
A PRÁTICA DO ABORTO PROVOCADO
NA POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA NA CIDADE
DO RIO DE JANEIRO: A PERSPECTIVA DE
CLIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Clarice Novaes da Mota, Ph.D.

THE FORD FOUNDATION
RIO DE JANEIRO, BRAZIL

16 MAR 1995

RECEIVED ✓

"PESQUISA SOBRE A PRÁTICA DE ABORTO PROVOCADO NA POPULAÇÃO DE
BAIXA RENDA NA CIDADE DO RIO JANEIRO: A PERSPECTIVA DE CLIENTES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE"

RELATÓRIO FINAL

Clarice Novaes da Mota, Ph.D.

Instituto de Filosofia e Ciências Sociais
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Largo de São Francisco 1
Centro, Rio de Janeiro
Brasil

e

IPAS
303 E. Main Street
Carrboro, NC 27510
EUA

Janeiro 29, 1995

RECONHECIMENTOS E AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa foi totalmente financiada pela Pathfinder Internacional, sediada em Salvador, Bahia.

Agradecemos a José de Codes por seu empenho pela realização deste trabalho e a Caroline Cosby por seu apôio.

Estamos também muito gratos à equipe da Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, principalmente Maria Cristina Boareto, Katia Rato e Lícia Valladares. Aos diretores dos hospitais municipais Miguel Couto, Salgado Filho e Fernando Magalhães, em 1993/94, nossa gratidão por seu incondicional apôio aos nossos pesquisadores.

Aos chefes dos postos de saúde Buraco Quente, na Mangueira, e da Vila do João, Maré, também nossa amizade e gratidão, que se estende, é claro, a todas as mulheres entrevistadas, tanto nas comunidades, como nos hospitais. Foram elas que nos inspiraram e por elas trabalhamos.

Finalmente, quero dedicar este trabalho aos alunos e alunas do Instituto de Ciências Sociais da UFRJ que participaram do Núcleo de Estudos da Saúde e Meio-Ambiente (NESMAM) em 1993 e 94, por seu perene entusiasmo, alegria e esforços. Incluo Gabriela nessa dedicatória.

INDICE

RESUMO EXECUTIVO

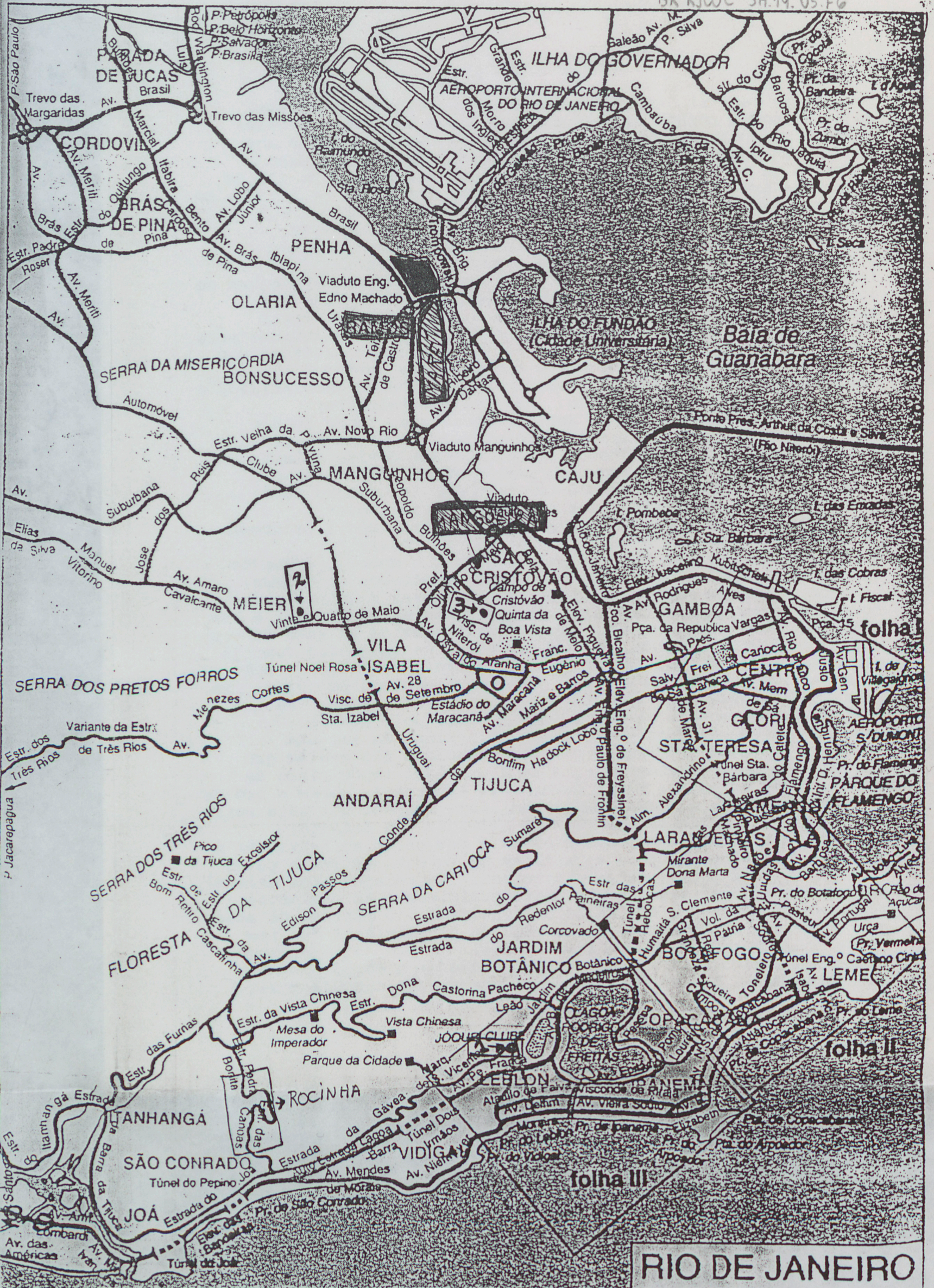
1. OBJETIVOS DA PESQUISA
2. METODOLOGIA
 - 2A. COMPONENTES:
 - ENTREVISTAS ESTRUTURADAS E ABERTAS
 - OBSERVAÇÃO
 - 2B. AMOSTRAGEM:
 - PACIENTES NOS HOSPITAIS
 - MULHERES EM IDADE REPRODUTIVA NAS COMUNIDADES
 - PESSOAL DE SAÚDE: MÉDICOS, ENFERMEIRAS, ASSISTENTES SOCIAIS, PSICÓLOGOS, AUXILIARES DE ENFERMAGEM.
 - 2C. COLETA DE DADOS:
 - EQUIPE E TEMPO DE PESQUISA
3. CARACTERISTICAS DAS COMUNIDADES E DOS HOSPITAIS
4. RESULTADOS
 - 4A. DADOS QUANTITATIVOS
 - 4B. DADOS QUALITATIVOS
 - 4B.1. VISAO DE MUNDO DA MULHER
 - O QUE É O ABORTO:
 - Métodos usados pelas pacientes e mulheres das comunidades
 - Opiniões
 - O CORPO DA MULHER: ORIENTAÇÃO VS. INFORMAÇÃO
 - USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
 - 4B.2. PERCEPÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O PROBLEMA
 - O QUE É O ABORTO
 - VISAO SOBRE AS MULHERES
 - O ATENDIMENTO AO ABORTO
 - MÉTODOS USADOS PELAS PACIENTES
5. CONCLUSOES GERAIS
6. RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS
7. APPENDIX
8. BIBLIOGRAFIA

RESUMO EXECUTIVO

O objetivo central desta pesquisa era compreender as razões, sejam de ordem social ou pessoal, que levam mulheres de baixa renda a provocar um abortamento sob condições de risco à sua saúde e fecundidade. Com esta finalidade, levou-se a cabo trabalho de campo em tres comunidades de baixa renda do Rio de Janeiro e tres hospitais da rede pública, usando-se os métodos de pesquisa antropológica rápida: entrevistas roteirizadas e abertas, observação-participante e exame de documentação, tratando-se de pesquisa essencialmente qualitativa, embora levantássemos dados quantitativos a partir das variáveis independentes. A população alvo foi constituída por pacientes de abortamento nos 3 hospitais, profissionais de saúde que as atendem, mulheres em idade fértil nas 3 comunidades. Foram realizadas 350 entrevistas, das quais 300 foram selecionadas para análise. A análise mostrou que o perfil médio das usuárias dos serviços de atendimento ao aborto são mulheres jovens (19 anos), com companheiro fixo (embora solteiras), com baixa escolaridade e nível socio-econômico precário. Não estão totalmente desinformadas sobre o uso de anticoncepcionais, tendo acesso relativamente fácil aos mesmos. No entanto, a falha no uso de anticoncepcionais (38%) é alta principalmente devido a falta de entendimento sobre como e quando usar o método escolhido. A maioria das mulheres dizem não ter recebido informação sobre o uso de anticoncepcionais. 40% das mulheres na amostra comunitária fizeram pelo menos um aborto, mas a média do número de abortos por mulher é de 4. A maioria das pacientes hospitalizadas usaram Cytotec para provocar o aborto, enquanto que nas comunidades houve uma variedade de métodos abortivos citados. Nenhuma mulher aceita a idéia de usar o aborto como forma de planejamento familiar. Quase todas se sentem mal e com remorsos por terem abortado, especialmente devido ao fato de que o feto é conceitualizado como um ser vivo, ou imaginado como já sendo uma criança, daí partir a noção muito encontrada, mesmo entre as que praticaram abortos, de que o aborto é um crime. As principais razões para abortar são de ordem econômica. Poucas citaram medo dos pais ou do estigma social, pois nestas comunidades não há praticamente nenhum estigma em ser mãe solteira. Algumas tinham problemas de saúde e não sabiam que tinham direito a um aborto legal se a gravidez impõe risco de vida. Todas acham que devia haver mais informação sobre o uso de anticoncepcionais e planejamento familiar, achando que esta seria a solução para diminuir o número de abortos. No entanto, percebe-se que um dos grandes problemas que estas mulheres têm é de ordem psicológica, pois apresentam baixa auto-estima e pouca iniciativa para lutar por seus direitos. As relações com pessoal de saúde nos hospitais não são muito positivas. As pacientes reclamam de descaso e até mesmo de crueldade. O pessoal de saúde que se deixou entrevistar era do tipo de profissional que tem consciencia para dar um bom atendimento. Os que negligenciam as pacientes do aborto foram os que se recusaram a serem por nós entrevistados. Não se dá informação pos-aborto nos hospitais.

Localização das comunidades e dos hospitais na cidade do Rio de Janeiro.
 Community sites and hospital locations in the city of Rio de Janeiro.

BR RJ00C SH.19.05.F6



1 → Hospital Miguel Couto 2 → Hospital Salgado Filho 3 → H. Fernando de Magalhães

1. FOCO E OBJETIVOS DA PESQUISA

1.1. INTRODUÇÃO

Em 1993, o Núcleo de Estudos da Saúde e Meio-Ambiente do Departamento de Ciências Sociais do IFCS/UFRJ aceitou a incumbência de realizar um estudo sobre a prática do aborto provocado na cidade do Rio de Janeiro, proposto pela Pathfinder Internacional sediada em Salvador, Bahia.

Uma das razões principais que motivavam a idéia de uma pesquisa desta natureza era o fato de que pesquisas recentes (Costa & Vessey, 1993) haviam revelado que a prática do aborto provocado mostrava um sensível aumento no Rio de Janeiro, a partir do uso de uma droga conhecida pelo nome de Cytotec®, que teria o efeito de um abortifaciente, embora fosse indicada para terapias gastro-intestinais.¹ No entanto, ainda não temos informação consolidada no Brasil sobre as cifras de aborto. Estima-se que entre 300.000 a 3 milhões de abortos ilegais são feitos no Brasil anualmente (Singh & Wulf, 1991). Outra estimativa preocupante é a de que destes abortos, mais ou menos 200.000 resultam em óbito da paciente. Além disto, as complicações por aborto ocupam o quarto lugar das causas para internações hospitalares no Brasil (Sorrentino, 1994) assim como a quarta causa para mortalidade materna, mesmo havendo uma subnotificação de mortes maternas.

"De acordo com os registros oficiais, o peso do aborto como causa de mortalidade materna manteve-se praticamente constante durante os anos oitenta: em 1980 era de 13,5% dos decessos maternos, e em 1986 atingiu 13,3%." (FLACSO, 1993:88)

Uma questão fundamental a ser explorada é de como, em um país como o Brasil onde há uma alta porcentagem de uso de anticoncepcionais, a prática do aborto induzido ainda persiste em níveis tão altos. Como o aborto induzido é considerado crime pelo código penal brasileiro (Decreto No. 2848, de 1941 e 1969), as mulheres que recorrem a esta prática correm não somente um risco de saúde, como também legal, pois a penalidade pode ser uma sentença de prisão de um a dez anos. A sentença pode ser dobrada no caso de quem assiste ou induz esta prática.

¹. "Abortion is illegal except in cases of rape or incest or to save the woman's life, so many women resort to over-the-counter purchase of drugs such as misoprostol. This drug is licensed in Brazil for treatment of gastric and duodenal ulcers but has become a popular alternative to more dangerous invasive methods of inducing abortion. Hospital admissions of women with abortions increased more than threefold as sales of the drug rose." (Costa & Vessey, 1993:1259)

Uma das preocupações centrais da pesquisa era verificar se o uso de Cytotec havia se transformado em substituto para uma eficaz prática de controle da natalidade, visto que 57% das mulheres hospitalizadas por complicações resultantes de abortamento haviam usado Cytotec (Costa, 1993). A pergunta, é claro, não poderia ser colocada objetivamente. Tornava-se, portanto, praticamente impossível colocar esta questão como o foco principal da pesquisa devido a sua própria natureza, na qual se ressaltaria um motivo "oculto" - pois o aborto é considerado um crime no Brasil - e que se estaria impondo no lugar de uma motivação legítima e apreciada como o controle da natalidade através de métodos anticoncepcionais.

Pensamos que se estudássemos as atitudes e conceitos relativos ao aborto provocado, assim como se investigássemos as práticas e conhecimentos sobre anticoncepcionais e as que levam ao abortamento, estaríamos chegando perto de um entendimento sobre a relação entre anticoncepção e gravidez indesejada e, conseqüentemente, sobre o uso recorrente não só de Cytotec, como de outras substâncias abortificantes e métodos conhecidos para provocar a morte fetal. Esta investigação, portanto, deveria ser feita através de entrevistas com pacientes hospitalizadas em decorrência de abortamento assim como com mulheres em idade fértil em comunidades de baixa renda, quer tivessem tido ou não experiência com abortamento. Desta forma poderíamos atingir a percepção que as mulheres têm sobre o aborto provocado, mesmo entre aquelas que nunca passaram por esta experiência.

1.2. OBJETIVO GERAL

Centralizamos nossa preocupação, portanto, no esforço de compreender as razões, sejam de ordem social ou pessoal, que levam mulheres de baixa renda a provocar um abortamento sob condições de risco à sua saúde e fecundidade. Espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam para ajudar profissionais de saúde e instituições que trabalham com a saúde reprodutiva da mulher no tocante a projetos que visem minimizar os efeitos deletérios provenientes das práticas arriscadas de abortamento.

1.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Perceber a relação entre conhecimento, uso de e acesso a anticoncepcionais e gestações indesejadas (conseqüentemente um aborto provocado);

- Explorar as crenças e atitudes de mulheres que recorrem ao aborto provocado, assim como os métodos aos quais recorrem para interromper a gravidez indesejada;

- Comparar estas atitudes e práticas com as de mulheres da mesma comunidade que não recorreram ao aborto provocado;

- Levantar os conceitos sobre corpo e saúde (principalmente a reprodutiva), sexualidade, direitos de pacientes e de mulheres, incluindo seu comportamento pro-saúde, assim como o processo de tomada de decisões destas mulheres sobre sua vida sexual e reprodutiva;

- Investigar sobre a qualidade da atenção que pacientes em processo de abortamento recebem nos hospitais públicos aos quais recorrem, assim como sobre atitudes e práticas de profissionais de saúde em relação a estas pacientes;

- Estabelecer protocolos para a realização de pesquisas sobre aborto que possam ser utilizados pela Pathfinder em outras regiões onde trabalhe.

2. METODOLOGIA

Para realizar um estudo deste porte em um tempo limitado e relativamente curto (6 meses para levantamento de dados) e com recursos financeiros também limitados, optamos pelas técnicas de pesquisa qualitativa antropológica contidas no "Rapid Assessment Procedures" (Scrimshaw & Hurtado, 1987). Estas incluem entrevistas abertas roteirizadas, observação, grupos foco e leitura de documentação pertinente. Tais instrumentos foram aplicados a tres níveis ou categorias distintas de informantes: mulheres hospitalizadas, mulheres em idade fértil nas comunidades, e profissionais de saúde (médicas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais, psicólogas/os, administradores).

2.1. COMPONENTES:

2.1.A. ENTREVISTAS ESTRUTURADAS/ROTEIRIZADAS E ABERTAS:

A pesquisa teve como foco para entrevistas: - pacientes hospitalizadas por complicações do aborto, em tres hospitais públicos municipais de referencia, ou seja, Hospital Miguel Couto, na Gávea, Hospital Fernando Magalhães, em São Cristovão e Hospital Salgado Filho, no Meier; - mulheres em idade fértil em tres comunidades de baixa renda do Rio de Janeiro, ou seja, favela da Mangueira, favela da Maré (Vila do João) e favela de Ramos. Além disso, entrevistou-se profissionais de saúde que atendem as pacientes em processo de abortamento nos tres hospitais e em dois postos de saúde das comunidades da Vila do João e do Morro do Urubu.

Inicialmente, projetamos conduzir entrevistas rápidas do tipo KAP com as pacientes hospitalizadas. Embora tivéssemos o roteiro da entrevista, o qual aplicamos a algumas pacientes, cedo verificamos que o material de discurso aberto proveniente das pacientes voluntariamente era tão pertinente que decidimos incluir as perguntas abertas que pertenciam ao roteiro de

entrevistas para as mulheres nas comunidades. Por problemas surgidos durante a pesquisa não foi possível conduzir entrevistas com grupos foco.

A grande maioria das entrevistas foram baseadas em roteiros específicos (ver appendix A), com algumas questões iniciais fechadas para elicitarem as variáveis independentes. Nas entrevistas com mulheres das comunidades, estas variáveis eram: idade, residência, status marital, nível socio-econômico (escolaridade, emprego, eletrodomésticos, tipo de casa, etc.), número de filhos vivos, número de gestações e de abortos.

O restante das entrevistas com mulheres era composto por perguntas abertas que elicitavam respostas aprofundadas sobre conhecimentos, atitudes, práticas, opiniões e acontecimentos por parte dos entrevistados, elicitando respostas sobre uso de anticoncepcional, noções sobre corpo, gravidez, menstruação (sexualidade e fertilidade), decisão sobre aborto, métodos para abortar, uso de serviços de saúde, relação com profissionais de saúde e opinião sobre os serviços.

As entrevistas com pacientes seguiu o modelo adotado para o roteiro das mulheres de comunidades e, como já foi dito, passou da entrevista tipo KAP para uma forma mais aprofundada de conversa.

O roteiro para entrevistas com profissionais de saúde abordava questões que visavam esclarecer não só as atitudes destes profissionais sobre as pacientes em processo de abortamento, como também sobre a qualidade da assistência, o preparo da equipe e do hospital para atender a estas emergências de complicações do aborto, quer o induzido ("evitável") ou o espontâneo ("inevitável").

2.1.B. OBSERVAÇÃO:

Cada pesquisador teve a incumbência de observar os detalhes que perfazem o que o antropólogo inglês Malinowski chamou de "os imponderáveis da vida diária", ou seja, aquilo que só se torna visível aos olhos de um bom observador do cotidiano e das rotinas sobre as quais as pessoas não falam, de tão costumeiras que são. Da mesma forma, os eventos extraordinários também foram registrados como forma de estruturação da realidade sendo examinada, para que se pudesse contextualizar texto e memória dos discursos elicitados pelas entrevistas abertas. Os pesquisadores, portanto, observaram e registraram em seus cadernos de campo dados principalmente sobre: as condições sanitárias em geral dos ambientes visitados, a qualidade de atendimento na sala de espera e na enfermaria, a relação paciente/profissional de saúde.

2.2. AMOSTRAGEM:

A pesquisa qualitativa, especialmente do tipo RAP, não procura grandes números de informantes como base para coleta e análise de dados, mas sim a representatividade da amostra. A abordagem qualitativa privilegia aquilo que as pessoas têm a dizer com suas próprias palavras, isto é, sua visão de mundo, de forma que o pesquisador pode registrar tais dados qualitativos e compreender as pessoas de acordo com seus próprios termos. Este tipo de pesquisa dá lugar a dados que consistem de descrições detalhadas sobre situações, eventos, pessoas, interações pessoais, assim como a citações diretas das pessoas sobre suas experiências, atitudes, crenças e pensamentos. Um número muito alto de informantes só serve para confundir os dados principais, tornando-se na maioria das vezes numa confluência de respostas repetitivas e que não acrescentam muito ao resultado final da análise.

A população alvo tendo sido definida - mulheres em idade fértil de tres comunidades de baixa renda, pacientes hospitalizadas por complicações de abortamento e profissionais de saúde que atendem estas pacientes - tornou-se relativamente fácil definir o tipo da amostragem. Nas comunidades seriam mulheres escolhidas a esmo entre pacientes cadastradas no centro de saúde local e outras não cadastradas, também escolhidas a esmo, constituindo portanto numa amostragem representativa, mas randomizada em que 30 foram ouvidas em Ramos, 51 na Mangueira e 49 na Vila do João, totalizando 130 entrevistas domiciliares.

Nos hospitais, tratava-se simplesmente de procurar as pacientes nas enfermarias onde ficavam as que tinham abortado. Embora tivéssemos proposto 5 pacientes por dia em que o/a pesquisador/a estava no local, chegando a um número de 50 pacientes por hospital, o que aconteceu é que havia dias em que haviam 1 ou 2 pacientes, ou então as que estavam na enfermaria não estavam em condições para serem entrevistadas. O total de entrevistas aprofundadas com pacientes foi de 110, que resultou em dados significativos em termos de fidedignidade e replicabilidade, que puderam, portanto, serem analisados comparativamente. No entanto, não foi aplicada a entrevista do tipo KAP em mais do que um número reduzido de pacientes.

Quanto aos profissionais de saúde dos tres hospitais e de dois centros de saúde, ouviu-se uma média de 20 profissionais em cada hospital e mais tres profissionais do Posto de Saúde de Ramos. Procurou-se cobrir a maioria dos profissionais de cada plantão, especialmente os responsáveis pela obstetrícia, tóco-cirurgia e enfermagem.

2.3. COLETA DE DADOS: EQUIPE E TEMPO DE PESQUISA.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos: de Setembro a meados de Dezembro de 1993, de Março a Junho de 1994. A transcrição das fitas e preparo dos catálogos computadorizados

estendeu-se até Setembro de 1994, quando então foram todos entregues a coordenadora principal para análise final dos dados.

A equipe estava constituída de:

- uma coordenadora principal: Dra. Clarice Novaes da Mota;
- seis pesquisadores de nível de pos-graduação: Profa. Maria Lina Leão Teixeira, Ana Cristina Mandarino, Estélio Gomberg, Rosa Maria Magalhães, Yara Marques Cortez e Ana Lúcia Blanc;
- tres alunas de graduação para a tarefa de transcrição das entrevistas e uma secretária-digitaladora.

Durante o processo da pesquisa alguns problemas sérios de cunho pessoal, assim como técnico, modificaram a composição da equipe. A Dra. Clarice foi hospitalizada em Outubro de 1993, necessitando de cirurgia e ficou incapacitada para seguir de perto o trabalho de campo, a não ser através de relatos pessoais e reuniões. Em janeiro de 1994, a mesma aceitou um cargo em IPAS, nos Estados- Unidos, mudando-se para lá e passando a coordenação para a Profa. Maria Lina. Em março de 1994 esta também precisou afastar-se da pesquisa pois estava terminando de escrever sua tese de doutorado e a coordenação passou a ser dividida entre Rosa Maria Magalhães e Yara Marques, sob a supervisão (ao longe) da Clarice. Nesta mesma época verificou-se que o trabalho de transcrição e digitação das numerosas (330 ao todo) e longas entrevistas era muito vasto, sendo preciso incluir mais duas pessoas para auxiliar nestas tarefas. Todo o trabalho de análise de dados originados pelas entrevistas e anotações de cadernos de campo ficou nas mãos da Dra. Clarice, a qual trouxe toda a documentação para os Estados- Unidos. O processo de leitura e análise dos dados só foi iniciado em Novembro de 1994 e terminado em Janeiro de 1995.

3. CARACTERISTICAS DAS COMUNIDADES E DOS HOSPITAIS

3.1. AS COMUNIDADES NAS FAVELAS

As vizinhanças popularmente conhecidas como "favelas" são agrupamentos urbanos com sistemas bastante precários de luz, água e esgoto, condições de vida geralmente ruins, com um meio-ambiente altamente poluído, onde vivem famílias de baixa renda, assim como grupos de marginais que comandam o tráfico de drogas ilegais e a sociedade da favela. Oficialmente, estas vizinhanças são chamadas de "sistema de assentamento de baixa renda" e estão sendo estudadas e catalogadas, de forma que já se dispõe de alguns dados básicos sobre a vida nas favelas.

"Esse contingente de assentamentos é composto de 573 favelas cadastradas e mapeadas (...) e sua população representa 17,7% (962.793 habitantes) da população do Rio de Janeiro (...). Em relação a área total do Município do Rio de Janeiro de 1.25 bilhões de M2, temos 2% desta ocupados por favelas." (IPLANRIO, 1994)

A Mangueira pertence ao bairro de São Cristovão, zona norte do Rio de Janeiro, estando localizada muito próxima ao campus da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sua população é de 6.205, sendo que estão cadastrados 4.566 domicílios, ocupando uma área de 24 mil m². Os sistemas de esgoto, água, drenagem é da rede parcial oficial. A limpeza pública é parcial e a coleta de lixo domiciliar é insuficiente. Está localizada numa encosta regular, mas quando por ocasião das chuvas que desabam sobre a cidade sofre perigo de desabamento e deslizamento nas encostas.

A situação do tráfico de drogas em Mangueira estabelece um clima de tensão e de eterna possível violência. As pesquisadoras que entrevistaram mulheres da Mangueira tiveram várias oportunidades de encontrarem rapazes armados com metralhadoras e pistolas nas ruas de acesso ao topo da favela, sendo que não houve problema com a presença delas pois haviam sido devidamente "autorizadas" a entrar na favela, a partir de sua apresentação pela chefe de um posto de saúde local (Posto do Buraco Quente). Também passaram pela experiência de observar a invasão da favela por tropas da polícia militar, causando o pânico habitual entre mulheres e crianças que corriam esbaforidas para se esconderem em suas casas. Como elas estavam a salvo dentro do posto de saúde, esta foi mais uma ocasião em que o perigo do viver ou simplesmente estar na favela não as atingiu diretamente. No entanto, puderam sentir de perto a precariedade das condições de vida e o que as pessoas têm que enfrentar diariamente para sobreviver.

Há dois postos de saúde na Mangueira. O Posto do Buraco Quente foi por onde as pesquisadoras tiveram acesso a pacientes e moradoras da favela. Tem esse nome por estar localizado no "buraco quente" da Mangueira, isto é, na principal "boca" ou ponto de comércio de drogas. É um posto comunitário com 5 anos de funcionamento, administrado pela Paróquia N.S. da Glória. A casa do posto foi comprada com verba da paróquia que a sustenta e de igrejas católicas estrangeiras. 16 senhas diárias são distribuídas aos clientes para as consultas da manhã e da tarde. Os profissionais de Pediatria e Clínica Geral, que ali atendem, são contratados pela Secretaria Municipal de Saúde. Havia um consultório de ginecologia mantido pela BENFAM, mas que foi suspenso no primeiro semestre de 1994. A BENFAM também distribui preservativos aos homens da comunidade, embora só por volta de 30% desses preservativos são solicitados por residentes, enquanto que a maioria vai para pessoas de fora da comunidade.

O outro posto médico é o da Golden Cross, localizado na Vila Olímpica da Mangueira, na parte baixa do morro e lateralizado pela linha ferroviária. Os serviços prestados são: Clínica, Ginecologia, Pediatria e Odontologia. Atende a atletas locais e moradores dos morros próximos e que perfazem a Mangueira, mesmo os não associados a esta empresa de seguro de saúde. Uma das

exigencias, no entanto, que este posto coloca aos clientes é que venham "adequadamente" vestidos para as consultas. Isto significa que não podem usar "shorts" e as mulheres não devem usar blusas e saias curtas e/ou insinuantes.

A Escola de Samba da Mangueira cede sua quadra de ensaios de Carnaval para as campanhas de vacinação trazidas por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde. Outras referencias para serviços de saúde próximos ao morro são: Centro de Saúde Municipal de São Cristovão, Posto de Atendimento Médico de São Francisco Xavier, e o Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, em Vila Isabel.

A Secretaria Estadual de Saúde está construindo um posto de saúde baseado no modelo de médico de família, porém não há previsão para o início de suas atividades.

A comunidade de Ramos já apresenta características bem diferentes das da Mangueira, pois é uma área muito extensa (688 mil m²) com 31.635 domicílios, já nem sendo mais considerada como "favela" mas como "bairro". Está marginal à Avenida Brasil, que é a principal via de acesso à cidade do Rio de Janeiro e bordejando a baía de Guanabara, portanto cheia de praias poluídas, impróprias para banhos de mar e mangues mal-cheirosos. No entanto, é um bairro bastante urbanizado, com calçamento, rede de esgoto e de drenagem oficial, luz elétrica e sistema de água. A coleta de lixo domiciliar é precária.

A Vila do João faz parte da favela da Maré, que também é bastante extensa, ocupando uma região que faz limite com a avenida Brasil, com as vias de acesso às ilhas do Fundão (onde se encontra o campus principal da Universidade Federal do Rio de Janeiro) e do Governador e os mangues que separam o continente das duas ilhas. A UFRJ realiza um trabalho comunitário na Vila do João, especialmente no que se refere a atendimento médico no posto de saúde que está ligado ao Hospital Universitário.

3.2. OS HOSPITAIS

3.2.1. HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO:

Este hospital, localizado na Gávea, zona sul da cidade, é caracterizado como um hospital geral, que atende pacientes de toda a cidade, principalmente os de baixa renda, assim como de outros municípios do estado do Rio de Janeiro. É considerado como um hospital de referencia para os casos de complicações do aborto. Serve muito à população da Rocinha, uma das maiores favelas do Rio de Janeiro, localizada entre Gávea e São Conrado, dois bairros nobres da cidade. O Hospital Miguel Couto inclusive mantém uma forte cooperação com o Posto Municipal de Saúde que está localizado na Rocinha.

A maternidade do hospital fica localizada depois de se passar pela Ortopedia, quando se entra pela porta principal, e cruzar uma área interna, que sempre está muito quente. O ambiente da sala de espera da maternidade também é super-aquecido e com pouca ventilação. Ao chegar-se à sala de espera, uma vigilante (segurança) é quem recebe a paciente e comunica sua presença ao profissional de enfermagem encarregado pelo primeiro atendimento. Antes disso, a paciente foi encaminhada por um dos seguintes serviços: o ambulatório da maternidade ou a emergência do pronto-socorro. Esta é uma das razões pelas quais há uma grande afluência de pacientes e instabilidade de horários para atendimento.

Após a sala de espera há uma porta que dá acesso à parte interna da maternidade. O lado direito abrange o almoxarifado, sala de parto, quarto dos médicos, quarto de enfermagem, sanitários dos funcionários e posto de enfermagem. Do lado esquerdo fica a sala dos médicos, sala de exame médico, sala de ultrassonografia, sala de curetagem e exame clínico, enfermaria de pacientes de aborto, enfermaria de parturientes e berçário. A presença da Igreja Católica faz-se sentir: há folhetos sobre "batismo de crianças em casos de emergência" afixados nos corredores da maternidade, no qual se refere aos "fetos abortivos" que também - segundo este folhetim - devem ser batizados "na esperança de que a alma delas ainda esteja presente". Não se pode supor que isto tenha um impacto positivo por parte das pacientes que chegam abortando.

3.2.2. HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO

Localizado no Meier, subúrbio carioca da zona norte, é um hospital geral com atendimento de emergência (pronto-socorro) e maternidade. Atende uma clientela de baixa renda de todos os subúrbios, apresentando um fluxo muito grande de atendimento em vários de seus setores.

Ao chegarem, os pacientes passam por uma triagem e são encaminhados aos setores. Via de regra esta triagem é feita pelo segurança do hospital que se encontra na porta principal e que, pelo relato do paciente sobre seu problema, faz o encaminhamento diretamente. Esta atuação inusitada do segurança é muito encontrada nos hospitais públicos do Rio de Janeiro.

No andar da gineco-obstetrícia, as pacientes são examinadas primeiramente pelo médico de plantão que encaminha as que vão ser internadas para a enfermaria correspondente. No mesmo andar existe uma enfermaria destinada aos casos de abortamento, uma segunda reservada aos abortamentos infectados e mais outra para as parturientes. A sala de curetagem fica fora do centro cirúrgico e ao lado da enfermaria de abortamentos. Por sua vez, esta enfermaria fica do lado oposto ao da enfermaria de parturientes, que está, por sua vez, ao lado da sala de parto,

do centro cirúrgico e da sala dos médicos.

Na sala de curetagem existem tres bancadas de ladrilhos que são usadas para o leito cirúrgico. Há um aspirador elétrico para aspiração intra-uterina, mas que, segundo os depoimentos do pessoal de enfermagem, jamais foi utilizado. As condições de higiene em geral não são nada boas, pois até baratas foram encontradas pelos pesquisadores. A iluminação no corredor, nas enfermarias e nas salas de curetagem e parto é muito precária, assim como a ventilação, pois não há janelas e sim basculantes, não existindo nenhuma fonte de ventilação artificial.

3.2.3. HOSPITAL MATERNIDADE FERNANDO DE MAGALHAES/INSTITUTO MUNICIPAL DA MULHER:

Localizado no bairro de São Cristovão, zona norte do Rio de Janeiro, atende bastante à população feminina da Mangueira, sendo sua clientela predominantemente de baixa renda. Trata-se de um hospital especializado em gineco-obstetrícia, com maternidade de alto-risco e UTI neo-natal.

A triagem das pacientes é feita no andar térreo por médicos, que as encaminham para os andares correspondentes aos casos. A única enfermaria para pacientes com abortamento fica no penúltimo andar, as outras duas são para parturientes normais e as de alto risco. O centro cirúrgico fica no último andar, assim como a sala de pré-parto e de curetagem. O número de atendimentos ao abortamento é pequeno, se comparado com os dos outros dois hospitais estudados. O diretor informou que assim é devido a esta ser essencialmente uma maternidade para casos de gestação de alto-risco. Outra informação de sua parte foi que estavam tentando dar início a um projeto de aborto legal para atender as grávidas em consequencia de estupro e as em risco de vida.

As condições de higiene são boas, assim como a iluminação. Não existe, porém, ventilação artificial. Quanto aos profissionais, nossa impressão sobre o trabalho e comprometimento dos mesmos foi bem mais positiva no Miguel Couto, embora a razão principal fosse de que naquele hospital houve uma maior receptividade e cooperação para com os pesquisadores, de forma que foi possível ter uma idéia mais substancial sobre o atendimento e sua rotina de trabalho. No Miguel Couto o único problema para entrevistar os profissionais foi com a questão do tempo gasto na entrevista, pois procurávamos o pessoal de plantão que se encontrava sempre muito ocupado.

Nos outros dois hospitais, no entanto, houve muita resistencia por parte das equipes de plantão. No Salgado Filho, embora já tivéssemos a permissão da Secretaria Municipal de Saúde e do Diretor do Hospital, a encarregada do plantão não permitiu a entrada das pesquisadoras em sua primeira visita, alegando que não havia recebido ordens. Depois de resolvido este problema,

houve muita dificuldade para conseguir entrevistas da equipe médica que se mostrou sempre bastante arredia. Uma plantonista, inclusive, recusou-se terminantemente a ser entrevistada e ficou declarando em voz alta para todos escutarem que não queria falar sobre "mulheres que não têm a menor vergonha na cara". O pessoal de enfermagem, pelo contrário, foi bastante acessível, embora receioso de quaisquer consequências que suas declarações pudessem ter. As auxiliares de enfermagem foram capazes de afirmar que tinham medo de se comprometerem com suas palavras. O mesmo se deu no Fernando de Magalhaes, tanto o receio das enfermeiras e auxiliares, como a falta de acesso aos médicos. Houve casos de plantonistas faltarem com a devida cortesia para com as pesquisadoras, dando-lhes as costas e recusando-se a falar com elas. As pesquisadoras também foram abordadas pela segurança do andar onde se encontravam, mesmo tendo permissão total da direção para estarem ali. Tiveram suas bolsas revistadas e foram questionadas em pleno corredor, criando uma situação bastante vexaminosa para elas.

4. RESULTADOS

4.1. DADOS QUANTITATIVOS

Resultaram de: o agrupamento de respostas a perguntas quantificáveis sobre variáveis independentes, a contagem pura e simples de entrevistados que responderam sobre determinados itens (tais como: método de contracepção utilizado) e de determinadas maneiras (tais como: número de pacientes a favor da legalização do aborto). Estes dados emergem das entrevistas e são passíveis de serem assinalados numericamente. Alguns quadros resultantes destes dados foram incluídos ao longo do trabalho. O perfil das pacientes e mulheres das comunidades vem a seguir:

Quadro #1: Porcentagem de pacientes no Miguel Couto (MC), Fernando Magalhães (FM) e Salgado Filho (SF), por estado civil e idade.

		MC	FM	SF	Média Total
	casada	50%	20%	18%	29%
ESTADO	solteira	33%	60%	45%	46%
CIVIL	separada	5,5%	10%	18%	11%
	companheiro	11%	10%	18%	13%
IDADE	14-20	27%	20%	36%	27,6%
	21-25	16%	30%	18%	21,3%
	26-35	22%	40%	27%	29,6%
	35>	16%	6,6%	18%	13,5%

QUADRO # 2: Estado civil e historia da fertilidade de mulheres entrevistadas em MARÉ, MANGUEIRA e RAMOS, R.J., 1993/4.

	Maré no. (%)	Mangueira no. (%)	Ramos no. (%)
Mulheres com filhos	44 (87,8%)	37 (90%)	32 (66%)
CASADAS	19 (38%)	14 (34%)	16 (33%)
SOLTEIRAS	27 (55%)	24 (58%)	16 (33%)
AMIGADAS	03 (06%)	-	08 (25%)
VIÚVAS	-	02 (4,8%)	04 (08%)
MULHERES QUE ABORTARAM	18 (36,7%)	22 (53,6%)	28 (58%)
CASADAS QUE ABORTARAM	07 (14%)	08 (19,5%)	04 (08%)
USAM CONTRACEPTIVO	22 (44,8%)	19 (46%)	32 (66%)
FALHA DO CONTRACEPTIVO	07 (31,8%)	08 (42%)	16 (33%)
TOTAL DE ENTREVISTAS	49	41	48

QUADRO # 3: Idades e médias relativas à vida reprodutiva de mulheres em idade fértil - MARÉ, MANGUEIRA e RAMOS, RJ, 1993/4

	Maré	Mangueira	Ramos
Média de filhos/mãe	02,2	02,5	02,7
Média de abortos/mulher	03,83	02,13	02,2
Número máximo e mínimo	32/01	13/01	06/01
Média idade 1a.menses	12	12	12
Idades máxima e mínima	18/11	16/09	(17/11)
Média idade 1a.gravidez	19	19	17
Idades máxima e mínima	37/13	36/10	23/12
Média idade 1o.aborto	19	17	16
Idades máxima e mínima	33/14	37/10	21/14

Quadro # 4 - Principais profissões e ocupações das mulheres das comunidades em Maré, Mangueira e Ramos, RJ, 1994.

Ocupações	Maré		Mangueira		Ramos	
	no.	%	no.	%	no.	%
Serviços domésticos	15	30%	13	31%	08	16%
Dona-de-casa ou desempregadas	19	38%	17	41%	32	66%
costureira	03	06%	02	04%	-	
operária	02	04%	01	02%	-	
servente	03	06%	02	04%	-	
manicure	01	02%	02	04%	-	
outras	06	12%	04	09%	08	16%

No Miguel Couto, 16% das entrevistadas não revelaram sua idade, e no Fernando Magalhães também ficamos sem a idade de 6,6% das entrevistadas. Enquanto o número de pacientes solteiras nos hospitais é maior, a idade flutua bastante, havendo um número um pouco maior na faixa etária entre 26 e 35 anos. Os limites de idade foram 14 anos e 42 anos, portanto no início como no final da vida reprodutiva encontramos pacientes tendo abortos.

4.2. DADOS QUALITATIVOS

4.2.1. VISAO DE MUNDO DA MULHER

"...Não deve nem pensar em fazer isso. Me arrependi de ter tirado. É muito ruim mesmo...Deve ensinar a tomar remédio prá evitar. Os hospitais deveriam dar os remédios." (33 anos, casada, 1 aborto provocado)

Alguns dos depoimentos se contradizem totalmente e as opiniões sobre o aborto, sobre a legalização do aborto e os direitos da paciente são as mais variadas possíveis, não havendo a possibilidade de um consenso. No entanto, uma coisa é certa: qualquer destas idéias, sentimentos e opiniões estão permeados pela visão culturalmente construída e compartilhada de que o feto, desde o momento da concepção, já é um ser humano; ou seja, longe de ser um embrião, um potencial de ser humano, o feto - mesmo no estágio de zigoto - já é considerado como "o bebê", "a criança". É fácil perceber como no imaginário social o aborto representa a morte de um ser humano, dotado de alma, sentimento, pensamento e até mesmo ação, e não a interrupção de uma gravidez

que teria o potencial de produzir uma criança. Não há, portanto, neste mundo assim ordenado, uma fase de transição, ou de formação: os seres simplesmente são criaturas humanas desde o momento em que "entram na barriga da mãe", entrando já completo, formado, uma criança que, se for "tirada", está sendo morta, assassinada. Daí o grande sentimento de culpa, o remorso que pervarve uma grande parte das entrevistadas.

- O QUE É O ABORTO:

O aborto, portanto, tem tres categorias: "tirar o bebê", que seria o aborto induzido ou provocado, o "espontaneo" e o "natural". Este último representa "a vontade de Deus".

O aborto é entendido como provocado quando a mulher vai a um aborteiro, seja numa clínica, ou numa "curiosa" para "tirar" o produto da concepção. Isto se dá quando ela paga alguma quantia a essas pessoas e "a criança" é tirada, mesmo estando "viva". Quando a mulher provoca o seu aborto em casa, por diversos meios (Cytotec, chá abortivo, permanganato de potássio na vagina, etc.) ela "mata o neném", que então tem que ser tirado já morto e para tanto ela vai à emergencia de algum hospital-maternidade de referencia para abortamento. Esta segunda forma de abortar - provocando a morte do feto - é vista pela maioria das entrevistas como sendo também um aborto espontaneo.

"O provocado pode ter consequencias bem sérias, é uma coisa que você está gerando, e você, forçando, vai tirar. Não é como se perdesse a criança: é diferente de procurar um médico e tirar..."

O aborto é "natural" quando a mulher não fez nada para provocar a morte fetal, mas "levou um tombo", "caiu da escada", "apanhou do marido", "levou um susto", "foi a vontade de Deus" que são as razões encontradas para um abortamento não induzido de propósito. O propósito de "tirar a criança" é o que realmente diferencia uma categoria de aborto das demais e o que torna a mulher numa "assassina", "criminosa" e que a faz sentir remorsos.

"No espontaneo ela leva um tombo e o útero rejeita, agora no provocado ela só pensa em tirar o filho. O espontaneo é da natureza e o forçado é safadeza."

O que se notou também é que raramente se fala dos homens, dos pais destes abortos, como estando envolvidos nos mesmos, a menos que eles tenham batido na mulher e ela tenha "perdido a criança" como resultado. Assim mesmo, não se culpa o homem porque se acredita que ele não teve a intenção malévola de provocar o aborto. Algumas mulheres declararam que os companheiros não queriam que elas tivessem um filho e fizeram com que elas abortassem. Alguns médicos também encontraram a rejeição paterna como tendo sido o motivo que levaram suas

pacientes a provocar o aborto. Culturalmente, portanto, o filho pertence à mãe, estando seu destino ligado ao dela. A decisão de abortar - mesmo quando feita em conjunto com o pai, ou outros da família - acaba sendo uma carga somente da mãe.

"Não gosto nem de lembrar, arrependida que eu estou do que eu fiz, mas eu não podia deixar vir mais dois filhos, a situação ia ficar mais ruim pra mim porque eu já trabalho pra sustentar um, aí não ia dar como sustentar dois só com um salário mínimo."

P - "O seu companheiro sabia que voce ia fazer um aborto?"
 "Sabia, mas ele muito tempo não arruma um emprego, não trabalha, aí ele falou 'já passa dificuldade com um vai ficar passando com dois?' Aí eu tive que tirar." (23 anos, amigada, 1 aborto provocado, 1 filho)

"Meu marido falou que não queria, né? 'Não dá porque a gente já tem dois filhos.' Ele tem um filho com uma outra mulher e eu tenho o meu. Eu falei assim: 'então eu vou tirar.'" (25 anos, casada, 1 aborto provocado)

Estes depoimentos fazem lembrar as palavras da Irmã Ivone Gebara, de Recife, ao declarar que "os pais abortam os filhos com palavras." Também reforça o que foi colocado em outro estudo sobre o aborto de que "as mulheres unidas planejam a sua fecundidade recorrendo ao aborto apenas para espaçar um nascimento do outro e/ou manter o número de filhos dentro dos limites considerados como ideal." (Sousa e Silva, 1944:23).

- OPINIOES

Quadro # 5: % de pacientes e mulheres por opinião expressa sobre ter aborto legal nos hospitais públicos

OPINIAO	MC	FM	SF	Comunidades
a favor	27%	50%	45%	38%
contra	33%	30%	45%	61%
depende	40%	20%	10%	11%

"Do jeito que está o mundo, a gente cria um filho com o maior amor prá depois ficar apanhando por aí, de polícia e ladrão. E depois é a fome...Acho que todo mundo tem o direito de opinar se quer ter um filho ou não." (35 anos, casada, 2 abortos provocados)

"...eu acho que a igreja está muito envolvida nisso, acho que se a coisa fosse de outra forma que dizem, que outros países têm...quer dizer, eu paguei 70 mil por quatro comprimidos (Cytotec) e ainda tive que vir aqui (hospital)!"

(29 anos, casada, 4 abortos, 3 com Cytotec)

"Sou contra o aborto provocado, porque eu acho que se um ser foi mandado pelo nosso Superior, então eu acho que ele tem todo o direito de vir e sair o dia que ele quiser, eu sou contra." (41 anos, amigada, 1 aborto provocado)

As opiniões são muito contraditórias. Encontramos mulheres que fizeram vários abortos e que são contra a legalização do aborto ou contra os hospitais realizarem abortos, o que nos faz concluir que há, pelo menos, duas maneiras de ser contra:

1. parcialmente, quando se é contra o aborto como anticoncepcional ou como forma de planejamento familiar, mas se aceita como profilaxia ou em casos de a gravidez resultar de estupro, nesse caso se aceita a legalização do aborto ou a possibilidade de os hospitais realizarem abortos legais;

2. quando se é total e incondicionalmente contra o aborto em quaisquer circunstâncias e, portanto, contra a legalização do aborto e a realização de abortos legais nos hospitais da rede pública.

"Acho um pecado tirar uma criança que tá dentro, que já é uma vida...Acho assassinato, eu sou contra porque isso é um crime. Se eu fosse médica, eu não teria coragem de fazer uma coisa dessas não."

Ficou claro para nós que nenhuma das mulheres entrevistadas é a favor do aborto como forma de controle da natalidade ou de planejamento familiar. Igualmente não há uma só mulher que possa falar do seu aborto, ou abortos, como experiências positivas e que desejariam repetir. Todas sofreram, sentiram mal-estar físico e emocional; muitas se sentiram mal-tratadas por seus companheiros e/ou familiares, pelo pessoal médico que as atendeu; outras tantas "tiraram" porque "não tinha outra opção" e se arrependeram amargamente. Enfim, olhando deste ponto de vista, não há realmente ninguém que seja "a favor" do aborto. O que há é a consciência dos direitos da mulher de decidir o que fazer com sua vida e seu corpo, a idéia de que se os hospitais públicos pudessem dar assistência a um aborto seguro, não haveria necessidade de correr o risco de se fazer abortos sob condições de risco, sofrendo sequelas físicas e emocionais.

"Geralmente a situação obriga a gente a fazer o aborto, mas se a mulher pode evitar, tantos meios que tem por aí, eu acho melhor evitar. Eu agora vou evitar o máximo, tentar ligar (as trompas)." (25 anos, solteira, 2 abortos espontaneos)

Sem embargo, as opiniões expressas contra qualquer tipo de procedimento que induza ao aborto ainda são em número um pouco

maior, mesmo quando uma boa parcela das mulheres entrevistadas (45%) nas comunidades tenham feito pelo menos um aborto provocado e mesmo entre as mulheres hospitalizadas por terem provocado o aborto.

"Tem umas que tira porque é sem-vergonha, que vive na favela e nem que cuida dos filhos." (15 anos, casada, 1 aborto espontaneo)

"Não acho certo (legalizar o aborto). Se ficou grávida é porque quis: tem tanto método para evitar..." (18 anos, solteira, 1 aborto espontaneo)

"Eu acho que é crime uma mulher pegar uma gravidez e depois ir pro hospital tirar a criança!" (casada, 1 aborto provocado)

"Ia virar uma bagunça! Por que uma mulher pega uma gravidez que não quer, vai no posto, explicava, fazia o aborto. Chegava no ano que vem pegava outro filho e fazia outro aborto. Tem que ter um controle familiar."

"Já que fez, tem que aguentar o filho!" (25 anos, casada, 4 abortos provocados)

Neste último depoimento se reflete uma passividade ilusória do "ter que aguentar o filho", quando na realidade nem ela mesma "aguenta", só que seu depoimento adquire significado dentro da cultura da maternidade involuntária, destino da mulher, ou, até mesmo, castigo da mulher (não do homem) porque ela é quem tem que "aguentar" e sustentar o filho. O ser "contra" o aborto legalizado ou qualquer prática que induza o aborto não restringe essas mulheres a recorrerem ao aborto, como já foi evidenciado em outro estudo recente na cidade de São Paulo (Sousa e Silva, 1994). O que é interessante observar é que praticamente nenhum depoimento contra ou a favor do aborto colocou a "santidade da maternidade" como ponto de referencia. As mulheres que desejavam ser mães e tinham passado por um aborto espontaneo, ou mesmo aquelas que provocaram o aborto pelo desejo alheio e não seu, não se manifestavam necessariamente contra o aborto, como evidenciam dois depoimentos que virão a seguir.

As opiniões a favor geralmente se baseiam mais na segurança e na saúde da mulher do que propriamente no direito que a mulher tem de pedir para fazer um aborto.

Um exemplo da necessidade de segurança:

"Eu achava que devia ser liberado, porque de qualquer maneira as mulheres fazem aborto por aí, as clínicas ficam cheias de mulheres fazendo aborto, mulher tomando remédio para fazer aborto, é mais seguro no hospital..." (32 anos,

casada, 1 aborto provocado, 1 gravidez tubária)

Outros depoimentos refletem a necessidade de ter direitos como mulher, como paciente, como pessoa:

"Eu acho que, não vou dizer que é bom, nem que é ruim porque, ..., muitas vezes a pessoa precisa mesmo fazer um aborto, como em caso de estupro. A pessoa é estuprada e fica esperando aquele filho: não é um filho desejado! Então muitas vezes tem que fazer um aborto, então não sou contra não."

"Prá algumas eu acho que seria bom (legalizar o aborto), porque não podia criar, sustentar a criança, acharia que podia permitir isso sim." (23 anos, solteira, 1 aborto provocado)

"Deveria ser legalizado: é melhor do que deixar seu filho passar fome." (solteira, 1 aborto provocado)

"Dependendo do estado dela (mãe) e da criança." (solteira, 1 aborto provocado)

- MÉTODOS USADOS PELAS ENTREVISTADAS PARA ABORTAR:

Quadro # 6: Causas e métodos de abortamento de pacientes e mulheres das comunidades

		MC	FM	SF	Comunidades
CAUSAS	ESP. tombo	11%	0%	10%	10%
	E				
	aborrec.	16%	0%	0%	0%
	não sabe	11%	10%	18%	0%
MÉTODOS					
	outros	16%	10%	18%	20%
DE					
	PROV. Cytotec	11%	20%	18%	10%
ABORTO					
	chás, etc.	11%	10%	9%	2%
	injeção	11%	10%	0%	0%
	clínica	5,5%	20%	18%	20%
	curiosa	5,5%	10%	18%	15%
	nenhum				33%

Os métodos usados para abortar variam muito de acordo com a condição econômica e a época em que o aborto foi realizado. Antigamente, informam as entrevistadas, usava-se mais a sonda colocada por "curiosas", assim como introduzir talo de mamona na vagina, tomar chá de uma erva conhecida como "cabacinha do Norte". Atualmente passou-se a fazer uso do Cytotec, das clínicas que não são tão caras (em Vila Isabel e Madureira, principalmente) e ainda assim das "curiosas" que se apresentam como "enfermeiras". Os métodos e práticas populares são conhecidos através de uma rede informal de disseminação de informação médica sobre remédios, pessoas e lugares onde fazer os procedimentos desejados, ou onde obter as substâncias químicas necessárias.

Uma mulher que já tinha feito, segundo declaração dela mesma, 32 abortos aos 49 anos, fez todos usando sonda e diversas "curiosas" ou aborteiras populares. Aparentemente, nunca sofreu nenhuma complicação, mas outras não tiveram tanta sorte. Uma informante que fez o aborto com uma "enfermeira", teve que ser levada ao Hospital Salgado Filho de emergência, devido a um aborto infectado. Outra paciente teve o útero perfurado e precisou que se fizesse uma histerectomia de emergência, como consequência do aborto feito com sonda. Em depoimento dado no mês de dezembro, uma dessas pacientes que tiveram um aborto infectado, revela o seguinte:

"Em fevereiro desse ano eu peguei outra gravidez (a terceira) e fui nessa mesma moça que eu fui agora. Fiz (o aborto) e não senti nada."

- "Que método ela usa?"

"Ela enfia um ferro lá dentro e faz lá dentro. A pessoa vai para casa sem nada, ela tira tudo lá mesmo."

- "Ela te deu medicamento?"

"Ela dá um remédio pra dor, depois passa um antibiótico pra gente tomar, e depois a gente vem pra casa sangrando mesmo."

- "E o que aconteceu com você?"

"No meio do caminho pra casa eu passei mal, senti muitas dores por baixo da barriga, senti febre. Os guardas ferroviários me trouxeram para cá (Salgado Filho.)"

O número de mulheres fazendo aborto com o uso de Cytotec é quase o mesmo que o das que vão usar os serviços de uma "curiosa". A popularidade do Cytotec tem sido grande, em parte devido ao fato de que se pode fazer "escondido", isto é, sem ter que recorrer a alguma outra pessoa que introduza a sonda ou faça alguma manipulação. Algumas informantes chegaram a chamar aborto de "Cytotec", confundindo o procedimento com o resultado. Outras confundiam Cytotec com anticoncepcional, revelando a idéia do uso de abortivos como controle da natalidade e/ou como contracepção. Nossos casos de uso de Cytotec são bem menores, se comparando com os resultados de outras pesquisas, talvez devido a que tenha se

tornado cada vez mais difícil de encontrar o medicamento. Um outro motivo é que algumas mulheres já tiveram informação, através da rede informal de conhecimento médico, que o Cytotec não é tão "certinho" como se imaginava, sendo que a taxa de falha no seu emprego tem sido proclamada como alta. Algumas pacientes que haviam usado o Cytotec e se encontravam no hospital, estavam muito aborrecidas com o fato de terem tido que se internar, pois tinham acreditado que o "remédio" fazia o aborto completo, não sendo necessário recorrer a uma curetagem. Uma delas reclamou que iria pedir de volta o dinheiro do remédio porque tinha "falhado", ou seja, ela teve que ir para o hospital depois de introduzir o Cytotec na vagina. Não lhe tinha sido informado pelas amigas que poderia vir a ter este resultado.

Uma substancia sendo bastante usada e que muito preocupa aos profissionais de saúde é o permanganato de potássio, que as clientes colocam na vagina no intuito de provocar o aborto. O que acontece é que elas acabam se queimando e se mutilando gravemente, sem conseguir o que queriam, ou seja, sofrendo muito e continuando grávidas. Outras substancias que foram listadas pelas informantes foram quinino, chá de canela, folha de café e outros chás não identificados. Um método muito estranho foi o de botar o pé na água quente, que foi dado como "positivo".

- O CORPO DA MULHER:- INFORMAÇÃO E ORIENTAÇÃO

Ficou plenamente evidente que, pior ainda do que a falta de contraceptivos, o maior problema é a falta de conhecimento sobre o uso adequado destes métodos contraceptivos. A taxa de falha do anticoncepcional é relativamente alta e esta falha se deve, não ao método em si, mas ao pouco conhecimento de como e quando usar o método de escolha. Sem embargo, ainda há uma ausencia substancial no uso de qualquer método, até mesmo quando a mulher tem acesso aos recursos médicos e quando recebeu informação sobre o uso de anticoncepcionais. Os nossos resultados foram:

Quadro # 7: Métodos de contraceptivos usados por pacientes e mulheres das comunidades (alguma vez na vida fértil)

		MC	FM	SF	Comunidades
METODO	nenhum(nunca)	27%	20%	36%	33%
DE	pílula	44%	40%	45%	40%
ANTI- CEPÇÃO	tabela	11%	20%	09%	06%
	injeção	11%	20%	00%	06%
	outros	5,5%	30%	10%	13%
	falha	40%	27%	45%	33% (teve que abortar)

"The lack of contraception is the main reason for the large numbers of unplanned pregnancies and is a major public health issue for Brazilian women. The prohibition of abortion creates a void in which misuse of medicines is one extra complication, mainly because of the poor control of drug marketing." (Coelho et al, 1993:1261)

A pílula é, sem nenhuma dúvida, o anticoncepcional mais conhecido, inclusive várias entrevistadas davam a pílula como sinonimo de anticoncepcional, sendo portanto o "anticoncepcional" por excelencia. Por outro lado, é o método menos compreendido, exatamente por ser o mais usado. Não só não há um entendimento de como este método funciona, como a maioria destas mulheres não entende como seu proprio corpo funciona, como se dá a concepção, de forma que a maioria nem sabe porque houve falha no uso da pílula. Muitas delas, ainda por cima, usam uma medicação que não lhes foi receitada por nenhum profissional de saúde. Elas simplesmente vão numa farmácia e compram a marca de pílula que a amiga, a irmã ou a mãe "receitou". A pílula, ou "o comprimido", conforme é conhecida, também serve como desculpa para não usar nada (já que não se conhece mais nada) porque, segundo um grande número de informantes, ela "faz mal". A outra solução, segundo elas, seria "ligar as trompas", mas nem todas querem fazer isto. Informações bastante comuns nas entrevistas são exemplificadas pelos seguintes diálogos:

- 1 - - "A senhora usa algum tipo de anticoncepcional?"
 "Não uso nada, liguei. Mas eu usei a pílula antes, uns 4 anos, mas eu ficava nervosa, batia nos meus filhos atoa, me dava muita dor de cabeça. Aí eu comecei tabela, não deu certo, peguei meu terceiro filho. Depois voltei para o comprimido, já experimentei vários." (casada, nenhum aborto)
- 2 - - "Quais as maneiras que você conhece de evitar filhos?"
 "Olha, tem o remédio, tem as camisinhas agora, que é muito usada, mas acho muito mais ideal o remédio porque a camisinha pode estourar."
 - "Atualmente você usa alguma coisa?"
 "Não, mas antes eu usava Microvular, mas eu passava muito mal, era muito forte." (1 aborto espontaneo)
- 3 - - "Você usa algum anticoncepcional?"
 "Uso, só que eu vou ter que mudar porque não deu certo. Eu tomei direitinho e não adiantou."
 - "Quem te deu as informações sobre este remédio?"
 "Eu tomei por conta própria, de repente foi por isso."
 (17 anos, solteira, 1 aborto provocado)
- 4 - - "Eu tomava remédio, a pílula. Só que eu estava passando mal e parei de tomar. Não procurei um médico não." (22 anos, solteira, 1 aborto provocado).

- 5 - "Eu usava o Microvular, mas parei porque começava a tomar e vomitava, aí comecei a fazer a tal tabela."
 - "Quem te informou sobre essa tabela?"
 "Foi as amigas." (29 anos, solteira, 1 aborto provocado)
- 6 - - "Você então ficou grávida tomando o remédio?"
 "É a primeira vez porque eu mudei de remédio. Fui no doutor, ele mandou mudar de remédio, passei para a injeção porque estava prejudicando a minha gastrite o remédio. Aí peguei a gravidez tomando a injeção."
 - "Qual era a injeção?"
 "Eu nem lembro o nome!" (15 anos, casada, aborto espontâneo)

Muitas das informantes tinham consciencia de que lhes faltava informação, que algo estava faltando para que pudessem cuidar melhor de sua saúde reprodutiva. Para algumas a solução seria procurar e receber a informação necessitada.

"Eu acho que os médicos deveriam informar, porque muitas fazem (um aborto) e se arrependem." (28 anos, solteira, 1 aborto espontâneo)

No entanto, as vezes a informação não tem o efeito esperado de se tomar alguma medida preventiva, ou então é possível que não tenha sido adequadamente apresentada e portanto não foi feita a assimilação esperada. Uma das entrevistadas, ainda no ginásio e solteira, tendo sido preciso recorrer a um aborto, informa que não usa nada, apesar de ter feito um curso sobre métodos anticoncepcionais no posto médico de sua comunidade. Ela entende sobre a camisinha, mas não pede ao parceiro para que use nada.

Mais uma vez, temos que nos remeter ao fato de que os parceiros sexuais destas mulheres não parecem ter tomado, em nenhum momento, responsabilidade pelo controle da fertilidade do casal. Algumas informantes disseram que o marido, ou companheiro, simplesmente não queria usar camisinha. Elas também não insistiam para que o fizessem, mesmo quando elas sabiam que passavam mal tomando pílula e que podiam ter uma gravidez indesejada, sem contar com a possibilidade de se infectar com AIDS, algo sobre o que nenhuma delas chegou a cogitar.

A maioria quase absoluta destas mulheres disse não ter tido jamais nenhuma orientação para evitar a gravidez indesejada. Isto nos deixou algo perplexos porque mesmo aquelas que foram entrevistadas como pacientes de postos de saúde onde se dava informação sobre contraceptivos, respondiam que não a pergunta sobre orientação para planejamento familiar. Quando fizemos a revisão dos questionários percebemos que em muitos casos tratou-se de uma interpretação diferente sobre o que é uma "gravidez indesejada". Isto ficou evidente quando uma mulher respondeu que já tinha tido uma gravidez "não planejada", mas nunca "indesejada". Por outro lado, as que diziam ter recebido

informação de alguém sobre como evitar filhos, contraditoriamente também respondiam "não" à seguinte pergunta:

- "Recebeu alguma vez orientação para ter somente os filhos que deseja?"

Ou seja, as pessoas informavam sobre como evitar a gravidez, mas nunca ninguém lhes dizia que elas podiam, se quisessem, ter somente o número de filhos que quisessem ou pudessem ter! Isto é, para elas restava a seguinte pergunta: "E eu posso ter só os filhos que quero? Isto me é permitido?" Uma mulher nos falou o seguinte:

- "Dessas gravidezes todas, quantas você não queria ter tido?"

"Acho que pelo certo eu só queria ter um, as outras eu não queria ter não. Eu tive porque fui obrigada."

- "Você fez quantos abortos?"

"Trinta e dois."

- "Alguém lhe ajudou a tomar a decisão de abortar?"

"Decidi sózinha. Decidi porque não tinha condições de ter."
(49 anos, casada)

- USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde, mesmo quando existem e estão ao alcance das pacientes, são usados mais para remediar do que para prevenir.

"A maioria da população nossa não tem o esclarecimento que deve ter. As mulheres dessa comunidade aqui (Maré) não tem uma frequência de ir ao ginecologista para tirar um esclarecimento. Não tem nem recursos pra comprar remédios para evita. O uso da camisinha não acho cem por cento."

Um outro fenômeno é que algumas mulheres, especialmente as mais jovens, não sabem como usar bem os serviços de saúde, mesmo aqueles que estão disponíveis. Uma pesquisadora observou pacientes em Mangueira que chegavam ao posto e ficavam na sala de espera caladas, sem tomar nenhuma atitude. Alguma outra paciente já conhecedora da rotina é que lhes dizia que deviam chegar na mesa da recepcionista para pedir uma ficha de consulta. Nos hospitais de referência, o fato de que o segurança na porta principal faz a triagem informalmente é uma ajuda para pessoas analfabetas ou com pouca iniciativa, que não saberiam para onde dirigir-se se entrassem no hospital sem falar com alguém na entrada. A tendencia dessas pacientes com pouca ou nenhuma educação formal é não fazer perguntas ao pessoal médico e mentir sobre o que entenderam das informações que lhes são dadas. Elas não entendem e fingem que entendem porque sentem vergonha de admitir a extensão de sua ignorância. Não concordamos, a partir dos depoimentos recebidos, que se trata de indiferença por parte

destas mulheres, como alguns profissionais de saúde indicaram.

Por outro lado, o pessoal médico diz não ter o tempo suficiente para orientar e informar, por causa do acúmulo de pacientes e a falta de pessoal disponível para o atendimento hospitalar. Elas recebem alta e vão embora para casa depois de passarem pelo risco de um aborto sem terem maiores informações sobre como evitar outra gravidez indesejada. Simplesmente não há pessoal destinado para esta tarefa. As assistentes sociais estão ocupadíssimas com bebês abandonados por mães carentes. Não foram, de qualquer maneira, apontadas para este serviço. As pacientes, por sua vez, querem - precisam! - ir embora logo. Elas esperam receber serviços de saúde para aquela urgência e não têm muita clareza sobre o que mais seria necessário ter como serviço no hospital ou no posto de saúde.

"Eu queria falar isso aqui: devia ter um hospital assim que ligasse as pessoas quando tivesse muita quantidade de filho, que fosse muito carente. Ou ligasse ou botasse um DIU e, rapidinho, fizesse um meio de evitar. Você sabe, as vezes a pessoa quer evitar filho, mas não dá, aí vai, pega filho e quer tirar. Então se não tem casa pra morar, é pobre e tem mais de dois filho, tem que ligar ou botar DIU. Eu vou falar com a doutora pra ver se eu ligo, só que eu tenho 25 anos e ainda acho que está cedo."

A relação com os profissionais de saúde é, via de regra, difícil para ambos os lados. Nem um nem outro sabe como lidar com a distancia tanto social, como economica, como mental. As pacientes tendem a reclamar da falta de atenção por parte do pessoal de saúde, tanto de médicos como da enfermagem.

"Na hora de fazer uma curetagem eles (pessoal médico) deixam ela lá sofrendo e dizem que se ela aguentou fazer um aborto, ela pode esperar." (1 aborto provocado)

Enfim, as condições hospitalares receberam muito mais comentários negativos do que as relações com o pessoal médico e o atendimento em geral. Uma paciente de 42 anos, internada por aborto espontaneo, fez um comentário bastante politizado:

"Os home devia soltar mais dinheiro aqui prá movimentar as coisa aqui, porque sem dinheiro ninguém faz nada. Se eles soltasse dinheiro lá em cima, as coisa não tava do jeito que tá, porque não é só esse que tá desse jeito. O INPS tá horrível, pior do que esse daqui. A gente não tem um conforto melhor por causa deles, os home da grana. Não são os médico, os médico não tem culpa nisso. Tem culpa os que lutam lá com nossa grana. A boa vontade os médico tem, mas não tem recurso, não tem dinheiro, falta material."

Há depoimentos que refletem revolta e outros resignação. O que permeia estes comentários é a consciencia da pobreza pessoal das pacientes: elas são pobres e, conseqüentemente, o serviço de saúde a disposição delas também é pobre. Um dos hospitais, por exemplo, não dispõe de suficiente roupa de cama para todos seus leitos. As gestantes são avisadas para trazerem lençóis e toalhas. As pacientes do aborto chegam de emergencia e não trazem nada.

Não há chuveiros, a descarga não funciona, a comida é péssima, etc. Mas o que mais perturba as pacientes é a falta de acompanhamento por parte da enfermagem. Em um dos hospitais, uma de nossas pesquisadoras testemunhou uma paciente expelir um feto de 4 meses, sozinha no leito, enquanto gritava pela enfermeira. Esta havia passado, dado uma olhada rápida na paciente e ido embora, sem se reter, dizendo que "ainda falta muito tempo." A tendência foi de se reclamar mais sobre a enfermagem do que do pessoal médico: "Muitas coisas poderiam ser mudadas aqui, como o atendimento. Algumas enfermeiras são muito chatas: acham que a gente está aqui porque gosta." (30 anos, casada, ameaça de aborto) Está também claro que nem todas as enfermeiras são vistas de forma negativa por estas pacientes. As pacientes procuram se aproximar, mas uma chefe de enfermagem declarou que não encoraja nenhuma aproximação afetiva com a paciente. Além disso, essa mesma informante acha que "não há a menor orientação e o grupo (de enfermeiras) não tem uma visão matura do trabalho que deveria ser feito".

São, na realidade, pacientes que estão ali porque não encontraram outra saída para o que para elas foi determinado como uma situação impossível de manter, exceto para as que perderam a gravidez espontaneamente e que, via de regra, estão pesarosas. Em suma, são pacientes que precisam de algo mais, de alguma outra orientação sobre o que fazer para não passar por aquilo mais uma vez. Um dos médicos que tem uma boa relação com suas pacientes em processo de aborto demonstrou o seu entendimento sobre o que elas experienciam naqueles momentos ao declarar:

"Elas são pessoas revoltadas talvez com elas mesmas. Elas são obrigadas a fazer (o aborto), talvez até mesmo porque o marido obrigue, o namorado obrigue, a vida obrigue... De repente é aquele filho que ela queria. As vezes é o homem que ela queria para ela mesma, mas não pode ter. Essas condições que a gente pode captar nelas".

4.2.2. PERCEPÇÃO DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE O PROBLEMA

- O QUE É O ABORTO

Aborto é o fim de uma gravidez por qualquer razão antes que o feto seja capaz de sobreviver fora do útero. A partir das entrevistas, há dois tipos principais de abortos na visão médica: o evitável e o inevitável. No aborto evitável, a paciente chega ao hospital em processo de abortamento, ou abortamento incompleto, e o feto ainda está vivo. O procedimento é colocar a paciente em medicação intravenosa, em repouso e tentar salvar o feto, quer a paciente queira ou não. Se for um abortamento induzido e a paciente insistir que não quer salvar o feto, procura-se manter a vida fetal assim mesmo. O aborto é inevitável quando se verifica que o feto já está morto, ou o abortamento é completo, quando então se procede a uma "curetagem pos-aborto" para retirar os restos ovulares. Além desses, há os abortos infectados. Um dos médicos entrevistados estimou que "de 70 a 80% dos abortamentos são provocados e dessas pacientes, 70 a 80% não falam a causa."

De 15 a 20% de todas as gestações reconhecidas há uma incidência de abortamentos espontâneos. Isto significa que um total de 30 a 35% de todas as gestações terminam em aborto, quer induzido ou espontâneo. Dependendo de se foi induzido ou espontâneo, há complicações que precisam ser tratadas de emergência. No município do Rio de Janeiro em torno de 20% da assistência prestada é dirigida para tratar as complicações do aborto, sendo que 40% dos óbitos estão relacionados ao aborto clandestino.

Em 1991 e 1993, os procedimentos obstétricos nos nossos três hospitais foram os seguintes:

	Partos	Curetagem pos-aborto		
	1991	1991	1993	
Hospital Miguel Couto		1.071	679	909
Hospital Salgado Filho		985	541	621
Hospital Fernando Magalhães		3.308	726	1.038

Isto significa que o número de procedimentos de aborto ultrapassa a metade do número de partos, exceto no Fernando Magalhães, onde os abortos são em número bastante menor, quase $\frac{1}{4}$, relativamente ao número de partos.

- VISÃO SOBRE AS MULHERES

Entrevistamos médicas/os, psicólogos, enfermeiras/os, auxiliares de enfermagem e administradores. Eles descreveram as pacientes que abortam como sendo na maioria jovens, entre 13 a 20 anos, solteiras ou sem companheiros e de nível socio-econômico baixo, provenientes das favelas, empregadas domésticas, etc.: "São pessoas humildes, realmente que são carentes, tanto psicológica como economicamente. São pessoas que são um pouco retraídas pelas sua própria condição econômica (...) O nível de pacientes

aqui está melhorando, mas a maioria é realmente pessoas fragilizadas pela própria condição social." (médico)

Também as descreveram como sendo absolutamente ignorantes sobre sua biologia e incapazes de absorver bem quaisquer ensinamentos que lhes sejam passados durante sua estada no hospital: "Elas tem uma total indiferença em relação à vida fértil delas. Elas não sabem quando foi a última regra, não sabem como a coisa funciona. Uma paciente uma vez me perguntou se tinham tirado os dois úteros dela. Quer dizer, sabe que tem dois em algum lugar, mas não sabe aonde!" (médica)

"A gente tenta informar sobre os métodos contraceptivos, mas elas não absorvem, ..., mas elas não estão muito preocupadas não." (enfermeira). "A maioria que chega aqui é (aborto) provocado. Você vê se a paciente tem capacidade para entender, porque a maioria não sabe nem tomar uma pílula" (médico). "Elas não tiveram planejamento familiar nenhum. A maioria não sabe nem o que é DIU, diafragma. Se elas usam pílula, elas usam errado, não procuram um médico para saber como elas podem evitar." (médico)

Foram descritas como "indiferentes", "agressivas" e até mesmo "chatas", consideradas em geral como difíceis de manipular e até mesmo tratar: "Eu acho que tem um certo cansaço por parte das pessoas que atendem, quando a gente vê as burrices que elas fazem. A gente fica meio cansado às vezes. Você fala: -"porque você fez isso? Não acredito! Você mora aonde? Tem o posto tal, aqui perto tem o planejamento familiar, tem métodos para você fazer, não precisava..." (médica)

As mulheres que induzem seu próprio aborto não são vistas com muita simpatia pelo pessoal médico dos três hospitais selecionados, embora todos se declarassem perfeitamente neutros e que atendem as pacientes de aborto da mesma forma como as demais.

"As mais espertas é que fazem o aborto, que já têm uma certa experiência de vida" (médica). "Porque isso aí para elas se tornou uma coisa natural, uma coisa normal, que todas as amigas fazem, as outras amiguinhas do morro, da favela, já fizeram e vieram para cá (Hospital Miguel Couto)". (médico)

Sabe-se que estas pacientes geralmente têm medo de revelar o que fizeram e porque estão ali, de forma que os médicos tentam persuadí-las a contar como provocaram o aborto, explicando que é para melhor poderem atendê-las. Alguns tentam ser simpáticos e fazer com que elas adquiram confiança neles. Os médicos sugerem que em geral são as enfermeiras de plantão que atendem mal as pacientes em abortamento. A visão das enfermeiras, por outro lado, é dúbia. Algumas dizem exatamente o contrário: que os médicos tratam mal as que estão abortando, inclusive deixando-as para serem atendidas depois das gestantes e declarando coisas do tipo: "Ah, ela provocou um aborto? Então ela pode esperar! Deixa

ela aí sentindo dor". Mas nem todas as enfermeiras se sentem à vontade para tratar destas pacientes: "Não tenho paciência com aquelas mulheres!" declarou uma enfermeira, num desabafo.

Há dois problemas correlatos que contribuem para uma possível má-vontade para atendê-las. Um é o fato de que a crença popular, que rege as relações que qualquer pessoa tenha para com o aborto, é de que "aborto é crime", não só do ponto de vista legal como cultural (sem nem chegar ao religioso, que é mais drástico). O outro é que estas são pacientes geralmente deprimidas, amedrontadas, mal-humoradas, sem nenhuma alegria, enquanto que as parturientes representam um outro tipo de mulher e de paciente: a que está dando a vida e não "tirando o bebê". Numa maternidade, a gestante é a paciente mais querida, além de ser em maior número, e mais respeitada.

"Os profissionais de saúde em geral não aceitam esse tipo de procedimento," declarou um médico, "mas a gente tem que ver que cada um tem a sua razão. Dentro da medida do possível, a gente procura dar apoio e orientação. Porque o abortamento repetitivo acaba fazendo mal organicamente à paciente." No entanto, o pessoal médico compartilha o sentimento de que as pacientes que abortam o fazem porque não sabem como evitar, por ignorância ou por falta de recursos. Isto é, houve uma falha principalmente da parte delas. Alguns dos entrevistados foram da opinião de que se faz pouco no Brasil sobre planejamento familiar e que essa falta de atenção à saúde reprodutiva faz com que o número de abortos, principalmente abortos infectados, continue alto.

"A falta de planejamento familiar leva ao abortamento. No planejamento das famílias de baixa renda, além de informar e mostrar, nós temos que dar os anticoncepcionais. Nem o município, nem o Estado, nem a União pode fornecer: não interessa a eles porque isso não tem um retorno a curto prazo. Existem fundações estrangeiras que trabalham com planejamento familiar, tem o CEPAING, a BEMFAM, o Instituto Fernando Filgueiras. Eles fornecem anticoncepcionais (...) evita que uma paciente faça 6 abortamentos em 2 anos, seja por falta de orientação ou por falta de dinheiro." (médico)

- ROTINA DE ATENDIMENTO

"...o volume aqui é tão grande de abortamento que a gente passa a encarar como uma coisa natural" (médico). "...da parte dos médicos não tem apoio nenhum. Eles não têm rotina nenhuma. É muito difícil trabalhar aqui. Você chega, apaga o incendio e, pronto, vai embora, né? Não tem rotina na maternidade. O trabalho do aborto é uma coisa que elas vem prá cá, ficam internadas três, quatro dias para fazer uma curetagem, mesmo tendo que fazer logo. Por exemplo, ela interna na sexta-feira e só vai curetar na segunda. Não é um procedimento imediato, ela tem que ficar um tempo." (Chefe de Enfermagem)

"A paciente chega lá no pronto-socorro, faz a ficha, ela é encaminhada para cá (maternidade). Ela vem, a gente atende, vê se é um abortamento realmente, se precisa internar ou não. Caso precise, a gente interna, faz via de internação aqui mesmo, vê se é um aborto evitável. Se for evitável, a gente faz todo o procedimento médico e, se não for, a gente também toma uma atitude: bota no soro e depois cureta"... "Normalmente elas ficam internadas. Quando elas chegam sangrando muito, com sangramento intenso, a gente cureta no mesmo dia. Quando o sangramento é moderado, a gente deixa um tempo pro pessoal da rotina fazer a curetagem, que tem um pessoal só para esse procedimento... Tem um médico que é responsável pela curetagem diária. Se houver condições, ela prepara para fazer a curetagem e no dia seguinte vai embora. Fica normalmente internada um dia só porque a gente não tem condições para internar todas as pacientes curetadas." (médico).

"Nos casos em que o feto está vivo, a conduta é manter a gravidez. Você interna a paciente, dá medicamentos para segurar o bebê. O bebê estando vivo, independente dela querer ou não, a conduta é você explicar para ela que "você está num hospital e o que a gente tem que fazer é tentar que o bebê viva" (estagiária).

Note-se que o profissional de saúde do último depoimento também está contribuindo para manter a idéia, a imagem, do feto como um "bebê", ou seja, uma criança já formada, mesmo tratando-se de uma gravidez de 6 semanas, por exemplo, como essa mesma informante disse ser o tempo gestacional médio das pacientes em abortamento. O problema do atendimento não se refere tanto ao profissional que está atendendo, nem às técnicas empregadas por se, visto que são, na maioria, profissionais competentes e experientes. O maior problema da rotina de atendimento é o grande número de pacientes que acorrem ao hospital público, com a concorrente falta de pessoal, de materiais e de equipamento necessário. Apesar de que há material considerado indispensável (para curetagem e anestesia), alguns médicos consideram que as condições materiais dos lugares aonde trabalham são inadequadas.

"O tempo que a paciente leva para ser atendida depende muito do movimento. A gente procura atender sempre o mais rápido possível. As vezes, devido à precariedade das condições tem, vamos dizer, dois fazendo cesária e um fazendo parto..." (médico)

- MÉTODOS USADOS PELAS PACIENTES

"A primeira coisa que você faz é a história. Elas falam que tomou chá, Cytotec ou colocou sonda, ou então que a curiosa colocou alguma coisa lá dentro. Você pergunta, umas falam, outras não, outras mentem, mas no toque você percebe que existe um comprimido lá dentro, um permanganato ou o colo está lacerado." "Antigamente a gente tinha muito caso de aborto infectado. Aí passamos para a fase do Cytotec, quando vem muita hemorragia, mas poucos casos de infecção por que não tinha manipulação. Agora voltaram os casos de infecção." (médica)

Mas, a pesar de muitas pacientes usarem ainda o Cytotec como abortivo, o uso deste remédio foi banido pelo Ministério da Saúde e, portanto, torna-se bastante difícil obtê-lo. Das pacientes entrevistadas nos hospitais, a percentagem das que haviam usado Cytotec era bastante baixa, embora, como já vimos, ainda ser um remédio de referencia tanto como abortivo como contraceptivo. Os médicos continuam achando que o número de pacientes usando Cytotec ainda é bastante alto.

"Agora está na moda o Cytotec. 90% dos casos que chegam aqui com abortamento é Cytotec" (médico). "O maior número é Cytotec. Algumas colocam talo de mamona na vagina, chá, até o próprio Metergim." (Auxiliar de enfermagem)

Numa pesquisa realizada em dois hospitais em Fortaleza, a pesquisadora Chizuru Misago descobriu que 66% das mulheres que fizeram aborto usaram o medicamento Cytotec, só ou associado a outras drogas. Mas no Rio de Janeiro, como o próprio corpo médico está observando, o tempo do Cytotec estar "na moda" está acabando, devido à falta mesmo do remédio. Está se tornando difícil até para o pessoal da saúde obter o Cytotec para induzir o aborto no caso de ovo morto e retido. Na visão médica, isto causa o problema de que as pacientes correm maiores riscos ao tentar o aborto em locais sem condições sanitárias, ou tentarem sózinhas, por meios como o permanganato de potássio.

Qualquer que seja o método usado pelas pacientes, ou a causa do aborto espontaneo, dados recentes indicam uma alta porcentagem de mortes maternas causadas pelo aborto. A Organização Mundial da Saúde estimou que entre 1978 e 1987, o aborto foi responsável por 47% das mortes maternas no Hospital Miguel Couto e 19% no Hospital Salgado Filho, que também apresentou 29% de mortes causadas por sepsia e 24% por hemorragia (WHO, 1991). As tabelas do livro sobre Mortalidade Materna da OMS estão reproduzidas no Appendix.

5. CONCLUSOES

"Mulher alguma, em lugar nenhum do mundo, gosta de fazer aborto. Independentemente de convicções religiosas, valores morais, princípios éticos ou questões sentimentais, ela tem também, medo de morrer." (VEJA, Especial Mulher, 1994)

Há, na realidade, uma única razão para provocar um aborto: a mulher engravidou sem assim o desejar ou planejar. Na visão das mulheres que entrevistamos não há crianças indesejadas, o que há é falta de planejamento para só ter essas crianças desejadas quando é possível tê-las. E porque há tantas gravidezes não planejadas?

Os doutores Pinotti e Faundes declaram que "toda a gravidez indesejada representa uma falha da sociedade em providenciar que a mulher tenha meios de evitar aquela gravidez. Estes incluem informação completa sobre seu corpo, sexualidade, reprodução e contracepção, e também acesso aos vários serviços necessários para que ela possa agir com base naquele conhecimento." (1989)¹

Como vimos nos quadros 2 e 7, a falta de uso de qualquer anticoncepcional é relativamente alta entre as pacientes e mulheres das comunidades entrevistadas, assim como a falha no uso de anticoncepcional. Esta falha se refere ao número de mulheres que admitiram estarem usando algum método de contracepção quando engravidaram.

A porcentagem de mulheres nas comunidades que já tiveram algum aborto também é relativamente alta. Estas mulheres da nossa amostra são, em sua absoluta maioria, pessoas de escassa educação formal, com profissões onde se ganha muito pouco e, portanto, pessoas economicamente carentes. Inclusive a maioria delas é composta de "donas de casa", ou seja, pessoas que não possuem renda própria. As mulheres que fazem algum trabalho em casa para ganhar dinheiro - lavando roupa, fazendo salgados, etc. - foram identificadas na categoria de serviços domésticos, assim como as babás, diaristas e faxineiras. De forma que a segunda categoria profissional a qual as entrevistadas pertence é a de empregadas domésticas que, ou residem em casa aonde fazem seu trabalho, ou vão ao local de trabalho em outra residência mas retornam a suas casas, ou moram no emprego com a família para a qual trabalham. São mulheres, portanto, com muito pouco acesso a

¹ "Every unwanted pregnancy represents a failure by society to provide the woman with ways to avoid that pregnancy. These include full information about her body, sexuality, reproduction and contraception, and also access to the various services necessary to insure that she can act on that knowledge." (Pinotti & Faundes, 1989)

educação e informação sobre assuntos da maior importância para suas vidas, a não ser através do rádio ou da televisão.

Por outro lado, a vida sexual destas mulheres é iniciada cedo, logo após a chegada da primeira menstruação. Sem acesso a informação adequada nas escolas, as vezes sem já nem estarem na escola, com mães que também necessitam de maiores esclarecimentos sobre sua fertilidade, estas adolescentes são candidatas certas a uma gravidez indesejada e a um aborto realizado em condições de grave perigo para sua saúde reprodutiva. De fato, o Ministério da Saúde estimou que "pelo menos 25 abortos em cada 100 são de adolescentes" (Gomes et al, 1992). Na nossa amostra, há informantes que menstruaram com 10 anos, engravidaram e abortaram também com 10 anos de idade, ou seja, imediatamente após o início de sua vida fértil. Outras tiveram o primeiro filho com 12 ou 14 anos. Algumas mulheres tiveram mais de 10 filhos, embora todas declarassem que não tinham recursos economicos que garantissem uma vida melhor para seus filhos.

A razão, o motivo, dado pelas que provocaram o aborto para tomar esta decisão sempre está relacionado à condição econômica, que se revela ou através do abandono - pelos pais, pelo namorado - que teriam de enfrentar caso tivessem um filho, ou a perda do emprego - especialmente no caso das que trabalham como domésticas - ou, por fim, a diminuição dos recursos em casa com a vinda de mais uma criança para sustentar. Em suma, nenhuma determinou que seria "bom" ter um aborto ou deixar de ter um filho. A determinação estava muito mais ligada a não poder, do que a não querer. Muitas mulheres se sentiram aliviadas por terem abortado, outras tantas se sentiram cheias de remorso. A maioria teve que tomar a decisão sozinhas. Muito poucas dividiram o peso da decisão com o marido ou companheiro. A maioria foi sozinha ao hospital quando já estava em processo de abortamento, ou então com uma amiga ou até mesmo com a "patroa" para a qual trabalhavam. As que foram sozinhas, chegaram sangrando no hospital, tendo viajado de ônibus ou de trem para chegarem lá. São pessoas que, dado sua grande capacidade de enfrentar e resolver problemas sozinhas, ainda assim não se mobilizam para lutar por seus direitos, talvez até porque não saibam sobre seus direitos e nem sobre suas escolhas.

O tipo de respostas, de histórias de vida e de opiniões que nos deram em suas longas entrevistas nos faz supor que um de seus grandes problemas é uma falta de confiança em si mesmas e de auto-estima. Entre todas as respostas sobre os serviços médicos e a procura de atenção médica, só umas poucas mulheres deram sugestões viáveis sobre como melhorar o estado da saúde em suas comunidades, enquanto que a maioria esmagadora admitiu que só procurava atenção médica quando estava passando mal. Algumas disseram que haviam marcado consulta médica no posto de saúde, mas não tinham comparecido. Porque? Por não se lembrarem, por não poderem faltar ao emprego ou por não ter com quem deixar as

crianças. A saúde delas sempre ficou em segundo lugar. Algumas contaram que foram suas "patroas" que insistiram para levá-las a um posto de saúde quando já estavam com muita hemorragia, com o aborto em andamento.

O uso de misoprostol, patenteado com o nome de Cytotec, diminuiu bastante nos últimos anos, embora continue sendo a alternativa mais viável para provocar o aborto fora do ambiente hospitalar. Na nossa amostra houve um bom número de mulheres que recorreram às clínicas particulares, embora seja um expediente bastante caro, mas, pelo menos, um pouco menos arriscado, visto que ali são geralmente atendidas por profissionais de saúde com formação acadêmica. O outro recurso popular ainda é a "curiosa", ou mulher sem formação acadêmica, que induz abortos e que, via de regra, ocasiona abortos infectados. O quadro, portanto, continua perigoso e lastimável.

6. RECOMENDAÇÕES

"Uma sociedade que obriga as mulheres a escolherem entre permanecer no trabalho ou interromper uma gravidez, é uma sociedade abortiva. Uma sociedade que continua permitindo que se façam teste de gravidez antes de admitir a mulher num emprego, é abortiva. Uma sociedade que silencia a responsabilidade dos homens e só culpa as mulheres, que não respeita seus corpos e sua história, é uma sociedade exclusivista, sexista e abortiva." (Gebara, 1993)

Para nós se torna claro que a sociedade tem que poder dar condições a seus membros para que todos possam ter acesso aos recursos que a própria sociedade gera. No entanto, está claro que não é este o caso. As famílias que moram em favelas estão limitadas em suas capacidades para adquirirem recursos físicos e mentais que são lugar-comum para as classes sociais com maior poder econômico.

Estas mulheres que, ao não aprenderem como controlar sua fertilidade adequadamente, aprendem a interromper suas gestações, mas aprendem de forma perigosa e inadequada. Aliás, tão perigosa e inadequada como foi seu apredizado sobre controle da natalidade. No entanto, é possível passar esta informação básica sobre sexualidade, fertilidade e reprodução humana, mesmo a pessoas semi-analfabetas, sub-empregadas, empobrecidas e socialmente marginalizadas. As campanhas sobre a "camisinha", sobre a vacinação contra a polio, sobre o soro caseiro no combate a diarréia mostram como é possível mobilizar as comunidades mais carentes, mais empobrecidas para cuidarem de sua saúde.

Uma forma bastante viável para atingir as pacientes de abortamento, seria ter como parte da rotina um serviço de planejamento familiar pos-aborto, dando-lhes não só informação sobre os métodos que lhes estão disponíveis como também

proporcionando-lhes os instrumentos e os métodos. Assim esta paciente deixa de representar mais uma oportunidade perdida para a equipe de saúde. A outra forma é incrementar as campanhas pelo rádio e televisão sobre os métodos de planejamento familiar, onde e como obtê-los, quando e como usá-los, ao mesmo tempo tornando os serviços de saúde mais aptos para este tipo de atendimento.

Quanto a recomendações para futuras pesquisas, o modelo que seguimos nos pareceu bastante bom, assim como os instrumentos utilizados. Algumas perguntas precisam ser reformuladas. Todas precisam ser adequadas a linguagem local, para que possam ser compreendidas e interpretadas com precisão pelas pessoas entrevistadas. Uma pergunta que tem que ser reformulada, ou simplesmente esquecida é sobre "ter uma gravidez indesejada". A grande maioria das respondentes, mesmo tendo feito um aborto, responderam que não a esta pergunta. A pergunta tem que ser sobre "gravidez não planejada". A outra pergunta a ser mudada é: "já recebeu orientação para ter só os filhos que deseja?" Esta pergunta precisa ser mudada para: "Já recebeu ensinamento sobre só ter os filhos que voce pode ter?".

Seria interessante acrescentar uma parte com perguntas que levantassem o conhecimento e as idéias das mulheres sobre seus direitos como pacientes e como mulheres, que investigasse o que sabem sobre a questão do aborto legal. Já temos muitos dados estatísticos que mostram claramente o vazio que existe em relação a questões da saúde reprodutiva: a falta de recursos financeiros, a falta de acesso a informações que sejam proporcionadas de forma simples, mas correta e apropriada ao nível educacional da audiência a ser atingida; principalmente a falta de incentivo para a classe de profissionais da saúde para que tenham tempo para dedicar-se mais a suas pacientes pauperizadas.

Precisamos ouvir mais as mulheres, compreender como as notícias lhes estão sendo veiculadas, como lhes chega qualquer informação pertinente, para saber como atingí-las. Seria preciso expandir a pesquisa para os níveis de disseminação das informações dentro das comunidades e hospitais da área da investigação. Seria preciso falar também com os grupos de educação que porventura trabalhem nestas áreas, para se ter uma visão mais global, mais etnográfica, do que afeta as comunidades sendo estudadas. Estas são algumas sugestões para trabalhos futuros e que esperamos que continuem a existir nesta área ainda desprezada do conhecimento socio-antropológico que é a saúde da mulher.

7. APPENDIX:

7.1. TABELAS SOBRE MORTALIDADE MATERNA NOS HOSPITAIS MIGUEL COUTO E SALGADO FILHO, SEGUNDO PUBLICAÇÃO DA OMS, 1991.

**Municipal Hospital Miguel Couto,
Rio de Janeiro, 1978-87** (2493)

Rate	
Live births	18 071
Maternal deaths	32
MMR (per 100 000 live births)	177

Causes of maternal deaths

	Number	%
Abortion	15	47
Hypertensive disorders of pregnancy	6	19
Haemorrhage	4	13
Sepsis	1	3
Accident of anaesthesia	1	3
DIRECT CAUSES	27	85
Cardiopathies	2	6
Respiratory illness	2	6
Diabetes	1	3
INDIRECT CAUSES	5	15
TOTAL	32	100

Cause specific mortality rates changed significantly over the two five-year periods, 1978-82 and 1983-87. The major contributor to the increase in overall maternal mortality rates was abortion-related death.

	Cause-specific MMR (per 100 000 live births)	
	1978-82	1983-87
Abortion	54	130
Haemorrhage	27	15
Hypertensive disorders of pregnancy	18	58
Total	135	250

From 1978-87, there were 7 633 admissions for complications due to abortion, constituting 40% of all admissions to the maternity ward. The abortion mortality rate was 197 per 100 000 admissions.

**Servico de Obstetrica, Hospital
Municipal Salgado Filho, 1977-83** (2055)

Rate	
Live births	10 828
Maternal deaths	21
MMR (per 100 000 live births)	194

Causes of maternal deaths

	Number	%
Sepsis	6	29
Haemorrhage	5	24
Abortion	4	19
Hypertensive disorders of pregnancy	2	10
Complications of anaesthesia	1	5
DIRECT CAUSES	18	86
Cardiorespiratory complications	1	5
Other indirect causes	1	5
INDIRECT CAUSES	2	10
Other	2	10
TOTAL	21	100

7.2. MODELO DOS QUESTIONÁRIOS DE ENTREVISTA UTILIZADOS

QUESTIONARIO 1 - ADMINISTRADO A MULHERES EM IDADE FERTIL
NAS COMUNIDADES

1.0 - INFORMACAO GERAL

Data:

Local:

Entrevistador:

Numero da entrevista:

Numero do cassete:

Entrevistada:

- Nome:

- Idade:

- Atividade profissional:

- Escolaridade:

- Estado civil:

(tem companheiro em casa?)

- Numero de filhos vivos:

2.0 - DADOS SOCIO-ECONOMICOS:

Tipo de casa:

Numero de comodors:

Tem eletricidade?

Agua corrente?

(se nao, onde pega agua?)

Esgoto ()

Fossa ()

TV

Geladeira

Outros eletrodomesticos

Numero de pessoas residentes na casa:

- adultos () - crianas ()

Quantos trabalham:

(Esta primeira pagina sera xerocopiada e usada em cada entrevista,
as paginas seguintes serviraõ apenas como roteiro, devendo o/a
entrevistador/a usar seu caderno de notas para anotar as respostas

e tambem gravar a entrevista)

3.0 - INFORMACOES SOBRE A SAUDE DA COMUNIDADE

- 3.1. E comum o uso de anticoncepcional entre as mulheres desta Comunidade? (USO DE ANTICONCEPCIONAL)
- 3.2. Se sim, qual o mais usado? (ANTICONCEPCIONAL)
- 3.3. Existe dificuldade de se conseguir anticoncepcional aqui? (ANTICONCEPCIONAL)
- 3.4. Quais os problemas de saude mais comuns das mulheres desta comunidade? (SAUDE COMUNIDADE)

4.0. - NOCOES DE CORPO

- 4.1. Com quantos anos voce menstruou? (CORPO - MENSTRUACAO)
- 4.2. Como foi esta experiencia? (MENSTRUACAO)
- 4.3. Como voce sabe que esta gravida? (CORPO - GRAVIDEZ)
- 4.4. Quais as maneiras de evitar filho que voce conhece? (CORPO - ANTICONCEPCIONAL)
- 4.5. Voce usa algum agora? Qual?
- 4.6. Usou outro antes? Qual?
- 4.7. Quem te deu informacao sobre estes metodos?
- 4.8. Voce vai ao ginecologista? Com que frequencia? Aonde?
- 4.9. Em algum momento teve orientacao para ter so os filhos que

voce deseja?

5.0. HISTORIA REPRODUTIVA

5.1. Quando foi sua primeira gravidez? (HISTORIA - GRAVIDEZ)

5.2. Quantas vezes ficou grávida?

5.3. Quantos filhos teve? Vivos: Mortos:
 Nasceram mortos:

5.4. Voce ja ficou grávida usando anticoncepcional? Se sim, qual método estava usando? Sabe porque "falhou"?
Nota: usar o nome que a entrevistada usa para "anticoncepcional"

5.5. O que voce fez, então?

5.6. Ja teve alguma gravidez indesejada?

5.7. Fez alguma coisa para interrompe-la?

5.8. Se nao, porque nao?
Se sim, o que voce fez?

Atencao: caso a entrevistada nunca tenha feito um aborto, passar para a pergunta numero 6.13.

6.0. HISTORIA DO ABORTO

6.1. Voce decidiu sozinha?

6.2. Qual o método utilizado para o aborto? (METODO ABORTO)

6.3. Voce pagou para fazer o aborto?

6.4. Pode me dizer aonde foi feito? (LOCAL ABORTO)

6.5. Voce teve ajuda de alguém? (Parteira, vizinha, medico, etc.)

6.6. Voce fez mais do que um aborto?
Se sim, qual o intervalo entre os abortos?

- 6.7. Com quantos anos fez o primeiro aborto?
- 6.8. Teve necessidade de recorrer a algum atendimento medico?
(METODO ABORTO - ATENDIMENTO)
- 6.9. Como voce foi atendida? (ATENDIMENTO)
- 6.10. Houve necessidade de internacao?
- 6.11. Voce recebeu alguma recomendacao antes de voltar para casa?
Se sim, qual e de quem?
- 6.12. Voce voltou para uma nova consulta?
- 6.13. Voce ve diferenca entre um aborto espontaneo e um aborto
provocado? (CATEGORIA ABORTO)
- 6.14. Voce usa um outro nome para "aborto"?
- 6.15. O que voce acha de qualquer mulher poder ir a um hospital
publico e pedir para fazer um aborto? (OPINIAO ABORTO)

Guia Roteiro Para Pessoal de SaúdeData:Local:Entrevistado:(nome, cargo, experiência profissional)Entrevistador:No. da Entrevista:No. do cassete:Observações:

(Esta primeira página será xerocopiada e usada em cada entrevista, as páginas seguintes servirão apenas como roteiro, devendo o/a entrevistador/a usar seu caderno de notas para anotar as observações a fim de complementar a entrevista gravada).

I - INFORMAÇÕES GERAIS:

- 1 - Definir qual a população feminina que é atendida no serviço para casos de aborto provocado e incompleto.
 - faixa etária das mulheres
 - nível sócio-econômico
 - estado civil (casada, solteira, viúva, divorciada, outros)
 - procedência (perto, longe)
 - horário + frequência
- 2 - Os casos, em geral, são referenciados de onde ? Quem encaminha a clientela ?
- 3 - Qual a média mensal ou semanal de casos de aborto provocado e/ou incompleto ?
Qual a taxa de mortalidade relacionada com abortos?
Especificar a maior incidência dos casos (dia da semana, período do dia, meses)
- 4 - Existem outros hospitais e/ou serviços públicos especializados, nas redondezas, que também atendem casos de aborto provocado ? Caso positivo, quais ?

II - TECNOLOGIA DE ATENDIMENTO:

- 1 - Usualmente quais os procedimentos adotados para o atendimento das pacientes ? (Listar)
- 2 - Em média qual a idade gestacional das pacientes?
- 3 - É possível saber se foi aborto provocado ou espontâneo ?

- 4 - Quais as diretrizes que são obedecidas pelo pessoal médico e de enfermagem no tratamento de aborto provocado incompleto, em relação a:
- . controle da dor (analgesia, anestesia/ local, geral)
 - . práticas de prevenção de infecções
 - . local de atendimento
 - . internação e permanência no hospital
 - . prontuário médico
- 5 - Nos casos em que é verificado que o feto ainda está vivo, qual o procedimento ?
- 6 - Qual seria, em média, o custo de um atendimento dessa natureza ?
- 7 - Após a intervenção médica a paciente recebe apoio terapêutico (remédio, receitas/antibióticos, analgésicos) e/ou psicológico ?
- . A paciente é recomendada a retornar para uma revisão ou para um acompanhamento/aconselhamento familiar ?
 - . Se não, ela é aconselhada a procurar outro local de atendimento ? Caso positivo, quais ?
 - . As pacientes, em geral, são encaminhadas e assistidas pelo serviço social do hospital ?
- 8 - Durante/após o atendimento as pacientes recebem informações sobre procedimentos contraceptivos ? Como e quais ?
- 9 - Em geral, quanto tempo leva (média) o atendimento a um caso de aborto provocado ?

10- Quanto tempo (média) leva para a paciente ser atendida ?

III - ATIITUDES

- 1 - Como percebe a atitude do pessoal médico e de enfermagem em relação aos casos de aborto provocado incompleto ?
- 2 - Como percebe a atitude das pacientes em relação ao seu próprio caso e aos casos similares de aborto provocado ? São perceptíveis distúrbios comportamentais ou emocionais? Caso afirmativo, quais e como são enfrentados?
- 3 - Listar quais as formas usuais/mais frequentes utilizadas pelas pacientes para provocar o aborto? (Citotec, cânulas, chás, outros)
- 4 - Em quais situações as pacientes revelam a causa do abortamento.
Em geral, elas mencionam essas formas ou lhes perguntado como se deu o aborto ? Por que ?
- 5 - Como são feitas as anotações nos prontuários já que o aborto provocado é crime por lei ?
- 6 - Os profissionais de saúde recebem algum tipo de informação quanto aos aspectos legais que envolvem o aborto provocado ? Caso afirmativo, quais ?
- 7 - Em que situações os profissionais de saúde notificam/ anotam nos prontuários os aborto como provocados ?

- 8 - A atenção dada às paciente de aborto provocado é a mesma que recebe as demais pacientes dos serviços de obstetrícia ou na emergência ? Caso negativo, quais as diferenças?
- 9 - Após a internação existe uma enfermaria especial para estes casos ?
- 10- Quais os termos ou expressões usualmente utilizadas pelo pessoal médico para os diferentes abortos?
- 11- Que termos ou expressões são usadas pelas pacientes para relatar a situação de aborto?
- 12- Quais as relações que existem entre aborto e planejamento familiar?
- 13- *Há alg.* Em quais circunstâncias e *por* que você considera indicado a prática do aborto? *Porque?*

IV - ORGANIZAÇÃO

- 1 - O hospital conta com que recursos para o atendimento do aborto provocado incompleto?
- 2 - Existem instituições / pessoal específicos para o atendimento e/ou encaminhamento de pacientes em processo de aborto provocado ? Caso afirmativo, quais ?
- 3 - Existe algum manual ou regras explícitas a serem seguidos em relação ao aborto provocado ?
Material de instrução para o pessoal que atende.

V - PESSOAL

- 1 - O pessoal envolvido no atendimento de casos de aborto provocado recebe algum tipo de treinamento específico ?
Caso afirmativo, saber quem capacita e de que modo.
- 2 - Em geral, quem se ocupa desses casos ? (Especificar equipes e agentes)
Qualquer integrante do serviço de obstetrícia/ginecologia e da emergência está capacitado a lidar com esta situação?
Caso negativo, como se promove a escolha do pessoal (por designação superior/ escolha individual).
- 3 - Caso exista algum tipo de treinamento, ele é destinado a:
médicos, internos, acadêmicos, residentes ou para-médicos
Quantas vezes por ano ? Quem é responsável ?
- 4 - Existe um quadro fixo para o atendimento a esses casos ou uma escala de rotatividade de médicos, acadêmicos, e auxiliares?

VI - INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS

- 1 - Número total de leitos no Hospital ?
Quantos para ginecologia ? Quantos para obstetrícia ?
Quantos para os casos de aborto provocado ?
- 2 - O Hospital oferece estrutura de assistência específica para os casos de aborto provocado (espaço físico, material e acomodações próprias) ? Caso afirmativo, quais ?

- 3 - Quais as técnicas utilizadas na assistência ao aborto provocado ? Por que ?
- 4 - No atendimento a esses casos, o hospital oferece:
- . medicamentos analgésicos
 - . anestesia local ou geral
 - . transfusão de sangue
 - . internação
 - . antibióticos
- 5 - Na sua opinião os equipamentos e instalações são:
- | | | |
|-------------|------------------|----------------------|
| adequados | de boa qualidade | excelentes |
| inadequados | aceitáveis | precisam de melhoria |
- 6 - Como você considera:
- . a iluminação
 - . tipo de ventilação
 - . equipamentos de oxigênio
 - . material de consumo (seringas, luvas etc)
- 7 - Quais as sugestões que você daria para melhora do atendimento ? Por que ?

O entrevistador deverá observar e anotar em caderno de campo:

- as condições sanitárias em geral
- a qualidade de atendimento na sala de espera
- a relação paciente/pessoal médico

ENTREVISTA RÁPIDA COM PACIENTES NO HOSPITAL

Nome:

Data:

Idade:

Entrevistador:

Estado Cível:

Local:

Endereço (ou bairro):

Hora de entrada:

Hora de saída:

- 1 - Esta é a primeira vez que recorre ao Hospital/Serviço para esse tipo de atendimento? Caso negativo, quantas vezes?
- 2 - Como você considera o atendimento que está recebendo:
excelente , muito bom, bom, regular, ruim, péssimo
Por que ?
- 3 - As instalações são:
excelentes, muito boas, boas, regulares, ruins, péssimas
Por que ?
- 4 - O que você acha que deve ser modificado no atendimento ?
- 5 - Quais foram os cuidados médicos que você recebeu?
(Cirúrgicos, medicamentosos, etc.)
- 6 - Quanto tempo você esperou pelo atendimento e quanto tempo ele durou ?
- 7 - Quem lhe dispensou os primeiros cuidados aqui ?
- 8 - Você recorreu a outros locais e pessoas antes de chegar aqui? Caso afirmativo quais ?
- 9 - Por que ou devido a que você abortou ?

8. BIBLIOGRAFIA

- Coelho, Helena L.L. et al
1993 "Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil"
Lancet, 341:1261-63.
- Costa, Sarah & Martin Vessey
1993 "Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro,
Brazil" Lancet, 341:1258-61.
- FLACSO
1993 MULHERES LATINOAMERICANAS EM DADOS: BRASIL, Instituto
de la Mujer, Espanha.
- Gomes, Ana L.H. et al
1992 "Reflexões sobre o aborto na adolescência", ECOS, S.P.
- Hardy, Ellen & Graciana Alves
1992 "Complicações pos-aborto provocado: fatores associados"
Cad. Saúde Pública, 8(4):454-458.
- Hardy, Ellen et al
1993 "Aborto entre alunas e funcionárias de uma universidade
brasileira", Rev. Saúde Pública, 27(2):113-6.
- IPLANRIO
1993 "Favelas Cariocas: alguns dados estatísticos", SABREN,
Rio de Janeiro.
- LaGuardia, Katherine et al
1990 "A ten year review of maternal mortality in a Municipal
Hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern." Obst.
& Gynecol., 75(1):27-32.
- Misago, Chizuru et al
1994 "Determinants of induced abortion among poor women
admitted to hospitals in Fortaleza, Northeastern
Brazil." Universidad Externado de Colombia, 59-65.
- Pinotti, J. A. & Anibal Faundes
1989 "Unwanted pregnancy: challenges for health policy."
Int. J. Gynecol. Obstet., Suppl.3:97-102.
- Singh, Susheela & Deirdre Wulf
1993 "The likelihood of induced abortion among women
hospitalized for abortion complications in four
Latin American countries." Int. Family Planning
Perspectives, 19(4):134-141.
- Sorrentino, Sara R.
1994 "O SUS e a saúde da mulher." Jornal da Rede,
Recife, Pernambuco, 2(7).

Sousa e Silva, Rebeca
1994 "Incidencia e características do aborto induzido
em São Paulo", Universidad Externado de Colombia,
Bogotá, 16-35.

World Health Organization
1991 "Maternal Mortality: a global profile", Geneve.

CLARICE NOVAES DA MOTA - antropóloga, Professora Adjunta do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, Ph.D. pela Universidade do Texas at Austin (1987), presentemente trabalhando como Associada para Programas no Brasil em IPAS (International Projects Assistance Service), trabalha principalmente com os seguintes temas: saúde reprodutiva da mulher, medicina indígena, etnobotânica médica, avaliação de projetos de saúde. Principais trabalhos já publicados:

"La Oscuridad y el Mar: Comienzo y Fin de los Guarani" (Cipoletti & Langdon, 1993)

"Being and Becoming an Indian: the case of the Shoko and Kariri-Shoko of Northeast Brazil" (Proteus, Shippenburg University, PA, 1992)

"The Flowers of Spring Garden" (Women in International Development Working Paper, Michigan University, 1992)

"Jurema: Black-indigenous drama and representations" (& Pessoa de Barros, Ethnobiology: Implications and Applications, MPEG, Belém, 1990)

"Jurema and Ayahuasca: Dreams to Live by" (Ethnobiology: Implications and Applications, MPEG, Belém, 1990)

"From Peones to Politicos: Class and Ethnicity in a Texas Town, 1900 to 1987" (Foley et al, University of Texas Press, Austin, 1988)

"Os estereótipos sexuais e a Antropologia" (Toledo, A Dominação da Mulher: os Papéis Sexuais na Educação, Vozes, Petrópolis, 1985)