encontravam em processo de abortamento.

O convívio e a observação das atividades relativas à assistência às mulheres no pós-parto que se estendiam às que se encontravam em processo de abortamento nos conduziram a pressupor que a permanência junto a outras mulheres com seus (suas) respectivos (as) filhos (as) lhes causava tristeza, desconforto e constrangimento.

Para as mulheres em situação de pós-abortamento, estar na unidade de AC foi algo que teve muitos significados, merecendo destaque a subjetividade do desejo de ser mãe e a construção social que influencia esse desejo, numa aproximação com a identidade feminina.

As mulheres são vistas como detentoras de um perfil para a maternagem, decorrente de um determinismo biológico que as destina à função de gerar e às demais atividades que lhes são atribuídas, conseqüentes à função, exclusiva, ao cuidado no espaço doméstico e dentre outros, no espaço público. As desigualdades de gênero fazem parte da construção sócio cultural ao longo da vida das mulheres, o que as conduz a assumir-se, em seu íntimo, como única responsável pela função de procriadora, sem sofrimento, mas muitas vezes, com cansaço pela sobrecarga.

De modo geral, confirmamos nosso pressuposto, pois a internação no AC para as mulheres em situação de abortamento evidenciou-se permeada por sentimentos de constrangimento, tristeza e dor. Aquelas que referiram ter passado por um processo de aborto

espontâneo, consideraram positivo as orientações e informações recebidas, direta ou indiretamente, nas enfermarias do AC, conferindo-lhes experiência para uma futura maternidade.

As mulheres que assumiram ter provocado o aborto, a internação no AC junto a outras mulheres não lhes causou nenhum desconforto, associando tanto o aborto quanto o parto a algo sujo, como fonte de contaminação.

Além desses aspectos, estar internadas junto à puérperas, os cuidados que lhes destinavam-nos profissionais de saúde e os que elas praticavam com relação a seus (as) respectivos (as) filhos (as), que permaneciam ao seu lado, foi algo que remeteu as mulheres em processo de abortamento à perda do (a) filho (a).

Foram significativos os sentimentos experienciados pelas que abortaram, sentimentos de dor, física ou existencial, medo, nervosismo, tristeza, constrangimento, luto ou até mesmo alívio, sentimentos contraditórios que, às vezes, não conseguiam exteriorizar.

Embora o aborto seja um acontecimento vivido de diferentes maneiras, acompanhado de grande carga emocional, e as mulheres que passam por essa experiência necessitem de apoio, atenção e um cuidado integral, essa realidade ainda não foi alcançada frente a muitas mulheres que buscam atendimento, independente da causa do aborto, espontâneo ou provocado.

Nessa perspectiva, o cuidado oferecido às mulheres em situação de abortamento que se encontram internadas na unidade de AC tem sido focado nas atividades de rotina e em protocolos institucionais que objetivam atender as mulheres em pós-parto, e não, as mulheres em situação de abortamento nas suas demandas e necessidades.

Os profissionais que atuam nessa circunstância de forma sistemática, técnica e fragmentada, não possibilitam às mulheres um tempo para escuta, para que elas manifestem suas necessidades, e suas especificidades, o que vai de encontro à finalidade primeira do AC, fornecer ferramentas à mulher no pós-parto para se autocuidar e cuidar de seus (suas) filhos (as) quando de volta a suas residências.

As mulheres que passam pela experiência de ser mãe são influenciadas por sua identidade feminina, que as conduz a realizar-se com a maternidade, com ações de zelo, atenção e cuidado, estabelecidas por questões de gênero, com função e papel previamente definidos, culminando em nossa sociedade, com relações de poder estabelecidas entre mulheres e homem.

As ações de cuidado oferecidas pelos profissionais de saúde às mulheres em situação de abortamento ainda são voltadas para uma prática baseada num modelo biomédico fragmentário, que se mostra insuficiente para atender as necessidades apresentadas, por essas mulheres, distanciando da perspectiva da integralidade, na medida em que não são atendidas em suas especificidades e nem respeitadas sua autonomia.

As mulheres referiram que a qualidade do cuidado recebido na entrada do serviço difere daquela dos cuidados recebidos no pós-aborto, uma vez que ao chegarem à instituição, elas passam por um processo de peregrinação para serem atendidas, e quando o são, os profissionais encarregados do atendimento, as discriminam, maltratam, julgam e desenvolvem ações de hostilidade que as fazem sofrer.

De modo geral, elas requerem ser compreendidas em suas especificidades e atendidas em suas necessidades sem julgamento nem condenações, indicando a necessidade de apoio e da disponibilização de um espaço específico para elas, onde possam vivenciar práticas educativas que lhes forneçam instrumento para prevenir uma gravidez inoportuna, e até mesmo suporte psicológico para aquelas que não conseguem atender a construção social de ser mãe.

Paralelo a essa condição, quando estavam no AC, as mulheres ficaram satisfeitas com o atendimento recebido, pois informaram que os profissionais as trataram bem, porquanto desenvolveram as atividades técnicas, básicas de cuidado. Sem razões, portanto, para reclamar, não tinham o que sugerir.

A satisfação diante do atendimento expressa por algumas demonstra que elas desconhecem seus direitos enquanto cidadãs, de serem respeitadas e tratadas com dignidade. Não terem sido maltratadas e estarem livres de complicações ou de qualquer intercorrência obstétrica, elas julgam que seja o suficiente.

Urge refletir sobre o modelo de atenção voltado para as mulheres em situação de abortamento e buscar repensar as práticas de saúde, que vislumbrem a transformação da realidade atual, assim como modificar a conduta do profissional, o qual deve refletir no seu fazer e envolver-se verdadeiramente no processo do cuidado, livre de preconceitos e julgamentos.

É importante destacar o atendimento às mulheres em sua totalidade, imprescindível, a valorização e compreensão da complexidade do contexto do aborto para as mesmas,

vislumbrando a sua desvinculação do caráter da ilegalidade com direcionamento do cuidado na perspectiva da integralidade.

Como contribuição complementar, é prudente que os profissionais de saúde procurem estimular e incentivar as mulheres para mudanças com vistas a alcançar a autonomia e que elas se reconheçam com autoras de sua própria história, com direitos sobre seu próprio corpo e sua vida.

A realização desta pesquisa colocara, diante de nós, um desafio: conseguir que as mulheres falassem acerca de um assunto tão íntimo, permeado por conceitos, preconceitos e julgamentos. Aconteceu que a não- resistência com que nos atenderam permitiram-nos escutá-las nas suas queixas, ansiedades e aspirações.

Porquanto alcançado o objetivo da pesquisa, acreditamos ser interessante o desenvolvimento de outros estudos que envolvam essa temática, com novos olhares, diante de sua relevância social e profissional. Tais ferramentas terão significado junto a profissionais de saúde e gestores servindo de referência acerca da estruturação do sistema de internação e da organização dos serviços para atender as mulheres em situação de pós-abortamento. Repensar as ações direcionadas às mulheres sofrendo abortamento, espontâneo ou provocado, eis um dever que se impõe aos envolvidos na assistência e cuidado de que as mesmas necessitam, e têm o direito de receber.

Esperamos que essa forma de cuidar e assistir venha a se concretizar num modo integral e individualizada, valorizando a voz das mulheres que vivenciam o processo de abortamento, buscando atender a necessidade da especificidade em espaço físico adequado que culmine no agir ético com respeito e dignidade.

REFERÊNCIAS

ADESSE, Leila; MONTEIRO, Mário F. G.; LEVIN, Jacques. Grave problema de saúde pública e de justiça social: panorama do aborto no Brasil. **RADIS**, Rio de Janeiro, n. 66, p. 10-15, fev. 2008.

ALMEIDA, Juliana Silva. **Alojamento conjunto para a família**, 1993. Disponível em: < <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/alojfam.html> >. Acesso em: 9 out. 2008.

ALMEIDA, Mariza Silva. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídios para a construção de indicadores de gênero**. Ribeirão Preto: dez. 2005. 168f .

ALMEIDA, Mariza Silva; SILVA, Isília Aparecida. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, jun. 2008.

ANDRADE, Vanessa Moura Modesto; SILVA, Viviane Protázio; SILVA, Leila. Rangel. Percepção das mulheres no cuidado de enfermagem frente a situação de aborto. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1/2, p. 121-129, sem. 2004.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 3, n.11, p. 376-82, maio/jun. 2003.

AZIZ, Abdul. **Como permanentemente se livrar de seus sentimentos negativos**, 2010. Disponível em < <http://www.articlesbase.com/psychology-articles/how-to-permanently-get-rid-of-your-negative-feelings> >. Acesso em: 02 nov. 2010.

BANCO MUNDIAL. **Questões sobre população no século 21: o papel do Banco Mundial**, 2007. Disponível em: < <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/> >. Acesso em: 20 mar. 2009.

BARBOSA, Patricia Zulato; COUTINHO, Maria Lúcia Rocha. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, 2007.

BAZOTTI, Kellen Daiane Valandro; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KIRCHNER, Rosane Maria. Ser cuidada por profissionais de saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram aborto. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 147-154, jan./mar. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.

BERETTA, Maria Izabel Ruiz et al. Avaliação do sistema de alojamento conjunto na maternidade D. Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos-SP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 59-66, jul. 2000.

BEZERRA, Arethusa de Lima; MOREIRA, Kátia Fernanda Alves. **Maternidade: o determinismo biológico do ser mulher na construção da identidade feminina**. Disponível em: <www.unir.br/html/pesquisa/Pibic/Arquivos>. Acesso em: 09 fev. 2010.

BISPO, Clisya Dias Bertino; SOUZA, Vara Lúcia Costa. Violência Institucional sofrida por mulheres em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.21, n.1, p. 19-30, jan/abr 2007.

BOEMER, Magali Roseira; MARIUTTI, Mariana Gondin. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.2, n.37, jun, 2003.

BOWBLY, John. Perda: tristeza e depressão. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação promática**. Brasília; DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, 14 janeiro, 1987. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília; DF: 1987. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 15 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - SAS. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 1993. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2005. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Dos direitos dos serviços e das ações de saúde do Brasil**: legislação federada compilada 1973 -2006. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil**: 20 anos. Brasília; DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para a Prática em Serviço. Cadernos de Atenção Básica. 2. ed. Brasília; DF, 2003. N.8, p.28.

CAIXETA, Juliana Eugênia; BARBATO, Silvane. Identidade Feminina: um conceito complexo. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.14, n.28, p.211-220, maio/ ago. 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p.197-210.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, Roseni ; CECCIM, Ricardo Burg ; ARAÚJO, Ruben . (Org.). **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005. 336p.

CHODOROW, Nancy. **Psicanálise da maternidade**: uma crítica a Freud a partir da mulher, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

COELHO, Edméia de Almeida; CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago. Aconselhamento na testagem anti-hiv no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade, **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.91, 2007.

COELHO, Edméia de Almeida. Gênero, saúde e enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**, Palmas, v. 3, n.58, maio-jun. 2005.

COSTA, Ana Maria; GUILHERME, Dirce; SILVER, Lynn Dee. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, n. 6, v.1, p.75-84, jan. / mar. 2006.

COSTA; Ana. Maria. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen; COSTA, Sarah Hawker.(Org.). **Questões de saúde reprodutiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 468.

COSTA, Ana Maria; GUIMARÃES, Maria do Carmo. **Controle social**: uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. 3. ed. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002. p.60,

COSTA, J. M. **Práticas humanizadas em sala de parto**: percepção de profissionais de saúde. 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem). Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2007.

CRUZ, Daniela da; ROCHA, Rita de Cássia Luiz. A iniquidade entre os gêneros e a construção da identidade feminina a partir de memória e histórias de mulheres, **Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, Caderno de Ciências Humanas, v.2, p. 3-23, dez. 2009.

DÍAZ, Margarida; CABRAL, Francisco; SANTOS, Leandro. Os direitos sexuais e reprodutivos. In: RIBEIRO, C.; CAMPUS, M. T. A. (Ed). **Afinal, que paz queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. 45-70 p.

ELIAS, Paulo Eduardo. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo e perspectiva**, n. 18, v. 3, p. 41-6, jul-set, 2004.

ESPINDOLA, et al. Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.4, 2006.

FARIA, Juliana Toledo. **A maternidade:** a construção de um novo papel na vida da mulher
Disponível em: < <http://br.monografias.com/trabalhos3/maternidade-construcao-papel-vida-mulher/maternidade-construcao-papel-vida-mulher.shtml> >. Acesso em: 05 mar. 2010.

FARIA Marta. Abatepaulo. Ser mulher, esposa e mãe: escolha ou destino feminino. **Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva** - Informativo eletrônico de Ipas Brasil, Rio de Janeiro, 30 mar. 2009.

FAÚNDES, Aníbal; BARZELATTO, José. **O drama do aborto:** em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NARCHI, Nádia Zanon (org). **Enfermagem e saúde da mulher**. Barueri, SP: Manole, 2007.

FERRAND, Michele. **Sociologia da contracepção e aborto:** a contribuição da análise das relações de gênero, 2004. (Aula inaugural do 11º Curso de Metodologia - versão provisória).

FERREIRA, Silvia Lúcia; PAIVA, Mirian Santos. **A violência (velada) dos serviços de saúde:** o atendimento em situações de abortamento em Salvador-Bahia. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 9, **Anais**, Vitória.1997.

FREITAS, Fernando, et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FONSECA, Walter, et al. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, abr.- jun. 1998.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan. **Organizadores**. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec; Populacion Council, 1999.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menocucci de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.21, p. 449-453, jul/set. 2008.

GESTEIRA, Solange Maria Anjos; BARBOSA, Vera Lúcia; ENDO, Paulo César. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.4, p.462-467, dez. 2006.

GUARESCHI, Neuza et al. O aborto e as políticas de atenção integral a saúde da mulher. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei. v.2, n.1, mar/ago, 2007. Disponível em: <www.webciencia.com/01_aborto.htm>. Acesso em: 06 nov.2008.

GOBBI, Débora Rita. **O sonho da maternidade**: representação social de mulheres que vivenciaram abortamentos recorrentes. São Paulo: s.n; 2002.

GOUVEIA, Taciana; CAMURÇA, Silvia. **O que é gênero? um novo desafio para as trabalhadoras rurais**. 2 ed., Recife :SOS CORPO Gênero e cidadania, 1999.

JAGGAR, Alisson M.; BORDO, Susan R.. **Gênero, corpo e conhecimento**. Tradução de Britta Lemos de Freitas. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1977.

KENDRA, Cherry. **Guia About. Com**. Disponível em: <<http://psychology.about.com/od/pindex/g/prejudice.htm>>. Acesso em: 02 nov. 2010.

LEITE, Leonardo. **Aborto**. Disponível em: <www.webciencia.com/01_aborto.htm>. Acesso em: 06 nov. 2008.

LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. (org.). **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARIUTTI, Mariana Gondin; BOEMER, Magali Roseira. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, p. 59-71, 2003.

MARIUTTI, Mariana Gondin; FUREGATO, Antônia Regina Ferreira; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Relação de ajuda de enfermagem entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, p. 83-88, 2005.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.1, jan/fev. 2007

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo, organizadores. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.

MELO, Mônica Cecília Pimentel. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade**. 2007. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2004.

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cacília de Souza. **Violência e saúde na produção intelectual brasileira:** revisão bibliográfica. In: SEMINÁRIO METODOLOGIA DE PESQUISA EM VIOLÊNCIA E SAÚDE NA AMÉRICA LATINA, 1990, Santiago.

MISKOLCI, Richard. Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências. **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro v. 22, n.8, Ago. 2006.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; SILVA, Raimunda Magalhães. Competência profissional e assistência em anticoncepção. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 39, p.795-801, 2005.

MOTTA, Ilse Sodré. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife, v.5, n.2, abr/jun. 2005.

NEIVERTH, Isete Stibbe; ALVES, Gustavo Biasoli. Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**, Ribeirão Preto, São Paulo, v.12, n. 24, p.229-240, 2002.

NERY, Inez Sampaio et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Revista de Enfermagem da UERJ.** Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan.mar. 2006.

NETO, Mariana Moreira. A categoria ‘ Gênero’ consideração acerca de suas variações e validade. **Política e Trabalho**, set. 2009.

NOVELINO, Aída Maria. Maternidade: um perfil idealizado. **Caderno de Pesquisa de São Paulo.** N.65, p.21-29, 1998.

OLIVEIRA, C. C. et al. Ador e o controle do sofrimento (II). **Revista de Psicologia.** 2005. Disponível em: < [www. Icb. UFMG. BR/ ifp/ revista/ index_ revista. htm](http://www.Icb.UFMG.BR/ifp/revista/index_revista.htm)>. Acesso em mar. 2010.

OLIVEIRA, Maria C. de; LESSA, Nilcéia P.; MARINHO, Rosângela C. Alojamento conjunto para bebês saudáveis e de cuidados especiais/unidade canguru. In: MARGOTTO,

Paulo R. **Assistência ao recém-nascido de risco**. 2.ed. 2004. Disponível em:
<www.paulomargotto.com.br/documentos/04.doc>. Acesso em: 03 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para o sistema de saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. ROUQUAYROL, M. Z. ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro, 6 ed .MEDSI, 2003, p. 567-571.

PATTIS, Eva. **Aborto, perda e renovação**: um paradoxo na procura da identidade feminina. São Paulo: Paulus, 2001.

PEDREIRA, Carolina Souza. Sobre mulheres e mães: uma aproximação a teoria do cuidado. **Fazendo gênero 8- Corpo, violência e poder**. Florianópolis, 2008.

PEDROSA, Ivanilda Lacerda; GARCIA, Telma Ribeiro “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.

POLIT, Denise. F; BECK, Cheryl. Tetano; HUNGER, Bernadette. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Trad. Ana Thorrel. 5 ed. Porto Alegre: Artemed, 2004.

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos; VARGENS, Octávio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Marcia. Alojamento Conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília,v. 62, n.4, Jul/ Ago. 2009.

PIOVESAN, Flávia. Direitos reprodutivos. **Dicionário de Direitos Humanos**, 2006. Disponível em: < [HTTP://www..esmpu.gov.br/dicionario/tiki-print.php?page=Direitos%20reprodutivos](http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-print.php?page=Direitos%20reprodutivos)>. Acesso em: 31 mai. 2009.

REIS, Caroline Silva Andrade. **Uma revisão de literatura sobre aborto provocado e o aborto espontâneo**, jul. 2009. Disponível em: <www.webartigos.com/...Revisao-de-

Literatura. Aborto-Provocado-e...Aborto-Espontaneo/pagina1.html>. Acesso em: 10 out. 2009.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SÁNCHEZ, Sara Berbel; PEYRÍ, Maria Tereza Pi-Sunyer. **El Cuerpo Silenciado**: una aproximación a la identidad femenina. Primera edición. Barcelona: Viena Ediciones, 2001.

SANTANA, Tânia Cristina Fernandes de Freitas; COELHO, Thereza Christina Bahia. Planejamento Familiar e Integralidade em um Sistema Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.29, n.2, p.214-225, jul-dez, 2005.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo:Cortez Editora, 2003.

SANTOS, Alba Lúcia Dias dos, ROSENBRUG Cornélio Pedroso, BURALLI Keiko Ogura. Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 268-276, 2004

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

SCMIDT, Maria Luiza Soares; BONILHA, Ana Lucia de Lourezi. Alojamento Conjunto: expectativas do pai com relação ao cuidado de sua mulher e filho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), 2003, v. 24, n.03, p.316- 324, dez. 2003.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, p. 71–99, jul./dez. 1995.

SILVA, Nanci S. **Gênero e Trabalho Feminino**: Estudo sobre as representações de aluno/as dos cursos técnicos de Desenho Industrial e Mecânica do CEFET/PR. 2000. Dissertação (Mestrado em Tecnologia) – Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, Curitiba, 2000.

SIMONETTI, Cecília; SOUZA, Lena; ARAÚJO, Maria José Oliveira. **Dossiê-A realidade do aborto inseguro na Bahia: a ilegalidade da prática e seus efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana**. Salvador, SEMUR, 2008.

SOARES, Aínda Valéria Neves; SILVA, Isília Aparecida. Representações de puérperas sobre o sistema de alojamento conjunto: do abandono ao acolhimento. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo v.2, n.37, Jun. 2003.

SOUZA, Tatiana; CASCAES, Tânia Rosa. F. Gênero e poder: Categorias úteis na análise histórica da ciência e da tecnologia. Divers. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, , v.1, n.0, p. 83-89, jul./ dez. 2008

SOUZA, Vera Lúcia Costa. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto**. 2000: (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

SOUZA, Zanety Conceição Silva do Nascimento. **O aborto provocado no contexto de violência doméstica: o discurso das mulheres**. 2009: Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2002.

ZAGONELI, Ivete Palmira Sanson et al, O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 2 p. 24 – 32, 2003. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em: 02 Nov.2010.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998. 204p.

APÊNDICE A - INFORMAÇÕES (ÀS) ENTREVISTADAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Pesquisa: Significado da internação no alojamento conjunto para mulheres em situação de pós- abortamento.

Eu, Michelle de Santana Xavier, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob orientação da Professora Doutora Mariza Silva Almeida, venho convidá-la para participar da pesquisa intitulada “*Significado da internação no alojamento conjunto para mulheres em situação de pós- abortamento*” Sua participação contribuirá para a construção desta pesquisa.

Estabelecemos como objetivo:

- Analisar o significado da internação no alojamento conjunto para as mulheres em situação de pós-abortamento

Com este documento, fornecemos informações sobre a pesquisa, para a sua compreensão e possível participação, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, de 10 de outubro de 1996.

Será assegurado o anonimato das entrevistadas e das informações nos resultados e na apresentação do relatório final. Você é livre para consentir ou manifestar recusa no que diz respeito à sua participação na sua construção, a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum tipo de punição. Informamos que a entrevista não apresenta riscos às imagens pessoal, profissional ou institucional das informantes, não implicará despesas pessoais e nem afetará as rotinas durante a sua internação no hospital e o único risco é o desconforto inerente à entrevista.

Você receberá uma cópia deste termo e se desejar terá acesso à gravação da entrevista, podendo acrescentar ou retirar qualquer informação após ouvir a fita. Com isto, poderá a qualquer momento esclarecer suas dúvidas a respeito do projeto e/ou de sua participação, podendo entrar em contato com a pesquisadora através do telefone e e-mail escritos abaixo.

Informamos que as informações obtidas ficarão em minha posse, na condição de pesquisadora responsável pelo projeto e que as despesas do projeto ocorrerão por conta das pesquisadoras. Não haverá benefícios financeiros, quer seja para nós como pesquisadoras ou para as participantes.

Os dados serão coletados através de um formulário com um roteiro de entrevista dividido em duas partes, a primeira contendo dados de identificação, perfil socioeconômico, gineco-obstétricos e hospitalares e a segunda com perguntas abertas e gravador de voz, a qual ocorrerá em um local reservado dentro da própria instituição hospitalar a fim de assegurar a

sua privacidade e integridade das falas. O material (gravação e formulário) será guardado por cinco anos, juntamente ao relatório final desta pesquisa, e após este período, serão destruído e/ou ficará à sua disposição.

Os resultados da Pesquisa serão transformados em artigos, na dissertação capítulos de livro e/ou apresentados em eventos científicos. As transcrições do conteúdo das entrevistas estarão disponíveis para análise em qualquer tempo.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicitamos sua assinatura e/ou impressão digital, caso concorde em participar. Você poderá desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem quaisquer prejuízos.

Atenciosamente,

Michelle de Santana Xavier
Mestranda da Escola de Enfermagem da UFBA

Profª Drª Mariza Silva Almeida
Pesquisadora responsável

Contatos: Escola de Enfermagem da UFBA - Rua Augusto Viana S/N, Campus do Canela, Canela, Salvador-Ba, CEP 40110-060. Telefone: 3283-7618. email: marizaal@yahoo.com.br, michellesxavier@gmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Após a leitura do conteúdo do texto **Informações às Entrevistadas**, e receber esclarecimentos sobre a pesquisa intitulada “*Significado da internação no alojamento conjunto para mulheres em situação de pós- abortamento*” declaro que estou devidamente esclarecida sobre a proposta do estudo e seu objetivo.

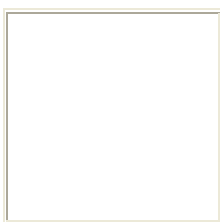
Ao participar, terei a garantia de receber respostas das pesquisadoras, pessoalmente ou por telefone, a qualquer momento, sobre qualquer dúvida referente à pesquisa, assim como acerca dos procedimentos, finalidades, riscos, benefícios e outros assuntos a ela relacionados antes, durante e após a pesquisa.

Estou esclarecida de que me é dado o direito de desistir do estudo a qualquer momento e que minha recusa em participar ou minha desistência no desenvolvimento do mesmo, não terá nenhum tipo de punição, assim como não terei nenhuma despesa ou remuneração com a execução desse projeto.

Entendi que não correrei riscos à minha imagem, que terei a segurança de que não serei identificada no relatório da pesquisa e nas publicações que dela originarem. O material será guardado sob a responsabilidade das pesquisadoras por cinco anos. Após esse prazo, obterei o material caso eu deseje.

Diante do exposto, venho registrar que estou devidamente esclarecida, que não fui coagida e aceito o convite para participar da entrevista.

Salvador, _____ de _____ de _____.



Pesquisado(a)
Polegar direito

Mariza Silva Almeida
Pesquisadora responsável

Michelle de Santana Xavier
Mestranda da Escola da Enfermagem de UFBA

Assinatura da entrevistada

Contatos: Escola de Enfermagem da UFBA - Rua Augusto Viana S/N, Campus do Canela, Canela, Salvador-Ba, CEP 40110-060. Telefone: 3283-7618. email: marizaal@yahoo.com.br, michellesxavier@gmail.com

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PESQUISA: Significado da internação no Alojamento Conjunto e para mulheres pós- abortamento.

I-DADOS SÓCIODEMOGRÁFICO

1-IDENTIFICAÇÃO

Nome: -----(iniciais)

Idade:

Cor ou Raça: () negra () branca () amarela () parda () indígena

Cidade em que reside:- -----

Renda Familiar: () menos de um salário mínimo () 1- 2 salários () 3-4 salários () 5 salários () mais que 5 salários

Número de pessoas que moram no lar-----

Grau de escolaridade

() Analfabeta

() Alfabetizada

() Antigo primário

() Fundamental ou 1º grau incompleto () Fundamental ou primeiro grau completo

() Ensino médio ou 2º grau incompleto () Ensino médio ou segundo grau completo

() Superior incompleto () Superior completo

Profissão/Ocupação:- -----

Situação conjugal: () solteira () casada () união consensual

() viúva () divorciada () desquitada ou separada judicialmente

Convive com o companheiro: () sim () não Há quanto tempo-----

II-DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Número de gestações:- -----Número de partos:- -----
Complicações em gestações anteriores: ()sim ()não Quais:-----
Número de filhos vivos:- ----- Idade:- ----- Co-habitam: ()sim ()não
Gravidez planejada: () sim () não
Gravidez desejada: ()sim ()não
Dias de internação:- -----
Dias de internação nesta unidade (AC):- -----

III- A EXPRESSÃO DO SIGNIFICADO DE ESTAR INTERNADA NO ALOJAMENTO CONJUNTO

1. O que é para a senhora ficar internada junto com outras mulheres e seus recém-nascidos?
2. A senhora identifica aspectos positivos e/ou negativos de estar aqui internada junto com outras mulheres e seus recém-nascidos? Quais são?
3. A senhora pode dizer o que significam para a senhora as orientações e/ou atividades que são devolvidas pelos profissionais de saúde com as mães e seus respectivos filhos neste espaço de internação?
4. A senhora tem alguma sugestão que possa contribuir no atendimento/cuidado às mulheres aqui internadas em situação de pós-abortamento?

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP

PARECER

Temos satisfação de comunicar que o seu projeto de Pesquisa - Protocolo de nº 014.2010 abaixo especificado analisado consubstancialmente pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na Reunião Ordinária realizada em 13.5.2010, na sala do CEPEE.UFBA, situada no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi considerado **APROVADO** pelo Plenário.

Título do Projeto: “Significado da internação no alojamento conjunto para mulheres em situação de pós abortamento”

Pesquisadoras Responsáveis: Mariza Silva Almeida

Demais pesquisadores: Michelle Santana Xavier

Data da apreciação do CEPEE/UFBA, 13.05.2010.

OBSERVAÇÃO: As autoras deverão apresentar os relatórios parciais a cada 6 (seis) meses e o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP conforme disposto na Resolução 196/96.

Salvador, 22 de maio de 2010.

Darci de Oliveira Santa Rosa
Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN-Ba 12.123