

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL SOFRIDA POR MULHERES INTERNADAS EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

INSTITUTIONAL VIOLENCE SUFFERED BY WOMEN ADMITTED IN THE PROCESS OF ABORTING

VIOLENCIA INSTITUCIONAL SUFRIDA POR MUJERES INTERNADAS EN PROCESO DE ABORTAMIENTO

Clísya Dias Bertino Bispo¹
Vera Lúcia Costa Souza²

Estudo de natureza qualitativa, pretende analisar a percepção de mulheres internadas com história de abortamento sobre a violência institucional, em um hospital público em Feira de Santana (BA). Os dados mostraram que as mulheres internadas para tratamento por complicações pós-aborto estão submetidas a diversas manifestações de violência institucional. Neste trabalho, elas foram agrupadas em três subcategorias: a violência na relação usuária-sistema de saúde, a violência na relação usuária-instituição de saúde e a violência na relação usuária-profissional de saúde. O enfoque de gênero e de violência contra a mulher constituiu o referencial teórico que fundamentou a análise das categorias emergentes. Consideramos que a violência institucional vivenciada pela mulher em processo de abortamento está diretamente relacionada à desumanização da assistência prestada a essa mulher.

PALAVRAS CHAVES: Violência contra mulher. Aborto. Serviço de saúde.

The study of a qualitative nature intend to analyze the perception of women, admitted to hospital with a history of abortion, of institutional violence, in a public hospital in Feira de Santana (BA). The data showed that the women who had been admitted to hospital for treatment of post-abortion complication are subjected to several kinds of institutional violence. In this study, which were grouped into three categories: violence of the health care system against women; violence of the institution against women; and violence of the medical staff against women. The focus on gender and violence against woman constituted the theoretical basis for the analysis of the emergent categories. This way that the institutional violence suffered by women in the process of aborting is directly related to be dehumanization of the assistance offered to women.

KEY WORDS: Violence against woman. Abortion. Service of health.

Estudio de naturaleza cualitativa que pretende analizar la percepción de las mujeres internadas con historia de abortamiento sobre la violencia institucional, en un hospital público en Feira de Santana (BA). Los datos mostraron que las mujeres internadas para tratamiento por complicaciones postaborto, estan sometidas a diversas manifestaciones de violencia institucional. En este trabajo, las mujeres fueron agrupadas en tres subcategorías: la violencia en la relación usuária-sistema de salud; la violencia en la relación usuária-institución de salud y la violencia en la relación usuária-profesional de salud. El enfoque de género y de violencia contra la mujer constituyó el referencial teórico que fundamentó el análisis de las categorías emergentes. Consideramos que la violencia institucional vivenciada por la mujer en proceso de abortamiento está directamente relacionada a la deshumanización de la asistencia ofrecida a esa mujer.

PALABRAS CLAVE: Violencia contra la mujer. Aborto. Servicio de salud.

¹ Instrutora do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município de Castro Alves, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do município de Governador Mangabeira, professora da Escola de Auxiliar e Técnico de Enfermagem Maria Nilza, membro do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM).

² Mestre em Enfermagem, Coordenadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM), Professora Assistente da Área de Concentração de Atenção à Saúde da Mulher Criança e Adolescente da Universidade Estadual de Feira de Santana, pesquisadora do Núcleo Interinstitucional de Estudos sobre Violência e Saúde (NIEVS).

INTRODUÇÃO

A proposta de estudarmos a percepção de mulheres internadas por abortamento diante da violência institucional surge como perspectiva de melhoria da assistência a elas prestada dentro dos serviços de saúde. Este estudo apresenta-se como uma maneira de romper o silêncio, para revelar como percebem o atendimento que é prestado pelos profissionais de saúde.

Reconhecemos que essas mulheres, ao procurar o hospital devido às complicações pós-aborto, recebem o atendimento dos profissionais que visa a tratar a condição de risco de vida que apresentam, contudo não saem satisfeitas com o atendimento recebido no serviço de saúde, visto que o reconhecem como desumano e discriminatório. O estudo teve como objetivos: analisar a percepção da mulher internada no serviço de saúde por abortamento sobre a violência institucional; identificar os diversos tipos de violência institucional vivenciada pelas mulheres internadas no serviço de saúde por abortamento; descrever as características dos diversos tipos de violência institucional vivenciada pelas mulheres internadas em um serviço de saúde.

Foi possível analisar a percepção das entrevistadas sobre a violência institucional, com base no conceito “[...] da percepção como uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e significados que fazem parte do mundo e vivências de quem o percebe.” (CHAUI, 1985, p.122).

CAMINHO METODOLÓGICO

O espaço empírico selecionado foi o Hospital Inácia Pinto dos Santos, localizado no município de Feira de Santana (BA). Este hospital é credenciado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e foi escolhido por ser uma instituição que desenvolve ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em ambulatório e unidade de internação. O período da coleta de dados da pesquisa foi no mês de junho de 2000, com visitas nas tardes das quartas e sextas-feiras ao hospital.

Para o desenvolvimento da etapa de coleta de dados, inicialmente, o projeto foi encaminhado à diretoria do hospital, informando sobre a pesquisa e solicitando permissão para o acesso à instituição. As respondentes foram informadas sobre o objetivo do estudo, sendo-lhes assegurado o anonimato, o sigilo dos conteúdos das entrevistas, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Pesquisa com Seres Humanos, além do direito de não participar da pesquisa em qualquer momento e do consentimento verbal para transcrição das falas.

Optou-se pela entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de dados, na qual a informante teve a possibilidade de discorrer sobre sua experiência em todo processo de abortamento e o atendimento recebido, com respostas livres e espontâneas.

O tratamento e análise dos dados foram operacionalizados, conforme proposto por Minayo (1994), constituindo-se da ordenação, classificação e análise final dos dados. Com base nas falas das entrevistadas, foram criadas três categorias: a violência na relação usuária-sistema de saúde, a violência na relação usuária-instituição de saúde, a violência na relação usuária-profissionais de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados coletados nas entrevistas, foi possível traçar o perfil das entrevistadas de acordo com os seguintes parâmetros: idade, escolaridade, estado civil, profissão, renda, cor, procedência, tipo de aborto e número de abortos. Sabemos que estas variáveis podem interferir na maneira que a mulher internada por aborto percebe a violência institucional vivenciada.

Foram entrevistadas nove mulheres que, neste trabalho, receberam nomes fictícios, na faixa etária entre 19 e 39 anos, sendo uma adolescente, três jovens e cinco adultas. Houve predominância de mulheres com ensino fundamental completo, constando também do ensino básico incompleto e completo e não alfabetizada. Seis das entrevistadas

são solteiras e três são casadas. Este dado coincide com os dados de Souza et al. (1998), que encontraram uma frequência maior de aborto entre mulheres solteiras. Segundo essas autoras, a maioria das mulheres sem companheiro tem dificuldade de sustentar o filho e decide abortar. Quanto à cor, observa-se que cinco das entrevistadas são pardas, duas são brancas e duas são negras. Com relação à profissão, seis entrevistadas enquadram-se na categoria do lar, havendo uma auxiliar de enfermagem, uma manicure e uma estudante. Assim, dentre as participantes, apenas uma tem renda formal com carteira assinada.

VIVÊNCIA DO ABORTO

Com relação à história do abortamento, houve cinco casos de aborto provocado e quatro casos de abortamentos espontâneos. As cinco mulheres que provocaram o aborto referiram ter utilizado chás, Citotec e medicação abortiva por via vaginal. Destas, apenas duas relataram mais de um aborto provocado; nos casos de aborto espontâneo, as mulheres alegaram desconhecer a causa do abortamento. Todas foram internadas por complicações pós-aborto devido a hemorragias, febre e cólicas fortes, sendo submetidas à curetagem.

O aborto é um acontecimento vivido de maneiras variadas, mas sempre provido de grande carga emocional. Em seus relatos, as mulheres expressaram culpa, medo, pena, dor, tristeza, sensação de perda e solidão.

Marta e Sheila expressaram o sentimento de solidão ao falarem sobre o aborto:

“A gente assume isso sozinha, podendo até morrer; continua aqui no hospital sozinha. Eu fiquei tão confusa, sentia medo, culpa, dor, pena da criança que eu tirei. Fiquei com medo do que ia acontecer comigo, de Deus, do que todo mundo ia pensar, como ia ser tratada no hospital.”

“Ninguém está do meu lado, só eu e mais ninguém, nem meu marido.”

Os discursos acima revelaram que a decisão de abortar é solitária; não há um acompanhamento por parte do companheiro. O fato de estar em um ambiente diferente, completamente isolada da família e exposta a atitudes de hostilidade dos profissionais, intensifica essa solidão.

As mulheres que tiveram o aborto espontâneo, além dos sentimentos descritos anteriormente, mencionaram ainda a sensação de perda e tristeza, como revela o discurso de Estela:

“Eu não queria perder meu filho; é uma tristeza muito grande. Eu já estava comprando as roupinhas, ia ser meu primeiro filho.”

Conforme o depoimento, a experiência do aborto é descrita como difícil, representando um duro fardo nos ombros das mulheres que decidem fazê-lo. Segundo Ziporli (1998, p.56): “A mulher que aborta encontra-se em conflito, gerando auto-estima comprometida, fantasias de punição, tensão emocional, ambivalências, insegurança, ansiedade, rejeição, dúvida, culpa e medo.”

Percebemos, nos casos de aborto espontâneo, que além dos sentimentos citados acrescenta-se a sensação de perda, que coincide com trabalho realizado por Souza (2000).

PRÁTICAS MÉDICAS COMO EXERCÍCIO DE PODER

O exercício do poder das práticas médicas refere-se a uma prática em que o médico, como os demais profissionais de saúde, representam autoridades que decidem sobre a vida da cliente ou usuária do serviço de saúde.

Para Araújo (1998, p.34), as práticas médicas refletem o poder que esses profissionais têm sobre sua clientela quando, por exemplo, “[...] negam atendimento às mulheres nos casos de abortamento previstos por lei; retiram útero, ovários e seios de forma abusiva, alegando a cura e prevenção de doenças.”

É por meio do exercício do poder que existe a possibilidade de alguém decidir sobre a vida do outro, obrigando, proibindo ou impedindo a liberdade. Que “[...] o exercício de controle e de

submetimento produz e reproduz situação de violência, abuso de poder e coerção” dizem Herreiras e Hernández (1997, p.47).

Deste modo, verifica-se que o abuso de poder é uma prática corriqueira nos serviços de saúde, tanto que Patrícia relatou que não sabia o que era a curetagem e porque seria necessária a realização de tal procedimento, a despeito de ter questionado o médico sobre suas dúvidas:

“Eu perguntei ao médico o que era curetagem e por que ia ter que fazer, ele disse que ele é quem decide o que vai fazer.”

A condição histórica da mulher demonstra que ela não é dona de seu corpo, pois na maioria das vezes só existe como objeto para os outros ou em função de outros. É importante salientar que as mulheres desconhecem e consideram que seu próprio corpo dá muito trabalho, pois dói, sangra, pare, tendo, portanto, a necessidade constante de ir ao médico.

De acordo com D'Oliveira (1996), os médicos utilizam-se dessa noção de que o corpo da mulher é inferior e o classificam como naturalmente patológico, apressando-se em medicar as mazelas deste corpo. Mas este alívio tem um preço: a submissão aos rituais desumanizados, agressivos, vexatórios e dolorosos. Solitárias em seu corpo defeituoso e desconhecido, as mulheres buscam sua saúde e saem dos consultórios com mais uma terapêutica, porém continuam a desconhecer seu próprio corpo. Esse desconhecimento coloca-a em uma posição de submissão em relação ao poder médico. Deste modo, para estes profissionais da saúde, este entendimento torna-se interessante à manutenção dessa condição de inferioridade construída no decorrer da história.

Dentro dessa visão, as mulheres estão sujeitas ao domínio médico e às práticas que as violentam, disciplinam e controlam. Menicucci (1998, p.24) refere que, para a Medicina, o corpo da mulher adquire “[...] dimensão de objeto, um corpo meramente biológico e passível de invasão, de um exercício sobre o qual não é necessário autorização ou consentimento.”

Fernanda revelou que não queria ser examinada por um médico, mas, a despeito de ter verbalizado sua vontade ao profissional de saúde, não teve poder de escolha:

“Eu fiquei com vergonha, não queria ser examinada por médico, eu prefiro uma médica, mas ele não me deixou escolher.”

Percebemos que, ao tentar participar das decisões quanto à assistência oferecida, as mulheres encontram no poder médico um difícil obstáculo a ser superado. Isto porque, segundo Foucault (1998, p. XX): “O corpo é ao mesmo tempo objeto e alvo de poder, agregando-se a ele um significado técnico-político, enquanto elemento que permite exercer constante vigilância sobre ele.”

Desta forma, a mulher não tem autonomia para decidir sobre seu corpo e sua saúde, submetendo-se ao poder dos profissionais de saúde, independente de ser do sexo masculino ou feminino.

Carla e Patrícia reconheceram o poder médico para decidir sobre seu corpo:

“Eu cheguei com o laudo, a médica daqui não me examinou. Ela só leu o laudo da ultrasonografia e disse que ia fazer curetagem. Eu falei com ela para fazer a endovaginal que a outra médica mandou e eu não fiz. Ela disse que o trabalho dela, ela sabia fazer e foi muito ignorante comigo.”

“Eu perguntei por que perdi meu filho, ele disse que se fosse me explicar eu não ia entender. A gente não sabe mesmo, dessas coisas de doença é eles quem sabe, a gente tem é que fazer como eles dizem.”

Embora se sentissem insatisfeitas e frustradas com determinadas atitudes dos profissionais de saúde, estas mulheres não reconheceram o uso de poder como violência, a despeito do mal-estar que tais atitudes provocaram.

Dentro dessa perspectiva, a violência se estabelece devido a uma relação assimétrica, porque, além das desigualdades de gênero, os profissionais (detentores do saber), esperam que a

mulher (objeto da aplicação desse saber) seja passiva e inerte, alienada, sem poder de escolha.

MANIFESTAÇÕES DA VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

A análise que se segue parte das falas das mulheres sobre o atendimento recebido durante o processo de abortamento e busca descrever como estas mulheres percebem a violência sofrida, além de identificar as dimensões que a violência assume.

De acordo com Pimentel (1994, p.25), a Organização dos Estados Americanos (OEA) entende que “[...] a violência contra a mulher é definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada.”

Solicitadas a relatarem o motivo da procura do serviço e o atendimento recebido, as entrevistadas descreveram-no com riqueza de detalhes, permitindo-nos construir três categorias: a violência na relação usuária-sistema de saúde, a violência na relação usuária-instituição de saúde e a violência na relação usuária-profissionais de saúde.

Para Nogueira (1994), no contexto de saúde, a violência institucional é aquela que se estabelece na relação da clientela com os serviços de saúde e diz respeito à falta de acesso tanto quanto à sua má qualidade. Podemos estender também às próprias relações entre clientes e profissionais de saúde, dentro das instituições que atendem a população feminina.

Violência na relação usuária-sistema de saúde

Esta categoria de violência, presente na relação usuária-sistema de saúde, é definida como a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias. É um tipo de violência relacionada ao sistema de saúde, observada pelo descaso, pela negligência e até pelo grau máximo de omissão ou da inexistência do serviço (NOGUEIRA, 1994).

No estudo, ela se expressa pela inexistência do serviço no município de origem da usuária, visto que a maioria das mulheres entrevistadas foi transferida de outros municípios. Algumas por falta de hospitais, outras por falta de equipe de saúde ou também por falta de equipamentos.

Marta, Luisa e Renata descreveram a peregrinação na busca do atendimento, pois, nos Municípios em que residem, não conseguiram atendimento:

“Aí eu fui ao médico lá em Santo Amaro; ele disse que ia precisar fazer curetagem, e que só aqui fazia.”

“Lá em Riachão do Jacuípe não tinha médico pra fazer a curetagem; aí me mandaram pra cá.”

“Eu sou de Irará, lá não tinha médico e eu tinha que fazer a curetagem; aí a médica particular disse que eu devia vir pra Feira.”

Podemos observar que a implantação efetiva e imediata do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, tornou-se uma realidade como programa em nosso país, com estreita relação com o SUS. Passados dezessete anos, o quadro não mudou, mantendo-se a implementação de uma assistência que não atende à mulher de forma integral. Segundo Corrêa (1998, p.79), o parágrafo 8.25 do Código Penal refere:

Todos os governos [...] são instados a reforçar seus compromissos com a saúde da mulher, a considerar o impacto de um aborto inseguro como um problema de Saúde Pública [...] Todas as medidas com relação ao aborto no sistema de saúde só podem ser definidas, no âmbito nacional ou local, de acordo com o processo legislativo nacional. Em todos os casos as mulheres devem ter acesso a serviço de saúde de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto.

Desta forma, independente do tipo de aborto, as mulheres têm o direito ao acesso a serviços de saúde de qualidade para o tratamento de complicações resultantes do aborto. Observa-se, no entanto, que faltam equipamentos e profissionais para o atendimento nos locais de

procedência, fazendo com que as mulheres peregrinem por várias instituições em busca de atendimento, o que constitui uma forma de violência, porque a demora no atendimento põe em risco a vida da mulher.

Violência na relação usuária-instituição de saúde

Estamos falando da violência presente na relação usuária *versus* prática dentro dos serviços de saúde, tal como exposto por Nogueira (1994). Ela se expressa nas rotinas institucionais que estão presentes desde o momento da admissão das pacientes no serviço de saúde.

O setor de recepção das pacientes no serviço de saúde é o primeiro contato das mulheres com o serviço. Constitui-se em uma rotina da instituição que funciona ininterruptamente e é com base no preenchimento da ficha de atendimento que a mulher é encaminhada para ser examinada pelo médico. Após exame e diagnóstico médico, essa mulher, de acordo com a necessidade, será encaminhada para as dependências hospitalares ou retornará para casa. Os pertences da paciente são entregues à família. Quando esta não se encontra presente, são deixados na portaria do hospital, para serem entregues quando a mulher receber alta. Ao ser admitida na enfermaria, a mulher é submetida ao exame físico; a depender do quadro clínico e da indicação médica, continuará ou não internada para realização de curetagem. Após esse procedimento cirúrgico, a mulher permanece na instituição por vinte e quatro horas em média.

Percebemos que as rotinas hospitalares acabam despersonalizando a mulher, quando as rotinas de vida são ignoradas. A mulher torna-se propriedade da equipe de saúde. Todos têm controle sobre seu corpo. Já na entrada do hospital, ela se depara com uma gama de fatores de afastamento. Ela é separada da família, são retirados todos os seus pertences, é colocada em um ambiente desconhecido, entre pessoas que não conhece. As informações oferecidas pelos profissionais de saúde são sempre expressas com ordens de quando deitar, quando levantar, quando tomar

banho, não gritar, não chorar. Também na recepção, a paciente recebe a roupa da instituição, uma espécie de roupão padronizado, que muitas vezes não é adequado a suas medidas.

Renata relatou o incômodo, a inibição e o desconforto que sentiu ao usar as vestes hospitalares, visto que sua individualidade não foi considerada.

“Porque a gente precisa usar essa roupa? Eu poderia muito bem vestir a camisola. Eles deixam a gente andando pelo hospital quase nuas, sem calcinha, descalça, é horrível.”

Segundo Bettinelli (1998), nos serviços de saúde, ignoram-se os valores, crenças, hábitos e costumes, impondo-se normas institucionalizadas; as rotinas, muitas vezes inflexíveis, dificultam o cuidado e tornam o ser humano objeto da assistência.

O banho acontece no horário das seis horas da manhã. As mulheres que têm condições físicas tomam banho sem acompanhamento; as que se encontram impossibilitadas são acompanhadas pelas auxiliares de enfermagem. Renata e Fernanda expressaram não concordar com o horário estabelecido para o banho, pois acharam que era muito cedo:

“Eles acordam a gente muito cedo para tomar banho.”

Percebemos que a organização do serviço, os horários de atendimento e as rotinas utilizadas se dão mais em função da necessidade da instituição e comodidade dos profissionais do que das usuárias.

Violência na relação usuária-profissionais de saúde

Na relação profissional de saúde e usuária do serviço perpassam relações de poder em que o corpo da mulher é considerado objeto do trabalho. Espera-se da mulher uma atitude de submissão, de obediência, de passividade, de silêncio e de aceitação da autoridade do profissional como aquele que tem o direito de controlar e prescrever os horários, as expressões, a mobilidade, entre outros comportamentos.

A violência surge exatamente pela dominação que o profissional postula ter sobre o corpo da mulher, numa relação hierárquica em que este ocupa a posição de senhor do saber, podendo valer-se disso para usar de autoridade e decidir o que é direito ou não da mulher e, até mesmo, punir ou agredir. Deste modo, segundo Minayo (1990, p. 8): “A violência é produzida através de relações sociais, podendo materializar-se em atos, palavras, costumes, práticas institucionalizadas ou difusas.”

As mulheres avaliaram que a relação interpessoal é insatisfatória e que os profissionais só desenvolviam suas tarefas visando ao tratamento da doença, não se interessando pela pessoa. As entrevistadas perceberam o médico como responsável pelo diagnóstico e tratamento, como expressaram Luisa e Estela em suas falas:

“Os médicos são piores que as enfermeiras; não chegam perto da gente, ficam lá naquele balcão lendo os papéis. Eu não sei como eles vão saber que remédio eu preciso tomar.”

“Eles querem saber o que você tomou para abortar; ninguém pára pra conversar, ouvir o que eu estou sentindo. Não se preocupam com ninguém, só fazem o tratamento.”

Com relação à enfermeira, as entrevistadas perceberam maior interesse por parte destas profissionais, como podemos observar nos discursos de Luisa e Patrícia:

“A enfermeira vem aqui, pergunta se estou com dor, mas também não conversa muito comigo.”

“As enfermeiras são melhores que os médicos; elas vêm, fazem exame, olham a gente, pra ver se está sangrando.”

As auxiliares de enfermagem foram vistas como aquelas que realizam cuidados mais diretos. Fabiane expressou essa percepção:

“A auxiliar que me ajudou no banho.”

Nessas falas, observamos que a visão biologicista e tecnicista leva à inversão de valores no atendimento, pois o profissional restringe o

atendimento às necessidades imediatas, voltadas para o tratamento da patologia, desconsiderando a dimensão subjetiva da mulher e transformando suas atividades em resoluções burocrático-administrativas (BETTINELLI, 1998).

As violências presentes na relação profissional-usuária, descritas pelas entrevistadas, foram agrupadas em violência emocional e violência física. A violência emocional caracteriza-se por atitudes do profissional expressas em táticas de controle como: ausência ou omissão de cuidados, desinteresse, castigos, ameaça, despersonalização, preconceito, indução, críticas, abuso de poder, desrespeito à auto-imagem e privacidade e atitude depreciativa.

Ausência ou omissão de cuidados

Segundo o relato de algumas entrevistadas o atendimento nos horários noturnos era inadequado e, muitas vezes, ausente. Fabiane e Renata descreveram seu sofrimento durante a noite e referiram a ausência do profissional para atendê-las, embora tivessem gritado muito:

“O pior aqui é de noite; a coisa pega. A gente não vê nem as enfermeiras. Grita, grita e ninguém aparece.”

“De noite é pior; eu estava com febre, tremendo, fiquei com medo de morrer, chamei a enfermeira, ela não apareceu. Parece que quanto mais a gente grita, menos atenção elas dão.”

Os discursos acima mostram uma atitude de violência devido à negligência aos sinais e sintomas de complicação pós-abortamento, o que põe em risco a vida destas mulheres. Renata relatou duas situações de omissão de cuidados por parte dos profissionais:

“Eu estava tonta ontem, a auxiliar disse que ia voltar para me ajudar no banho; ela não voltou e eu só tomei banho hoje [...] O médico quando entrou aqui no quarto deu uma olhada da porta e saiu, então eu gritei, ele nem olhou para trás.”

Os relatos evidenciam que, não obstante ser garantido constitucionalmente, o atendimento à

saúde é oferecido de forma inadequada, desumana, parecendo haver um descaso em relação ao alto índice de morbimortalidade devido às complicações pós-abortamento.

Desinteresse

Este é demonstrado pela falta de interesse em conhecer as necessidades da usuária. Evidencia-se quando o profissional não escuta, não responde, não informa sobre os procedimentos realizados, não dá atenção, não respeita os sentimentos e as opiniões que a mulher está verbalizando. Durante a consulta, a mulher tenta expor seu problema e espera estabelecer um diálogo; os profissionais, porém, dirigem automaticamente a consulta, não lhe permitindo que opine.

Castro e Bronfman (1983) referem que os profissionais utilizam estratégias sutis de condução da consulta, geralmente iniciando com perguntas e concluindo com ordens.

Sheila, Carla e Patrícia relataram que o profissional não demonstrou nenhum interesse em estabelecer um diálogo e que eles dirigiram automaticamente a consulta, não permitindo suas participações:

“O médico nem deu muita importância para o que eu estava falando; acho que ele nem tava prestando atenção.”

“Eu falava e a médica nem olhava para meu rosto; ficava só lendo uns papéis e assinando.”

“Até agora não sei por que perdi meu filho, ninguém explica nada. Você pergunta, os médicos não respondem, ou dizem que vão voltar e não voltam.”

Não há um interesse por parte dos profissionais de saúde em saber como a mulher se sente, na situação que está vivenciando; não se averigua a natureza do aborto e, muito menos, os fatores ou motivos que as levam a abortar. De acordo com Bettinelli (1998), para o profissional de saúde prestar um bom atendimento, o diálogo é um imperativo imprescindível para iniciar a relação. Assim, a falta de diálogo e de orientação dificultam a relação do cuidado.

Castigos

Os castigos são adotados pelos profissionais de saúde como uma forma de punição, para que as mulheres não voltem a praticar o aborto. Fernanda e Sheila perceberam a demora no atendimento como uma forma de punir quem aborta:

“Eu passei a noite toda para fazer a curetagem, todo mundo pariu; eu só fui fazer hoje de manhã. Eles demoram de atender quem faz aborto.”

“Eu sei, eles castigam a gente que faz aborto pra não fazer outra vez.”

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. Dessa maneira, Leocádio (1998, p.102) assinala: “O profissional promove julgamento e aplica penas, fazendo justiça com as próprias mãos.”

Ameaça

A ameaça é uma forma de violência para tentar manter a mulher sob domínio. Expressa-se por meio de gritos, acesso de raiva e ameaça de não prestar atendimento. Como resultado, a mulher sente constrangimento, medo e obedece. Patrícia e Estela relataram ameaças sofridas:

“O médico disse que era melhor eu dizer a verdade, que eu ia morrer e não ia saber o que foi.”

“A enfermeira disse que se eu voltasse a gritar, ela não iria vir da próxima vez que eu chamasse.”

Os profissionais de saúde utilizam seu poder, ameaçando as mulheres, fazendo com que se sintam temerosas e culpadas. Fica evidente o despreparo dos profissionais de saúde para atender a essas mulheres e compreender o momento conflituoso e de intensa carga emocional que estão vivendo.

Preconceito

No hospital, parece existir uma nítida diferença na forma de atendimento das mulheres internadas

para o parto ou/e para o aborto, independente de ser espontâneo ou provocado. Tal fato foi percebido por Patrícia e Fernanda:

“Comigo foi ruim o atendimento do parto, porém agora eu acho que eles atendem melhor o parto, porque eles não apóiam quem faz aborto.”

“Quando a gente chega aqui no hospital massacram a gente que faz aborto. O médico dá bronca.”

Segundo Ferreira e Paiva (1997), esse preconceito se acentua, pois os serviços que atendem casos de abortamento são, em sua maioria, maternidades, instituições idealizadas para o atendimento à principal função da mulher, colocada pela sociedade: a de ser mãe. Como o aborto é a negação do papel feminino e da finalidade para a qual a instituição foi criada, representa um ato criminoso, com possibilidade de implicações legais para a mulher que o pratica.

Indução

As mulheres são prontamente induzidas a declarar que fizeram aborto, para que o diagnóstico e posterior tratamento seja definido. Sistemáticamente, as mulheres são acusadas (culpadas) por terem cometido aborto, mesmo que tenha sido espontâneo. Estela revelou que foi induzida a declarar que fez aborto:

“A médica foi logo perguntando se eu usei algum remédio para abortar. Eu disse que não tinha usado nada; ela falou que todo mundo que chega aqui fala a mesma coisa.”

Marta descreveu a insistência do médico para que ela confessasse que provocou o aborto:

“Na hora do exame, o médico me mandou abrir as pernas e colocou os dedos. Aí ficou perguntando se foi com remédio ou o que foi que eu fiz? Insistiu tanto!”

Críticas

Ao lado da indução para que a mulher confesse o “delito”, estabelece-se a crítica, seja em forma de

acusação, seja em forma de ensinamento, sob a justificativa de fazer a mulher não repetir o ato ou levá-la a sentir remorso pelo que fez. Essas críticas podem ser observadas nas falas de Luísa e Marta:

“O médico falou para mim: a senhora não aprende mesmo. Porque não evitou o filho? Aí volta para me dar mais trabalho.”

“Eu disse que tomei Citotec. Ele falou que era uma coisa errada, que eu deveria ter evitado. Perguntou se eu não pensei nas conseqüências.”

Desrespeito à auto-imagem e privacidade da mulher

Sheila descreveu que ficou com o lençol e sua roupa sujos de sangue, com exposição de seu corpo, o que ocasionou sentimento de vergonha:

“Quando me levaram para fazer a curetagem eu estava sangrando muito. O lençol tava todo ensopado, eu fiquei com frio, fiquei com vergonha porque tirei a roupa que estava suja de sangue e fiquei nua, mas eles não me deram outra roupa.”

O diálogo entre a paciente e o profissional de saúde, de acordo com Magge (1998), deve ser construído quando a mulher ainda conserva suas roupas e sua posição vertical, visto que a horizontalidade e a nudez colocam a mulher em uma situação desvantajosa e inferior. Todo encontro entre pessoas deve ser recíproco e, para que haja reciprocidade, cada uma das partes deve conhecer a outra como igual.

Despersonalização

A despersonalização figura como aspecto da impessoalidade da assistência. Nas falas das entrevistadas, percebemos que elas são identificadas como “mãe”, ocorrendo omissão de seus nomes. Efetua-se a despersonalização como mulher e personalização como mãe – quando não o são. Por exemplo, Renata e Fernanda expressaram que o fato de não serem chamadas pelo nome tornava-se ainda pior por serem chamadas de “mãe”:

“Ninguém nunca me chamou pelo meu nome, aqui todo mundo chama a gente de mãe, mãezinha.”

“Todo mundo me chama de mãe, eu fico muito triste, lembro do meu filhinho, dá vontade de chorar.”

Podemos observar, na fala de Estela, citada anteriormente, que ser chamada de mãe faz lembrar seu filho e acentua ainda mais seu sofrimento. Essa despersonalização é algo tão comum que, para a maioria das mulheres, não é percebida como forma de violência. É imprescindível que os profissionais de saúde comecem a discutir e a criar soluções para que a identidade dessas mulheres seja respeitada, pois a despersonalização contribui para intensificação da ansiedade e da sensação de desconforto e estranheza.

Procedimentos realizados agressivamente

As agressões têm a justificativa de punir a mulher pelo que ela fez e evitar que ela faça novamente ou fazer com que ela tenha remorso pelo ato. O discurso de Patrícia revela a maneira grosseira como foi tratada pelos profissionais de saúde:

“Quando a auxiliar veio tirar o soro, ela foi muito grossa; puxou com força, nem passou o algodão, aí eu senti dor e gritei, ela falou: se sabe que dói porque vem?”

É interessante destacar que a relação profissional de saúde-usuárias perpassa relações de poder, em que as mulheres, frente à violência a que são submetidas nos serviços de saúde, desenvolvem reações que são verdadeiras estratégias de resistência, devido ao medo de serem maltratadas, de não receberem atendimento, de não terem condições financeiras para serem atendidas em outra instituição. A análise das falas das entrevistadas permitiu-nos destacar as seguintes formas de reação das mulheres frente ao tratamento recebido: silêncio, gritos, omissão de informações ao profissional e mentiras.

O silêncio é adotado pelas mulheres, pois elas têm medo de não serem atendidas, de serem maltratadas e de que os profissionais de saúde gritem com elas, como expressam as falas de Luísa e Marta:

“Eu fico em silêncio porque preciso ser atendida e não quero que me maltratem.”

“Aqui é melhor sentir dor e ficar calada, assim elas não gritam com a gente.”

Sabemos que a rede pública de saúde atende principalmente a uma clientela proveniente das camadas menos favorecidas, com pouca ou nenhuma instrução, e que não usam de seu direito de reivindicar. A cliente, portanto, muito raramente tem o direito de escolher o profissional que a atenderá ou as condições desse atendimento. Obviamente, esta submissão forçada gera ressentimento, resistência e guerra fria, comumente expressa no atendimento de má vontade e de hostilidade à cliente, contribuindo para a baixa qualidade da assistência.

Algumas mulheres utilizam os gritos para solicitar os cuidados dos profissionais de saúde, pois estes encontram-se distantes nos momentos em que são solicitados.

Estela relatou que sentiu muita dor e necessitou gritar para chamar a enfermeira:

“Quando colocaram o *Citotec*, senti muita dor, gritei tanto a enfermeira, pra ela vir me atender.”

A omissão de informações por parte da mulher ao profissional de saúde ocorre porque as mulheres têm medo da reação, dos maus tratos, de gritos e críticas por parte destes profissionais, como ilustra a fala de Sheila:

“Eu não queria ter o meu filho porque meu marido me batia muito [...] Quando o médico me perguntou, porque eu abortei, eu não falei isso.”

O discurso acima revela uma postura de submissão e medo desenvolvida por Sheila, pois está envolvida numa relação violenta. Revela, do mesmo modo, uma forma de resistência feminina

a esta violência, ao abortar. Esta mesma atitude, a entrevistada assumiu na relação com o profissional que a atendeu, pois, de acordo com Ferreira e Paiva (1997), esta postura acaba sendo reproduzida nos serviços de saúde, quando a mulher internada por aborto sente-se ameaçada por maus tratos. A mulher não fala a verdade, por já ter informações antecipadas sobre o tratamento recebido no hospital, em caso de aborto, e por medo dos maus tratos. Marta, Fernanda e Renata mentiram sobre a causa e prática do aborto:

“Uma amiga me falou que era para eu procurar o hospital. Ela disse que não era para eu contar que fiz aborto, porque eles tratam mal quem faz. Aí eu menti para o médico.”

“Eu não falei a verdade pro médico, porque o povo diz que quando a gente chega no hospital massacra quem faz aborto.”

“Eu disse ao médico que tinha caído da escada. Se eu falo a verdade ela ia me tratar pior, todo mundo sabe disso.”

Estas mulheres sentiram-se potencialmente ameaçadas por maus tratos e adotaram a mentira e a submissão como forma de proteção e manutenção da integridade. O medo dos maus tratos por parte dos profissionais também é um sentimento que as mulheres apresentam ao serem internadas, devido a informações antecipadas sobre o atendimento que é prestado a quem aborta. Observamos, nas falas de Luisa e Patrícia, este sentimento:

“Eu já vim com medo de ser maltratada, todo mundo sabe o que eles fazem com quem aborta e é verdade.”

“Quando eu vim já sabia que eles massacram quem faz aborto; agora tenho mais medo por que eles não têm pena mesmo.”

A solidão é expressa nas falas de várias entrevistadas, por ficarem afastadas de seus familiares, por terem que decidir abortar e assumir as conseqüências do aborto sozinhas. Por sentirem a falta de interesse dos profissionais, que não

param para ouvir, conversar, sentem-se ainda mais solitárias, como observamos na fala de Estela:

“Olha, dos dias que estou aqui, nem enfermeira, nem médico, nunca pararam para me ouvir, falar comigo, fico tão sozinha, choro muito.”

De acordo com Mazoni (1997), os profissionais de saúde tentam manter uma neutralidade no atendimento às mulheres. Eles filtram o social das questões biológicas. Isso devido ao despreparo para lidar com a subjetividade da mulher. Assim, o atendimento a estas mulheres restringe-se às complicações pós-aborto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo confirma que as mulheres percebem a violência institucional no serviço da saúde, entretanto não sabem reivindicar seus direitos. Foi possível apreender que a percepção das mulheres sobre a violência depende de suas vivências e do contexto social em que estão inseridas. Os discursos evidenciam a negação do poder de decisão e participação das mulheres frente ao atendimento recebido.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.J. Implantação dos serviços legais na perspectiva dos direitos reprodutivos. In: BATISTA, C.; LARANJEIRA, M. **Aborto: desafio da legalidade**. Recife: SOS Corpo, 1998. p. 33-40F.
- BETTINELLI, L.A. **Cuidado solidário**. Porto Alegre: Pe. Bertier, 1998.
- CASTRO, R.P.; BRONFMAN, M.P. Teoria feminista y sociológica médica: base para una discusión. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p. 237-8, jun./set. 1983.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, São Paulo, n. 4, p. 23-62, 1985.
- CORRÊA, S. Legalidade, cidadania e direitos humanos antigos e novas questões no debate sobre aborto. In: BATISTA, C.; LARANJEIRA, M. **Aborto: desafio da legalidade**. Recife: SOS Corpo, 1998. p. 77-83.

- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **Gênero e violência nas práticas de saúde:** contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher. 1996. 139 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 1996.
- FERREIRA, S.L.; PAIVA, M.S. **A violência (velada) dos serviços de saúde:** o atendimento em situações de abortamento em Salvador – Bahia. Trabalho apresentado ao 9º. Seminário de Pesquisa em Enfermagem. Vitória, 1997.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1998.
- HERREIRAS, G.S.A.; HERNÁNDEZ, E.F. **Ser mujer:** um riesgo para la salud? México: Red de Mujeres, 1997.
- LEOCÁDIO, E. Atendimento humanizado e cidadania das mulheres. In: BATISTA C.; LARANJEIRA, M. **Aborto:** desafio da legalidade. Recife: SOS CORPO, 1998. p. 99-103.
- MAGGE, J. O exame ginecológico cisto do outro lado da mesa. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 1124-1128, dez. 1998.
- MAZONI, L.S. **Construindo o lugar da mulher na situação de violência.** São Paulo: DMP/ FMUSP/ CFSS, 1997. (Coletânea de textos para Curso de Capacitação para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência).
- MENICUCCI, E. A ética do ponto de vista das mulheres que abortam. In: BATISTA C.; LARANJEIRA, M. **Aborto:** desafio da legalidade. Recife: SOS CORPO, 1998. p. 23-30
- MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde na produção intelectual brasileira:** revisão bibliográfica. Trabalho apresentado ao Seminário Sobre Metodologia da Pesquisa em Violência e Saúde Na América Latina, Santiago, 1990.
- _____. **Desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.
- NOGUEIRA, M.I. **Assistência pré-natal:** prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994.
- PIMENTEL, S. Violência de gênero: uma abordagem antropológica. In: SEMINÁRIO NACIONAL VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 1994, São Paulo. **Síntese...** São Paulo: Fórum Nacional de Presidentas de Conselhos da Condição e Direitos da Mulher, 1994. p. 25-28.
- SOUZA, V.L.C. et al. Perfil epidemiológico da adolescente internada por aborto em maternidade pública na cidade de Feira de Santana. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1998, Salvador. **Anais...** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem, 1998. p.114.
- _____. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto.** 2000. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
- ZIPORLI, J.C. O papel do estado. In: BATISTA C.; LARANJEIRA, M. **Aborto:** desafio da legalidade. Recife: SOS CORPO, 1998. p.86-91.