

“Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil*

Monique França Carneiro¹
 Jorge Alberto Bernstein Iriart²
 Greice Maria de Souza Menezes³

CARNEIRO, M.F.; IRIART, J.A.B.; MENEZES, G.M.S. “Left alone, but that’s okay”: paradoxes of the experience of women hospitalized due to induced abortion in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.405-18, abr./jun. 2013.

This study sought to understand the experiences of women hospitalized due to induced abortion, at three public hospitals in Salvador, Bahia, from the path followed and interactions established with professionals and other users. Semi-structured interviews were conducted with 19 women, regarding their experiences at different times of hospitalization and their evaluations of attention received. These women’s previous abortions and deliveries, or those of acquaintances, influenced their expectations regarding attention received. Their experiences were marked by negative feelings and physical and emotional pain, but also by relief regarding the ending of pregnancy and the risk of death. Additional distress was caused by perceptions of being “uncared for” and attitudes of discrimination because of having aborted, thus going against current technical rules. Paradoxically, most of the women evaluated the attention positively, although with criticisms. Efforts need to be made towards humanizing care in abortion cases, taking into account these women’s experiences.

Keywords: Induced abortion. Hospitalization. Humanization of assistance.

O trabalho buscou compreender a experiência de mulheres internadas por abortamento provocado em três hospitais públicos de Salvador, Bahia, a partir do percurso e das interações que estabelecem com profissionais e outras usuárias. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 19 mulheres sobre a experiência nos distintos momentos da internação e a avaliação da atenção recebida. Abortos e partos anteriores, próprios ou de conhecidas suas, conformam expectativas sobre a atenção recebida. A experiência das mulheres foi marcada por sentimentos negativos, pela dor física e emocional, mas, também, pelo alívio com o fim da gravidez e do risco de morte. Sofrimento adicional foi condicionado pela percepção de um “não-cuidado” e atitudes de discriminação pelo aborto, contrariando as atuais normas técnicas. Paradoxalmente, a maioria avaliou positivamente a atenção, embora com críticas. Esforços devem ser feitos para humanizar a assistência ao abortamento, considerando as experiências das mulheres.

Palavras-chave: Abortamento induzido. Hospitalização. Humanização da assistência.

* Elaborado com base em Carneiro (2012); estudo integrante de Menezes, Reis e Olschewski (2010); pesquisa realizada com financiamento e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva.
¹⁻³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário Canela. Salvador, BA, Brasil. 40.110-040. monifcm@gmail.com

Introdução

O presente trabalho parte do pressuposto de que a experiência das mulheres na internação por abortamento se relaciona intimamente com a atenção recebida nas maternidades, sendo significada por elementos prévios à hospitalização – mas, também, por aqueles que se constituem no decorrer da assistência, incluindo a sua interação com os demais sujeitos que participam deste momento.

Devido à criminalização do aborto no Brasil, parcela importante das mulheres recorre a métodos inseguros para realizá-lo (Adesse, Monteiro, Levin, 2008). Apesar da proibição, o abortamento é amplamente praticado no país, fazendo parte da vida reprodutiva das mulheres. Ao completar quarenta anos, uma em cada cinco mulheres residentes na zona urbana e alfabetizadas já fez aborto, com metade afirmando tê-lo induzido com medicamentos, particularmente o misoprostol ou Cytotec® (Diniz, Medeiros, 2010). Se, por um lado, a disseminação do uso do misoprostol no Brasil – adquirido clandestinamente – levou à maior autonomia e segurança das mulheres durante o abortamento (Barbosa, Arilha, 1993), por outro, as obrigou a completar o processo de abortamento nas maternidades públicas, devido a efeitos como dor e sangramento. A curetagem pós-aborto é o procedimento cirúrgico mais realizado na rede pública: aproximadamente 3,1 milhões entre 1995 e 2007, representando 238 mil internações por ano no país (Yu, 2010).

A clandestinidade e a condenação social fazem do abortamento um evento muitas vezes vivido de maneira sofrida e solitária. Para uma parcela importante das mulheres que abortam, o hospital se configura como a última etapa de um processo que pode ter se iniciado dias, semanas ou até meses antes. No entanto, as maternidades ainda não estão preparadas para cuidar das mulheres que abortam. Sua cultura institucional – que tem, nos nascimentos, a sua “razão de ser” – dificulta ou, mesmo, impossibilita o atendimento humanizado, com práticas pouco atentas às demandas das mulheres que abortam, consideradas, pelos profissionais de saúde, menos legítimas do que das parturientes e de seus bebês (McCallum, Reis, Menezes, 2006).

Esta forma de lidar com as mulheres em abortamento, para além da condenação moral, também tem suas raízes na concepção médico-curativa que orienta o modelo de atenção à saúde. Ayres (2006) critica este modelo, argumentando que o avanço das tecnologias assistenciais não resultou na humanização das práticas em saúde, que, progressivamente, têm se tornado distantes e insensíveis à satisfação das necessidades das pessoas.

Em 2005, o Ministério da Saúde lançou o documento “Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica”, que já conta com uma segunda edição revisada e ampliada (Brasil, 2011). Com base nos pressupostos do cuidado humanizado, a Norma Técnica enfatiza a garantia de direitos e a promoção de novos “padrões culturais de atenção com base nas necessidades das mulheres” no âmbito do SUS (Brasil, 2005, p.5).

Este documento, ao preconizar a qualificação da atenção e a articulação entre os componentes técnico e relacional da assistência, reconhece as mulheres como objeto das técnicas de saúde, mas, também, sujeitos autônomos e aspirantes ao bem-estar (Ayres, 2000). Entretanto, os valores negativos associados ao aborto e a hegemonia da concepção médico-curativa que orienta as práticas de saúde e a formação quase que estritamente biomédica ainda comprometem estas iniciativas de mudança.

Em revisão sobre a produção científica brasileira, a respeito do aborto nos últimos vinte anos, constatou-se a insuficiência de trabalhos sobre a atenção prestada às mulheres (Brasil, 2008).

Neste trabalho, procurou-se abordar a experiência das mulheres a partir do seu percurso e das interações que estabelecem com profissionais e outras mulheres nas diferentes etapas da atenção nas maternidades. Dinsdale et al. (2000) reconhecem que a experiência dos usuários nos serviços públicos é mediada pela conjunção de diversos fatores, individuais e sociais. Para os autores, esta experiência é influenciada por características individuais, pelas próprias percepções sobre os serviços e profissionais que os atendem, e pelas expectativas constituídas a partir de informações prévias sobre os serviços, das necessidades pessoais que desejam ter satisfeitas e das vivências concretas (passadas e presentes) nesses serviços.

A experiência da internação das mulheres que abortam se reveste de particularidades, uma vez que a assistência oferecida também é influenciada pelo estigma social em torno do aborto, com posturas

discriminatórias pelos profissionais. Segundo Farfán (2006), a prática do abortamento conta com uma criminalização moral, além de jurídica, que é internalizada pelas mulheres, causando-lhes sentimentos negativos como: vergonha, desonra e medo de exclusão social – e, conseqüentemente, restrição de direitos.

O presente trabalho teve por objetivo compreender os significados e as experiências das mulheres na internação por abortamento, visando subsidiar a elaboração de políticas públicas para a melhoria da atenção prestada pelos serviços públicos de saúde.

Metodologia

Este trabalho integra a pesquisa mais ampla “Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia”, desenvolvida pelo Programa Integrado em Gênero e Saúde-MUSA, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), e apoiada pelo Edital MCT/CNPq/MS SCTIE DCIT/CT Saúde da Mulher/Edital 22/2007 – Saúde da Mulher, Linha de Apoio 1.2.1 (Menezes, Reis, Olschewski, 2010)⁴.

Essa pesquisa teve por objetivo compreender, de maneira comparativa, as experiências, práticas e opiniões sobre o abortamento induzido de usuárias do SUS, de profissionais diretamente ligados à atenção ao abortamento e de gestores de saúde, na cidade de Salvador, Bahia.

A pesquisa foi realizada em três maternidades públicas (um hospital geral de médio porte com unidade obstétrica, situado na periferia da cidade; uma maternidade de grande porte; e uma terceira unidade onde eram desenvolvidas atividades de formação profissional na área da saúde), combinando entrevistas semiestruturadas e observação participante, durante nove meses entre 2008 e 2009.

Para a análise apresentada no presente artigo, foram utilizados os dados de 19 das 69 entrevistas realizadas com mulheres maiores de 18 anos, que declararam abortamento provocado ou relataram sua indução até três anos antes, tendo sido internadas por este motivo. As entrevistas foram realizadas por três antropólogas e uma assistente de pesquisa, ainda nas maternidades ou após a alta, em local de escolha das entrevistadas.

O roteiro de entrevista abordou, de modo aprofundado: a experiência e os significados associados ao aborto, em cada fase de internação hospitalar, sua visão sobre a assistência recebida e sobre a interação com profissionais de saúde e outras pacientes. Para Rabelo e Alves (2004), a experiência não remete apenas à repetição de fatos similares, mas se relaciona com a forma de **ser-no-mundo** dos sujeitos. Ela pressupõe a pertença dos sujeitos a uma tradição, que lhes fornece conceitos prévios pelos quais significam aquilo que é vivido; ao mesmo tempo, se fundamenta nas formas como os sujeitos são envolvidos pelas situações que se apresentam segundo o seu contexto cultural, informando-lhes suas possibilidades de ação. Assim, a experiência das mulheres é construída intersubjetivamente a partir da corporeidade e da apropriação de elementos do contexto sociocultural em que elas estão inseridas.

As entrevistas foram gravadas e tiveram tempo médio de uma hora, sendo posteriormente transcritas. Estas foram selecionadas levando-se em consideração as características socioeconômicas, reprodutivas e clínicas das mulheres, visando constituir um corpus que expressasse a heterogeneidade do universo pesquisado.

⁴ Os dados desta pesquisa, desenvolvida entre 2008 e 2010, foram utilizados para a produção de Carneiro (2012) e deste artigo. A pesquisa original, mais ampla, não foi publicada.

As informantes que originaram os 19 relatos selecionados tinham idade entre 18 e 39 anos. A maioria (17) se autodeclarou negra (parda ou preta). Sete entrevistadas haviam cursado até o Fundamental incompleto, metade possuía Ensino Médio (cinco, completo, e três, incompleto) e apenas uma tinha nível Superior incompleto. A maioria havia sido criada na religião católica e, atualmente, a maior parte professava este mesmo credo ou outro; sete informaram não ter mais religião. Treze mulheres exerciam alguma atividade remunerada – trabalhadora doméstica, auxiliares de serviços gerais, vendedoras; seis não trabalhavam, sendo que quatro ainda moravam com os pais. Quase todas haviam engravidado dos seus maridos, namorados ou ex-companheiros; em apenas dois casos, a gravidez resultou de uma relação ocasional. Para cinco delas, aquela era a primeira gravidez e 14 já possuíam filhos, sendo que oito tinham apenas um; 12 nunca haviam abortado antes e, para seis outras, aquele era o segundo aborto. Aproximadamente um terço nunca havia sido internada anteriormente.

A partir do roteiro semiestruturado, foram utilizados os fragmentos de entrevistas referentes aos blocos I (atendimento), V (o aborto dos outros e reflexão sobre a própria experiência), VII (avaliação da experiência), à pergunta final “Fala livre sobre experiência” e, ocasionalmente, a outros trechos cujos dados relacionavam-se aos objetivos desta pesquisa.

Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo temática (Bardin, 2006), sendo identificadas categorias prévias referentes aos objetivos do trabalho (Gaskell, 2003), e também criadas novas categorias a partir de unidades de significação destacadas do texto. Foram estas: **O aborto na maternidade: experiências das mulheres com a assistência**, que aborda os elementos mais significativos da vivência das mulheres em cada etapa da assistência, além da relação com os sujeitos com quem interagem; e **Mulheres e sua percepção sobre a assistência: desvendando um paradoxo**, que dialoga com os sentidos mais gerais a respeito da internação, explorando percepções e a avaliação das mulheres quanto ao atendimento recebido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA e realizada mediante a aceitação do Termo de Consentimento Informado pelas participantes, em conformidade com a Resolução 96/196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foram conferidos nomes fictícios para as entrevistadas para preservar-lhes o anonimato.

O aborto na maternidade: experiências das mulheres com a assistência

Para abortar, 17 das 19 mulheres referiram o Cytotec® como o principal método, utilizado isoladamente ou combinado com chás, confirmando a ampla disseminação do uso do misoprostol na indução de abortos. Praticamente todas elas procuraram o hospital pelos sinais e sintomas decorrentes do aborto, sobretudo dor e sangramento. Entretanto, o percurso entre o aparecimento destes até a obtenção da assistência nas maternidades não foi direto para muitas delas, durando dias ou semanas.

Várias razões foram citadas para o retardo na procura por estes serviços, sobretudo o medo de ser maltratada, contribuindo para o agravamento do estado de saúde de algumas mulheres – o que será aprofundado em estudo futuro. Na sua relação com os serviços, as mulheres antecipam uma possível discriminação, caracterizando o que alguns autores denominam de estigma sentido ou *felt stigma* (Corrigan, Lundin, 2001), mediante a percepção de ser portador de alguma característica socialmente desvalorizada, o que favorece sentimentos como culpa, vergonha, ansiedade e medo. Quase sempre elas informaram expectativas negativas quanto ao atendimento que receberiam nas maternidades. Baseadas nas experiências de internação por abortamento delas próprias e, sobretudo, de conhecidas suas, as mulheres esperavam sofrer discriminação e maus-tratos como punição dos profissionais por terem abortado, expressando o medo de serem julgadas.

Recepção, triagem e admissão

A recepção é a primeira etapa da internação hospitalar, exceto quando as mulheres vêm reguladas de outras unidades ou em condições graves de saúde. As entrevistadas chegaram quase sempre com outras mulheres, que acompanharam parte ou todo o processo abortivo. Já na recepção, relataram ter havido questionamentos indevidos, por parte do pessoal administrativo, sobre o tipo de abortamento.

Sobretudo pelos sintomas agudos apresentados, mas, também, para evitar estas perguntas, muitas mulheres delegaram o preenchimento da ficha às acompanhantes. Este foi o setor onde elas menos referem interação com profissionais da maternidade. Mesmo para aquelas que foram prontamente atendidas, o preenchimento da ficha cumpria apenas uma etapa formal e obrigatória antes da triagem.

Metade das entrevistadas disse ter esperado pouco até a triagem, referindo a gravidade dos sintomas ou a ausência de filas como os motivos para a celeridade. O atendimento ágil e facilitado foi pontuado como um elemento positivo da atenção recebida, consoante com a Norma Técnica (Brasil, 2011).

A consulta de triagem com médico(a) demarca a primeira etapa de um processo de transformação das mulheres em pacientes, que se completará com os procedimentos da internação. Em geral, as mulheres referiram ter entrado sozinhas no consultório, permanecendo quase sempre dessa forma até o final da internação. A Norma Técnica (Brasil, 2011) não trata sobre acompanhantes para mulheres que abortaram; assim como ocorre na atenção às parturientes, as maternidades não reconhecem a presença dos acompanhantes como um benefício, mas como um problema a ser administrado (Dias, 2006).

Parte das mulheres referiu ter sido bem tratada pelos profissionais, sendo tranquilizadas sobre sua saúde e cuidados recebidos. A ausência de maus-tratos e a atenção às demandas emocionais, já apontadas em pesquisas anteriores (Bertolani, Oliveira, 2010; Motta, 2005), foram citadas como elementos que positivaram a percepção de algumas mulheres sobre a assistência. Entretanto, o relato mais frequente foi de um tratamento distanciado e mediado pela execução de procedimentos técnicos, não sendo raros os relatos de discriminação, julgamentos e, por vezes, maus-tratos, como em outros trabalhos (Bertolani, Oliveira, 2010; Mariutti, Almeida, Panobianco, 2007).

A maioria das entrevistadas declara ter falado “a verdade” sobre o abortamento, relatando que o fizeram para evitar indisposições com a equipe caso o aborto fosse descoberto, atentas a possíveis punições pelo duplo delito de terem abortado e mentido sobre isso. Outras, temendo ter seus sintomas agravados ou não terem acesso ao tratamento adequado, mencionaram também terem se sentido compelidas a falar a verdade ao médico – profissional para quem “não se deve mentir”:

“[Falei a verdade] porque ou ele ia descobrir, ou então poderia até me prejudicar. Porque uma amiga minha [...] falou que tinha tomado uma queda [...]. Aí [o médico] virou pra ela e falou assim: ‘Se você não quiser me falar a verdade, eu não posso te ajudar. Você mentiu’. [...] Aí foi que ela voltou atrás [...] Disse que o médico disse pra ela: ‘Tem tanta mãe aí querendo botar filho no mundo e você podendo, faz uma injustiça dessa’, não sei o quê, ‘Vocês têm que morrer’. Falou um monte de coisa horrível pra ela”. (Sônia, idade desconhecida)

A revelação do tipo do aborto provoca distintas reações nos profissionais. Alguns médicos simplesmente prosseguiram com a consulta, no máximo aconselhando-as a buscarem o planejamento familiar. Muitas referiram terem sido alertadas sobre os riscos que correram e, sentindo-se bem cuidadas, tenderam a concordar com a postura destes profissionais, considerando seus conselhos algo “para o seu bem”. Outras disseram ter sido quase imediatamente repreendidas após a confirmação do tipo de abortamento, sendo inclusive agredidas verbalmente:

“Ele ficou falando um bocado de coisa, eu nem lembro. Tudo com a maior ignorância! Me tratando mal... [...] o médico foi super grosso! Eu até discuti com ele e disse que ele era muito ignorante. Aí ele disse que eu ia ficar lá esperando um dia... Ele disse: ‘Agora você vai ficar curtindo sua dor a noite inteira. Porque a gente só vai fazer sua curetagem amanhã [...]’”. (Flávia, 18)

A maioria não reagiu ou ficou indiferente aos maus-tratos, permanecendo silenciosa, como estratégia para evitar possíveis punições. Alguns autores apontam que a não-reação é comum em várias situações de vida das usuárias de baixa renda, pelo medo de retaliações e de perder o acesso aos serviços dos quais necessitam (McCallum, Reis, Menezes, 2006; Vaitsman, Andrade, 2005). No caso das entrevistadas, isso evidencia o estigma social e o medo de exclusão social, com a consequente privação de direitos, pelo fato de terem abortado (Farfán, 2006).

Para muitas mulheres, aquele era o primeiro aborto ou, mesmo, a primeira experiência de hospitalização. Dessa forma, desconheciam o ambiente, as etapas do atendimento e os procedimentos aos quais se submeteriam, apresentando ansiedade e medo.

Os cuidados admissionais são de responsabilidade da equipe de Enfermagem, que preparava as mulheres para a internação – como etapas de um “ritual” de passagem, consolidando a sua transformação em pacientes da maternidade. Primeiro, as mulheres receberam as roupas do hospital, abandonando suas vestes e adereços pessoais, mesmo as peças íntimas, que foram colocadas em sacos e, quando possível, entregues aos acompanhantes. Neste momento, muitos destes foram informados sobre a internação, sendo orientados a irem embora. Algumas eram, ainda, levadas ao banho. Finalizou esta etapa a instalação do acesso venoso, por meio do qual as mulheres ficaram presas ao leito ou com restrições de mobilidade devido ao suporte de metal que fixava o soro e as medicações recebidas. Finalmente, muitas foram colocadas em cadeiras de rodas ou macas e levadas a outros setores da maternidade, deixando de locomover-se por conta própria e intensificando, assim, a perda de autonomia.

O processo admissional marca uma espécie de transformação das mulheres, deslocando-as do seu meio social, padronizando e apagando dos seus corpos os vestígios do “mundo lá fora” e limitando sua liberdade. Ao final do processo, as mulheres deixaram de ser Amandas, Déboras, Priscilas, e tornaram-se, enfim, pacientes, as “curetas” do leito 1, 2, 3...

Pré-parto (PP)

As mulheres admitidas sem complicações aparentes aguardaram no PP até alcançarem as condições requeridas para o esvaziamento uterino. Em algumas maternidades, a depender da demanda, este espaço é dividido com parturientes, o que nem sempre foi avaliado positivamente pelas mulheres. Apesar da recomendação da Norma Técnica (Brasil, 2011) quanto à garantia de privacidade e confidencialidade das informações, a falta de privacidade e o pouco respeito ao pudor e ao sigilo das informações foram relatados pelas mulheres, quer na pouca atenção dada ao fechamento das portas, quer na obrigatoriedade do uso das roupas hospitalares que não cobriam adequadamente seus corpos, o que contribuiu para que se sentissem expostas.

As falas indicam a precária interação com os profissionais no setor, que pouco se dirigiam a elas, exceto quando estes necessitavam executar cuidados. Somados à longa espera, as informações escassas e o pequeno número de procedimentos recebidos causaram, em algumas entrevistadas, a impressão de que foram pouco assistidas ou até abandonadas.

O convívio com a dor foi um dos elementos mais marcantes da experiência das mulheres no PP. Para boa parte destas, a dor foi prolongada até a realização da curetagem, sem que lhes fossem oferecidos medicamentos ou apoio verbal que as tranquilizassem. Ainda que haja o reconhecimento da dor como fenômeno fisiológico, este é também emocional e cultural, influenciado pelo “medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento” (Brasil, 2011, p.38).

“Ah, eu me sentia muito mal, porque ela atendia, né, mas era mais uma coisa de deixar você num canto, não iam conversar, não procuravam saber nada. [...]”

Entrevistadora: E era uma dor muito grande?

Muito grande! Muito, muito. Muito dolorido. [...] aqui eu comi muita dor e esperei bastante! Fiquei de sete da manhã às cinco da tarde”. (Sonia, idade desconhecida)

Sofrimento adicional foi condicionado ao perceberem situações de discriminação no atendimento pelo fato de terem abortado. Em alguns casos, elas comentaram que se sentiram preteridas na assistência em relação às parturientes e àquelas com abortamento espontâneo, denunciando uma punição velada que se materializa através de um cuidado postergado e da falta de orientações:

“Entrou outras pessoas e perguntavam se era curetagem e não davam muita importância. Estava todo mundo mais voltado para a moça que ia ter neném e estava correndo riscos

porque estava com pressão alta. [...] Teve uma hora que meu soro saiu da veia e eu tive que chamar alguém pra colocar e olha que a sala estava cheia de enfermeiras [...]. Não davam muita importância pra mim e pra gente [que fez aborto] não". (Sara, 27)

Diante do sofrimento físico e emocional, poucas palavras de apoio eram dirigidas pelos profissionais às mulheres. Aquelas que abortaram se sentiam relativamente invisíveis na maternidade: suas vozes não eram escutadas e, suas demandas, negadas. Para McCallum, Reis e Menezes (2006), aspectos organizacionais das maternidades privilegiam a atenção ao parto e aos nascimentos, e reproduzem, por meio de seus agentes (os profissionais de saúde), práticas que discriminam as mulheres que abortaram. Segundo as autoras, esta noção é internalizada pelas mulheres que abortam, as quais passam a considerar as demandas das parturientes mais importantes que as suas, como expressaram algumas entrevistadas no presente estudo.

Em geral, as mulheres argumentaram que, em face da postura dos profissionais, não devem reagir com "ignorância", pois "vai ser pior". Elas avaliavam que devem se "controlar", sem emitir expressões de insatisfação ou gritos de dor, para evitar "perversidade", "pirraças", punições, enfim.

No PP, as mulheres continuaram a reelaborar suas percepções e sentimentos com relação ao aborto, sendo comum culpa, desespero e arrependimento pelo aborto realizado. Além de sentimentos negativos, a reflexão sobre a experiência vivenciada até ali possibilitou, também, a emergência de sentimentos positivos, relacionados ao desejo de ter a saúde recuperada, de rever os filhos e de retornar ao seu cotidiano – motivações que as fizeram suportar a internação e quererem "ficar boas".

Sala de procedimentos

O centro cirúrgico ou sala de curetagem se destaca das demais pela presença de equipamentos diferenciados e mais sofisticados. Esta aparelhagem, necessária à realização do esvaziamento uterino e ao suporte às possíveis complicações, de certa forma surpreende as mulheres e lhes fornece outra percepção sobre os riscos aos quais se submetem ao provocarem o aborto. O temor das mulheres foi agravado pela ausência de informações sobre o procedimento. Muitas consideravam a curetagem um procedimento arriscado e desconhecido, referindo medo de morrer e ansiedade, sobretudo aquelas que o realizavam pela primeira vez.

Apesar da obrigatoriedade do uso de anestésicos para o controle da dor causada pelo procedimento (Brasil, 2011), o conhecimento prévio de casos de mulheres que passaram pela curetagem sem anestesia gerava a expectativa de um procedimento bastante doloroso. Todas foram submetidas à anestesia, mas não receberam informações esclarecedoras sobre o procedimento.

Quase todas as entrevistadas realizaram curetagem para esvaziamento uterino, a despeito da indicação da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) como método preferencial para gestações até 12 semanas (Brasil, 2011), pela sua maior eficácia, além de menores custos, incômodos físicos e complicações posteriores. Das entrevistadas, somente Vanessa (26 anos, universitária) foi submetida à AMIU, seguindo indicação de sua ginecologista. Esta foi a única com quem a equipe compartilhou a decisão sobre as técnicas disponíveis e que recebeu informações completas sobre o procedimento.

No presente trabalho, a maioria das entrevistadas não foi informada adequadamente sobre o procedimento de esvaziamento uterino e nem participou da escolha do método, contrariando a Norma Técnica (Brasil, 2011). A partir das informações de conhecidas ou do que puderam visualizar do procedimento de outras mulheres enquanto ainda acordadas, grande parte acreditava que a "coletagem", como muitas denominaram, consistia em "pôr o útero para fora" e "raspá-lo" para retirar "restos de parto" ou de Cytotec e, às vezes, "queimá-lo" com substâncias curativas:

"Olhe, é assim: quando eu fui entrando lá na sala, eu vi uma menina lá aberta, um negócio vermelho pro lado de fora... Eu achei que fosse o útero. Mas como eu já estava meio vacilando, eu já estava até sentindo febre, então eu creio que foi coisa da minha cabeça. [...] depois eu perguntei a enfermeira e ela disse que achava que era mais ou menos isso. Então eu acredito que bota o útero para o lado de fora e faz uma raspagem pra depois queimar". (Priscila, 27)

Entrevistadora: "E o que é que você acha que o médico fez? Assim, qual a idéia que você tem de como é o procedimento da curetagem?"

"Como os outros me falam, né, que eu não vi, eles tiram meu útero fora, limpa e depois põem lá de novo. É o que me falaram. [...] Um bocado de gente mais velhas assim que eu procurei me informar". (Amanda, 20)

As mulheres compararam a curetagem a uma "limpeza", apropriando-se de uma metáfora comumente utilizada pelos profissionais de saúde para falar sobre o objetivo da técnica: uma "limpeza" simbólica, que remove a "sujeira" ou desordem causada pelo aborto realizado, que recuperava seus corpos.

O procedimento é de execução rápida, o que surpreendeu as mulheres. A sua efetividade e rapidez contribuíram para uma percepção positiva acerca da atenção recebida: "[Sentia] Que eu tava boa. Boa para o que eu estava né, porque o doutor disse que eu estava em risco de perder o útero, né, então..." (Milene, 23). Ao contrário, a permanência dos sintomas após a curetagem foi fator para que considerassem o atendimento ruim. A maior parte das mulheres, por não apresentar condições graves após a curetagem, seguiu até a enfermaria para receber os últimos cuidados e aguardar a alta.

Enfermaria e alta

Apesar da diferença estrutural das maternidades, as rotinas comuns às enfermarias incluem: o banho, as visitas dos médicos no turno matutino, os horários específicos para refeições, medicamentos e coleta de material para exames, e a alta hospitalar ao final da manhã. As mulheres comentaram ter recebido poucas visitas, permanecendo sozinhas ou com outras mulheres, sendo algumas puérperas com seus recém-nascidos.

A despeito da omissão da Norma Técnica (Brasil, 2011) quanto ao alojamento, a convivência com os bebês levou algumas mulheres a se imaginarem no lugar das parturientes e a pensarem num futuro que poderia ter se concretizado. Este convívio, em termos simbólicos, evidencia a lógica da organização das maternidades na assistência às mulheres que abortam e, por conseguinte, colabora para uma experiência mais sofrida:

"Muita mulher com bebezinho. Tanto que eu nem queria dormir aqui por isso. [...] Eu vejo tanto nenê e isso me dá um peso na consciência. [...] Quando eu olho pros outros nenês assim, eu fico com uma dor no coração danada! Porque eu poderia ter passado por esse processo de gestação, parto, mas eu não vou poder sentir nada disso...". (Valdete, 21)

As entrevistadas do presente trabalho relataram situações nas quais eram perguntadas sobre seus bebês, sentindo-se veladamente julgadas. Algumas delas manifestaram claramente o desejo de compartilhar o espaço apenas com outras mulheres que abortaram, revelando preocupação com a influência do ambiente no seu bem-estar. Entretanto, a precária interação social com os profissionais e as escassas visitas tornaram, muitas vezes, a convivência com as puérperas a única forma de fugir da solidão e superar o isolamento social. O diálogo com as outras mulheres foi considerado bastante positivo pelas entrevistadas, tendo importância, sobretudo, para aquelas que nunca abortaram ou foram internadas antes. Algumas vezes, as conversas foram momentos preciosos nos quais buscavam apoio e compreensão para enfrentar a experiência da internação e do próprio aborto.

Também lhes permitiu pensar sobre seus relacionamentos, suas vidas, enfim, o que lhes havia acontecido, ajudando-as a elaborar as primeiras narrativas sobre o vivido, além de reflexões sobre a moralidade do aborto e em que condições a sua realização seria justificável. Algumas mulheres disseram ter reforçado a concepção prévia de que o abortamento, sobretudo em determinadas circunstâncias, era um ato moralmente condenável. Outras admitiram mudanças nas posições anteriormente contrárias, uma vez que a experiência pessoal com o aborto lhes havia fornecido outro ponto de vista. Segundo Ardaillon (1997), na experiência com o aborto, as mulheres permanecem numa constante mediação entre ideologias, sua realidade social e seus desejos, em que fica evidente a

disjunção entre crenças e comportamentos. Para a autora, suas consciências são, portanto, construídas na práxis, na experiência com a situação concreta do abortamento, segundo o que Petchesky (1986 apud Ardaillon, 1997) chamou de *moralidade da situação* – permitindo às mulheres realizarem o abortamento e considerá-lo correto sob aquelas circunstâncias, mesmo que, posteriormente, continue sendo considerado errado.

Essa relação de cuidado, ajuda e solidariedade mútua entre as mulheres que abortaram, preenchendo lacunas deixadas pela falta de apoio dos profissionais, entretanto, não foi suficiente para evitar a impressão quase habitual de abandono e a sensação de que foram “largadas sozinhas”. O tratamento distanciado e meramente técnico de muitos profissionais, os poucos procedimentos e a constante falta de informação evidenciava-lhes descaso, além de punição por terem abortado:

“Deve ser por que foi um aborto, né? Uma coisa que é discriminada, né, o aborto, quase ninguém aceita, então deve ter sido por isso [...]. Eu tô sozinha largada aqui, ninguém vem me ver. [...] Na mente deles isso é um crime. [...] Se fosse um caso pior, acho que estaria na mesma situação. Estaria aqui largada sozinha”. (Miralva, 24)

A situação pareceu se inverter, entretanto, nos casos em que se descompensaram clínica e, sobretudo, emocionalmente. Nestes, as mulheres passaram a ser objeto de maior atenção, inclusive de outros profissionais, como assistentes sociais e psicólogos – cuja presença, recomendada desde as primeiras etapas da assistência, pela Norma Técnica (Brasil, 2011), foi raramente mencionada. Via de regra, estes profissionais só eram requisitados em situações específicas, diante de demandas que não podiam ser resolvidas com os cuidados técnicos costumeiros:

“Porque teve um momento que eu me desesperei lá, sai chorando pelos corredores pra falar com minha mãe. Porque eu lembrei do que eu fiz, e aí fiquei desesperada e liguei pra minha mãe dizendo que queria meu filho. Aí pronto, todo mundo do hospital veio, a assistente social veio conversar comigo, veio a médica também”. (Flávia, 18)

Após o fim dos sintomas físicos, muitas eram informadas de que já poderiam ter alta, mas ainda permaneceram horas sem avaliação médica, aguardando o resultado de exames ou apenas a formalização da alta. Para estas, a espera cumpria uma “burocracia” sem sentido, imposta pelas maternidades e, até mesmo, uma forma de castigo por terem abortado:

“Só acho que me deixaram lá esperando por eu ter feito aquilo, né, por eu ter feito isso [aborto]. Aí mainha também achou a mesma coisa. Mainha disse: “Não tá tomando soro, não tá tomando medicação nenhuma, tão lhe prendendo aqui”. [...] Se eu não tava tomando medicação mais nenhuma, não tava sentindo nada, eles estavam me prendendo lá não sei pra quê!”. (Milene, 23)

Na alta, deveriam ser repassadas orientações sobre sinais de recuperação ou de alerta em caso de complicações, mas também sobre autocuidado e, sobretudo, contracepção pós-aborto (Brasil, 2011). Entretanto, as mulheres mencionaram poucas informações recebidas ainda na maternidade, sendo raras aquelas sobre o resguardo, retorno à atividade sexual, consulta de revisão e, especialmente, métodos contraceptivos.

Contrariamente ao que recomenda a Norma Técnica (Brasil, 2011), não houve oferta da contracepção pós-aborto. Muitas foram aconselhadas a procurar o planejamento familiar por conta própria, revelando a ausência de uma relação formalizada entre as unidades de atenção à saúde da mulher, preconizada pela Norma Técnica na perspectiva da integralidade (Brasil, 2011). As poucas que saíram com receita de contraceptivo, sempre hormonal, geralmente mencionavam não ter participado desta escolha, e nenhuma das mulheres referiu orientação sobre o uso de preservativos. Além do reforço à medicalização do corpo por via da anticoncepção (Vieira, 1999), estas práticas reforçam a responsabilidade da contracepção sobre as mulheres (Moreira, Araújo, 2004) e focalizam a prevenção

apenas para a gravidez – expondo-as ao risco de contraírem doenças sexualmente transmissíveis, ao não promoverem a ação educativa e a dupla proteção com preservativo.

A alta hospitalar representou o fim da experiência da internação. A volta para casa, ao permitir o retorno ao seu cotidiano e o contato com seus filhos e com as pessoas do seu meio social, propiciou a retomada das suas identidades. Com a alta, muitas esperavam ter encerrada a trajetória de sofrimento, que marcou a maior parte da experiência do abortamento e da internação, mesmo que nem sempre esperassem o fim do sofrimento emocional:

“Olhe, na realidade, eu tava mais aflita de vir pra casa ver meus filhos. Eu não queria e eu estava me sentindo tão suja pelo que fiz e eu queria sair daquela situação porque eu via muitas pessoas chegando lá pelo mesmo motivo. Então eu começava a me sentir mal com aquilo...”. (Priscila, 27)

Mulheres e sua percepção sobre a assistência: um aparente paradoxo

A percepção das entrevistadas sobre o atendimento recebido foi, sobretudo, positiva, com estas tendendo a valorizar mais os elementos positivos da experiência do que os negativos – mesmo quando reconheceram deficiências na atenção, tal como identificaram outros estudos (Bazotti, Stumm, Kirchner, 2009; Mariutti, Almeida, Panobianco, 2007; Nery et al., 2006; Motta, 2005). Isto confirma a argumentação de Andrade, Vaitsman e Farias (2010) sobre a tendência dos usuários de menor renda e escolaridade a terem baixas expectativas quanto aos serviços públicos de saúde, propiciando, consequentemente, maior satisfação com o atendimento, ainda que de baixa qualidade assistencial.

Nos relatos, ficou claro que alguns elementos provocaram uma aparente discrepância entre a baixa qualidade do atendimento recebido e a avaliação positiva das mulheres: terem conseguido vaga na unidade, quando esperavam peregrinar pelas maternidades; a rapidez no atendimento, sobretudo na recepção e durante a curetagem; a regularidade na execução das rotinas e procedimentos técnicos além do atendimento às suas solicitações, diferindo da expectativa de negligência; a surpresa com um *SUS que funciona*, contrariando o senso comum sobre a precariedade dos serviços públicos; o alívio dos sintomas físicos, que afasta o medo da morte e oferece um parâmetro sobre a efetividade do cuidado; e não ter se sentido maltratada, julgada ou discriminada pelos profissionais de saúde, em oposição a uma expectativa prévia negativa.

A despeito da avaliação positiva, a análise *per se* de cada uma das etapas da internação permitiu identificar críticas e insatisfações das mulheres sobre aspectos do atendimento que receberam. No entanto, parte das queixas das mulheres foi pontual e feita com ressalvas. O tratamento ríspido ou impessoal a elas dirigido, muitas vezes, foi considerado uma característica individual de certos membros da equipe ou típico de uma categoria profissional (geralmente médicos), ou, mesmo, uma prática que só ocorre em alguns plantões.

Para elas, isto não está necessariamente ligado aos valores dos profissionais e, muito menos, aos aspectos culturais que orientam a organização da assistência ao aborto nas maternidades (McCallum, Reis, Menezes, 2006). Ainda, o preconceito dos profissionais com relação ao aborto nem sempre é percebido pelas mulheres na prática assistencial (Rebouças, 2010), lembrando que os esforços para a humanização dos serviços públicos de saúde podem estar contribuindo para reduzir as práticas consideradas negativas pelas mulheres e a percepção de problemas da atenção por parte destas.

Ao mesmo tempo, algumas opinaram que o atendimento seria melhor se houvesse profissionais ou serviços de saúde específicos para atender mulheres que abortam. Isto porque a discriminação e os maus-tratos pela suspeição de terem provocado o abortamento se constituíram nas queixas mais importantes das mulheres, expressos na rispidez como alguns profissionais as trataram ou naquilo que foi mais comumente relatado por elas: o abandono que experimentaram durante a internação. Estes aspectos colaboraram fortemente para uma percepção negativa da assistência recebida.

À luz da Norma Técnica (Brasil, 2011), foi flagrante a falta de informações das mulheres acerca dos cuidados recebidos no hospital e, sobretudo, de orientações no momento da alta – situação que se mostrou comum na atenção ao abortamento. Entretanto, isto muitas vezes passou despercebido pelas

mulheres, e poucas entrevistadas perceberam espontaneamente como uma deficiência do atendimento, mas, sim, como expressão do padrão impessoal de relação com os profissionais de saúde na rede pública, característica do modelo de atenção vigente:

“Nada, ninguém me disse nada! Na verdade [...] eles tratam bem, agora assim, informação, eles negam muito. [...] Eles tratam bem a pessoa, dão medicamento, dá o medicamento na hora certa, mas não dá satisfação nenhuma, nenhuma. Eles fazem o trabalho dele, mas eu não sei nem explicar. É como se a gente fosse uma coisa, um trabalho e não um ser humano que precisa de informação, que precisa saber o que está acontecendo com ele”. (Sara, 27)

Para além da percepção da qualidade da atenção recebida, ao final, as mulheres consideraram que esta experiência foi a mais difícil que vivenciaram. A despeito disso, ela se constituiu numa oportunidade para reavaliarem aspectos das suas vidas. Muitas mencionaram terem adquirido mais maturidade, responsabilidade e independência emocional, além de um senso de valorização pessoal que também reflete na postura frente aos parceiros e o desejo de retomar antigos sonhos e projetos de vida.

Considerações finais

A experiência das mulheres na internação foi marcada, sobretudo, pelo sofrimento físico e emocional por terem abortado. Sentimentos negativos moldaram essa vivência, especialmente medo (da morte, do desconhecido, de ser maltratada), culpa e arrependimento, mas, também, alívio por não correrem mais risco de vida e terem conseguido finalizar aquela gravidez.

Os relatos sobre o atendimento apontam na direção de um *não-cuidado*, distanciado da proposta de humanização preconizada para a atenção ao aborto (Brasil, 2011). Este não-cuidado pode estar sendo a forma pela qual a discriminação às mulheres que abortam ocorre nas maternidades públicas. O desrespeito ao pudor e à privacidade das mulheres, o abandono e o isolamento aos quais muitas estão submetidas, o não-manejo adequado da dor física e, sobretudo – aquilo que mais se sobressaiu nas falas das entrevistadas –, a falta de informações e de apoio emocional compõem este quadro.

Verificou-se que as mulheres foram submetidas a uma *desassistência*, com o não-cumprimento do preconizado pela Norma Técnica (Brasil, 2011), com privação dos seus direitos, o que nem sempre foi percebido na prática por elas – que tenderam a avaliar positivamente a atenção recebida.

Em face dos poucos estudos sobre a atenção ao aborto, futuras pesquisas abordando satisfação e responsabilidade destes serviços deveriam ser empreendidas, colaborando para a efetivação de um cuidado humanizado, de modo a embasar propostas de melhoria da assistência às mulheres, à luz das diretrizes consensuadas em documentos, como a Norma Técnica (Brasil, 2011), e das orientações técnicas e políticas preconizadas pela OMS (World Health Organization, 2012).

Elementos estruturais da organização da assistência nas maternidades e a forma com que os profissionais lidam com o aborto causaram, nas mulheres, um sofrimento adicional e desnecessário. O valor moral negativo relacionado ao aborto, e o paradigma biomédico, que orienta as práticas de saúde e, também, a formação dos profissionais, constituem importantes barreiras para a mudança das práticas de saúde.

Os profissionais envolvidos na atenção às mulheres que abortam deveriam estar expostos a informações e reflexões sobre: aspectos epidemiológicos, clínicos, jurídicos, sociais, culturais e políticos do abortamento, com grupos de discussão permanentes nos serviços. Por sua vez, gestores devem estar sensibilizados e estimulados para garantir o cumprimento das políticas e normas referentes à humanização da assistência hospitalar e ao abortamento, corresponsáveis pela sua efetivação.

Por fim, nenhum passo na direção da humanização pode ser completo sem a revisão das leis que criminalizam o abortamento, compromisso internacionalmente assumido pelo Brasil (Brasil, 2011). Promover o aborto seguro e gratuito nos hospitais públicos é uma forma de reduzir o impacto das iniquidades sociais que condicionam diferentes desfechos do abortamento para mulheres de distintas classes sociais, além de garantir-lhes avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos.

Colaboradores

Monique França Carneiro realizou a revisão bibliográfica, análise e interpretação dos dados e a redação do artigo. Jorge Alberto Bernstein Iriart e Greice Maria de Souza Menezes orientaram a produção do artigo, participaram da discussão do trabalho e da revisão do manuscrito.

Agradecimentos

Às pesquisadoras Ana Paula dos Reis, Luisa Elvira Belaúnde Olschewski, Clara Lourido, Jurema Machado e Fábria Santos, pela participação na produção dos dados da pesquisa que originou o presente trabalho. Ao CNPq e à CAPES, pelo financiamento. A Cecília McCallum, Maria Teresa Alves e Estela Aquino, pelas sugestões.

Referências

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Panorama do aborto no Brasil - grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis**, n.66, p.10-5, 2008.
- ANDRADE, G.R.B.; VAITSMAN, J.; FARIAS, L.O. Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS). **Cad. Saude Publica**, v.26, n.3, p.523-34, 2010.
- ARDAILLON, D. O lugar do íntimo na cidadania de corpo inteiro. **Rev. Estud. Fem.**, v.5, n.2, p.376-88, 1997.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S.F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.49-83.
- _____. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface (Botucatu)**, v.4, n.6, p.117-20, 2000.
- BARBOSA, R.M.; ARILHA, M. A experiência brasileira com o Cytotec. **Rev. Estud. Fem.**, v.1, n.2, p.408-17, 1993.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BAZOTTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepção e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm.**, v.18, n.1, p.147-54, 2009.
- BERTOLANI, G.B.M.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saude Soc.**, v.19, n.2, p.286-301, 2010.
- BRASIL. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. **Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisa no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- _____. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CARNEIRO, M.F. **"Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil**. 2012. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.
- CORRIGAN, P.; LUNDIN, R. **Dont'n call me nuts: coping with the stigma of mental illness**. Illinois: Abana Press, 2001.
- DIAS, M.A.B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Cienc. Saude Colet.**, v.15, supl.11, p.959-66, 2010.
- DINSDALE, G.B. et al. **Metodologia para medir a satisfação do usuário no Canadá: desfazendo mitos e redesenhando roteiros**. Brasília: ENAP, 2000. (Cadernos ENAP, 20).
- FARFÁN, E. O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth_Farfan_11.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2011.
- GASKELL, G. Entrevistas Individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.64-89.
- MARIUTTI, M.G.; ALMEIDA, A.M.; PANOBIANCO, M.S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.15, n.1, p.20-6, 2007.
- McCALLUM C.A.; REIS, A.P.; MENEZES, G.M.S. O atendimento ao aborto em uma unidade pública de saúde: as perspectivas de jovens usuárias e profissionais de saúde. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 7., 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Estadual de Santa Catarina, 2006. 1 CD ROM.
- MENEZES, G.M.S.; REIS, A.P.; OLSCHEWSKI, L.E.B. **Percepções e experiências de usuárias do Sistema Único de Saúde, de profissionais e de gestores da saúde sobre o aborto induzido em Salvador, Bahia**. 2008-2010. Salvador: Programa Integrado em Gênero e Saúde-MUSA, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (MUSA/ISC/UFBA), 2010. (Relatório de pesquisa, CNPq).
- MOREIRA, M.H.C.; ARAÚJO, J.N.G. Planejamento familiar: autonomia ou encargo feminino? **Psicol. Estud.**, v.9, n.3, p.389-98, 2004.
- MOTTA, I.S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.5, n.2, p.219-28, 2005.
- NERY, I. et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14, n.1, p.67-73, 2006.
- RABELO, M.; ALVES, P.C. Corpo, experiência e cultura. In: LEIBING, A. (Org.). **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004. p.175-200.
- REBOUÇAS, M.S.S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões fenomenológico-assistenciais**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.
- VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Orgs.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.67-78.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe abortion: technical and policy guidance for health systems**. 2.ed. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2013.
- YU, P.C. **Registro nacional de operações não cardíacas: aspectos clínicos, cirúrgicos, epidemiológicos e econômicos**. 2010. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CARNEIRO, M.F.; IRIART, J.A.B.; MENEZES, G.M.S. "Me deixaram sozinha, mas foi bem": paradoxos de la experiencia de mujeres durante la hospitalización por aborto inducido en Salvador, Bahía, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.405-18, abr./jun. 2013.

El objetivo del trabajo fue comprender la experiencia de mujeres internadas por aborto inducido en tres hospitales públicos de Salvador, Bahia, considerando el recorrido y las interacciones establecidas con profesionales y otras mujeres. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con 19 mujeres, indagando sobre su experiencia durante la internación hospitalaria y sobre la atención recibida. Abortos y partos anteriores, suyos o de conocidas, conforman expectativas sobre la atención recibida. La experiencia relatada por las mujeres estuvo marcada por sentimientos negativos, por el dolor físico y emocional, pero también por el alivio del fin del embarazo y del riesgo de muerte. El sufrimiento adicional fue condicionado por la percepción de un "no cuidado" y de actitudes de discriminación sobre el aborto, contradiciendo las normas técnicas actuales. Paradójicamente, la mayoría evaluó positivamente la atención, aunque hizo críticas. Considerando las experiencias de las mujeres, es necesario realizar esfuerzos para humanizar la asistencia al aborto.

Palabras clave: Aborto inducido. Hospitalización. Humanización de la atención.

Recebido em 11/07/12. Aprovado em 13/04/13.