

Aborto em nossas práticas profissionais

Abortion in our professional practices

Paula Land Curi, Betania Nunes de Carvalho

Resumo

Este trabalho intenta discutir a assistência às mulheres em situação de abortamento. Apesar de contextualizar a discussão sobre o aborto no âmbito nacional e circunscrever a matéria como pertencente ao campo dos Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos, enfatiza também a sua relação com a Saúde Pública, a partir de uma reflexão sobre a prática profissional realizada em uma maternidade pública, no município do Rio de Janeiro. Considera a necessidade não só de descriminalização e legalização do aborto, mas também a criação de estratégias para interferir no modo como as mulheres são assistidas, visto que elas são alvo de violências institucionais diversas, baseadas na lógica patriarcal.

Palavras-chave

aborto, práticas profissionais, Direitos.

Abstract

This paper aims to discuss assistance to women in abortion situations. In spite of contextualizing the discussion on abortion at the national level and circumscribing the subject as belonging to the field of Human, Sexual and Reproductive Rights, it also emphasizes its relations with Public Health, based on a reflection on the professional practice performed in a maternity in the city of Rio de Janeiro. It considers the need not only for abortion decriminalization and legalization, but also the creation of strategies to interfere in the way that women are assisted, since they are subject to various institutional violence based on patriarchal logic.

Keywords

abortion, professional practices, Rights.

Paula Land Curi

Universidade Federal Fluminense

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia UFF, Niterói.

landpaula@yahoo.com.br

Betania Nunes de Carvalho

Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro

Assistente Social da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro/ Hospital Maternidade Carmela Dutra.

betanianc@hotmail.com

Se não for dada a devida atenção às mulheres, estamos decididas a fomentar uma rebelião, e não nos sentirmos obrigadas a cumprir leis para as quais não tivemos voz nem representação (Abigail Adams, 1776).¹

Escrever sobre aborto quando ele ganha evidência nacional, por conta da tramitação, no Superior Tribunal Federal (STF), da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) de número 442, pode ser um fato inédito. Afinal, parece-nos nunca termos ido tão longe na luta pela garantia dos direitos fundamentais expressos na Constituição Federal que nos rege.

Uma ADPF, cujo objetivo é evitar/ reparar lesão a preceito fundamental resultante de ato do Poder Público, é cabível de ser impetrada quando esta se mostra como único meio de sanar uma violação, cabendo então ao STF julgá-la. O que a ADPF 442 nos evidencia é que o Código Penal de 1940, que criminaliza a prática de aborto realizado quer pela gestante quer por terceiros, em seus artigos 124 e 126, não está em consonância com a constituição vigente, a chamada Constituição Cidadã, promulgada em 1988.

Sendo possível ao presidente do STF ou ao Ministro Relator de ADPF convocar audiência pública visando escutar aqueles que têm experiência e autoridade em uma determinada matéria, quando achar necessário e relevante ao interesse público, nos dias 03 e 06 de agosto de 2018, houve, em Brasília, um importante debate sobre a descriminalização do aborto².

A matéria, como sabemos, coloca em xeque o Estado democrático de direito, pois este ainda restringe que as mulheres tenham acesso pleno à cidadania. Contudo, não podemos não mencionar que o simples aceite pela Corte e a sua posterior convocação de audiência pública podem significar possíveis avanços em um país que, neste quesito, ainda se vê às voltas com artigos de um Código Penal obsoleto, escrito há quase 8 décadas atrás, que fere os princípios democráticos de dignidade e de autonomia das mulheres.

Na audiência realizada, representantes de diversos segmentos, entre especialistas, instituições e organizações, através de dados (e não dados)³, por diversos olhares e perspectivas, deram visibilidade à magnitude do aborto no nosso país e dos efeitos nefastos das práticas clandestinas para a vida das mulheres brasileiras, em especial as mais vulneráveis - negras e pobres. Escutando-os, parece-nos não restar dúvidas: criminalizar o aborto não coíbe sua prática.

Suas falas evidenciaram o quanto o aborto é uma questão de direitos humanos, além de uma questão de Estado, pois, enquanto um analisador civilizacional, “um indicador que permite avaliar padrões culturais, sociais e éticos de uma sociedade, de um país” (ROSADO-NUNES, 2010, p. 5), desvela o projeto de Estado que aqui se sustenta – patriarcal, escravagista, classista e cristão. Afinal, neste contexto, precisamos nos indagar a quem e ao que serve a restrição ao aborto em nosso país.

Discutir seriamente a questão do aborto no Brasil é tomá-la como um problema concernente ao campo dos Direitos Humanos, dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, da Saúde Pública. Um problema que atinge a coletividade e não diz respeito *apenas* aos indivíduos e as suas crenças individuais, como alguns querem defender. É um problema marcadamente atravessado pelo patriarcalismo, que nos dá claras evidências do quanto ele ainda se faz presente (SAFFIOTI, 2015) enquanto base da estrutura social.

Poderíamos encaminhar este trabalho realçando como a criminalização do aborto e das mulheres pela sua prática podem ser lidos como efeito do patriarcado sobre os corpos femininos. Isto porque sabemos que o processo androcêntrico, circunscrito pelo patriarcado, e no caso brasileiro fortalecido pelo Estado através de suas instâncias, continua legitimando atitudes e

1

Extrato da Carta da Mulher Brasileira aos Deputados da Constituinte, que teve como responsáveis pela sua redação as seguintes feministas: Jaqueline Pitanguy, Floriza Verucci, Branca Moreira Alves, Leila Linhares, Sílvia Pimentel, Comba Marques Porto, Nair Guedes e Ana Montenegro.

2

A ADPF trata da descriminalização do aborto até a 12^a. semana de gestação, independentemente das motivações que levaram a mulher a buscar tal procedimento.

3

Evidencia-se que, no que concerne a esta matéria, os dados são estimados a partir de sistemas de informação disponíveis no sistema público tratam de mulheres que buscam atendimento nas emergências, por complicações de abortos clandestinos já realizados. Faz-se relevante colocar em cena que não temos nenhum dado dos abortos clandestinos realizados que deram certo, nem dados que sejam oriundos do sistema paralegal.

posturas sexistas que preservam o seu *status quo*. Estas incidem nas mulheres, na liberdade, na autonomia, em seus corpos, transmutando-as de vítimas de um processo hierarquizante a agentes de transgressões. E, conseqüentemente, são rapidamente adjetivadas criminosas. Mas, o aborto e a sua descriminalização requerem muitas reflexões, muitos olhares e perspectivas, a interlocução entre muitos setores e saberes. É uma temática necessariamente transdisciplinar e intersetorial.

É a partir desta posição que corroboramos Del Re (2009), quem chama atenção para a necessidade de se fazer, no caso brasileiro, também, uma intensa discussão sobre o que é lei – aquilo que está expresso e tipificado como crime – e o que é prática – aquilo que acontece cotidianamente nas unidades de saúde da mulher (maternidades) do Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo surge do encontro com o aborto em nossas práticas cotidianas, como profissionais de saúde integrantes de equipe multiprofissional, em uma maternidade pública, referência para atendimento às mulheres em situação de violência sexual, por derivação, de acesso ao aborto legal. Embora tal discussão possa, aparentemente, ser menor àquela que hoje se apresenta no campo macropolítico, ela pretende ampliar os debates acerca do aborto, a partir daquilo que se dá no interior das unidades de saúde voltadas aos cuidados de mulheres, ou seja, daquilo que se apresenta quando elas já lançaram mão das redes clandestinas de interrupção da gestação e tiveram que acessar o sistema de saúde a fim de não morrer. Para isso, relataremos nossa experiência.

A defesa intransigente da descriminalização do aborto, a luta por sua legalização e a garantia de acesso a sua realização no sistema universal são passos necessários e avanços fundamentais à vida das mulheres. Mas, se não pudermos interferir nas práticas cotidianas, as mulheres poderão continuar sofrendo, ou mesmo morrendo, pelo não acesso, pela desassistência, e até mesmo pelos maus tratos que lhes são dispensados. Por isso, faz-se fundamental colocar em evidência lutas e as disputas que se apresentaram no interior das unidades de saúde. Nestas, parece-nos, mulheres têm seus direitos negados justo por aqueles que delas deveriam cuidar.

[...] as manifestações de violência ocorreram tanto na relação estrutural com o serviço [...] ou relacionadas ao comportamento de profissionais de saúde (como as ameaças, julgamento moral e discriminações dirigidas às mulheres que declararam o aborto)". (MADEIRO; RUFINO, 2017, p. 2.778).

As políticas de saúde em nosso cotidiano...

A fim de sustentar nossa posição, estaremos nos debruçando no dia a dia de nossas práticas como integrantes de equipe multidisciplinar, escutando mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal ou em emergências médicas por complicações de abortamento. Vale destacar que, apesar de unidade de referência para mulheres expostas à violência sexual, o aborto legal somente agora é nela realizado⁴.

As internações por abortamento fazem parte do dia a dia de qualquer unidade de saúde de nosso país. São mulheres que dão entrada no sistema de saúde para realizarem ou curetagem⁵ ou Aspiração Manual Intra-Uterina⁶ (AMIU). Estes procedimentos são para a retirada de restos embrionários/fetais que não foram eliminados durante um aborto, de modo que, podemos afirmar, são necessários para finalizar os procedimentos de abortos que não deram certo.

Essas internações são rápidas, levando em média 24 a 36 horas. Apesar do tempo curto, entendemos que elas deveriam convocar os profissionais à tomada de ações que visassem cuidados em saúde. Afinal, etimologicamente, curetar relaciona-se a *cūra*, assistência ao doente. Mas, corroborando diversas pesquisas disponíveis sobre o assunto, não é bem assistência o que

4

Neste tempo, apenas uma maternidade no estado do Rio de Janeiro realizava o procedimento, sendo todas as mulheres para ela encaminhadas.

5

Curetagem é a retirada de um corpo estranho ou de tecidos doentes. Neste trabalho, limita-se a retirada dos restos embrionários e/ou fetais de correntes de abortos, sejam eles espontâneos ou provocados.

6

Aspiração Manual Intra-Uterina, ou AMIU, é um procedimento médico, rápido, simples e seguro de esvaziamento uterino, indicado pela OMS e pelo MS, preferencialmente para o tratamento do aborto incompleto, infectado, e para a biópsia endometrial. Surge como uma alternativa à curetagem uterina.

normalmente as mulheres recebem. O aborto, como prática criminalizada no país, cria muitos embaraços para as equipes, também muito marcadamente atravessadas por discursos morais e religiosos. Talvez, esses possam ser alguns dos motivos (mais latentes) para que eles não sejam alvo de interesse efetivo por parte de muitos profissionais.

Uma profissional de saúde, afetada pela condição das mulheres em situação de abortamento, criou, em 2004, um projeto intitulado *Qualificando o atendimento às mulheres no pós-aborto*, e o tornou parte de sua rotina na assistência hospitalar. Pretendia, através dele, atender as mulheres internadas na unidade, visando ter acesso aquelas que tivessem provocado abortos e estavam internadas por suas complicações. Para isto, diariamente, lançava mão dos registros realizados pela equipe de enfermagem, que diferentemente dos sistemas de informação vigentes, e mesmo dos prontuários médicos, identificavam quais mulheres estavam internadas por abortamento – fossem eles espontâneos ou induzidos.

O projeto desenvolvido, consonante com a prática profissional de sua categoria, seguia os preceitos e orientações do Ministério da Saúde, assim como se alicerçava na concepção de saúde expressa pelo SUS - resultado das condições sociais, econômica e culturais que, no caso do aborto, está intimamente vinculado às perspectivas de gênero, classe e etnia.

A partir do momento de sua criação até o ano de 2010 foram realizadas entrevistas visando: a) levantar o número de mulheres internadas na maternidade a partir dos dados dos sistemas de informação; b) traçar o perfil das mulheres internadas para realização da curetagem; c) orientar mulheres quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos; e, d) assegurar encaminhamentos para a inserção das mulheres nos serviços de atenção primária, incluindo, planejamento familiar. Ensejava-se, através destas ações, evitar internações por reincidências de abortos realizados em condições inseguras, assim como contribuir para a criação de protocolos de atendimento internos capazes de promover mudanças efetivas nas práticas profissionais da equipe de saúde.

Poderíamos evidenciar que, além da magnitude do fenômeno aborto em nosso país, do número de mulheres que morrem em consequência de abortos clandestinos, duas situações também motivaram a criação do projeto. Enquanto a primeira dizia respeito aos cuidados em saúde, a segunda estava intimamente relacionada ao acesso e aos fluxos de serviços. Parecia não fazer sentido, pela omissão e/ou silêncio, corroborar com práticas violentas que, em suma, negam autonomia à mulher sobre seu corpo. Não fazer nada pela vida das mulheres, não tomar partido delas, seria corroborar com o sistema. Não bastava dizer não as práticas misóginas que insistem em se reproduzirem. Tornava-se imprescindível produzir cuidados... Pela vida das mulheres!

As mulheres com alta pós abortamento, fosse ele espontâneo ou provocado, não recebiam, por parte das equipes, o devido encaminhamento para suas unidades de referência em seus territórios. Talvez porque, na visão médica, a curetagem “é um processo simples, sem grandes complicações” (*sic*). Contudo, por vezes, quando recebiam alguma orientação, mesmo que bastante genérica, e conseguiam chegar ao destino – unidades de atenção primária - não as conseguiam acessar (por falta de vagas !?), o que as faziam retornar à maternidade em questão relatando que se sentiam desassistidas.

O que estaria acontecendo na assistência às mulheres? Como produzir mudanças efetivas quer nas mulheres (empoderamento) quer na equipe (mudança de paradigma)? Afinal, este não seria um novo cenário...

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (2004), em seus princípios e diretrizes, já sinalizava para o aborto realizado em condições inseguras constando entre as principais causas de

7

O modelo de entrevista contemplava condições de trabalho e a escolaridade das mulheres atendidas.

mortalidade materna e causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde pela representação simbólica da maternidade. (BRASIL, 2004). A PNAISM é precisa em afirmar que “as mulheres que tiveram complicações de aborto estão entre as pacientes mais negligenciadas quanto aos cuidados de promoção da saúde reprodutiva”. (BRASIL, 2004, p. 31).

Tento como pano de fundo este (triste) cenário, o projeto foi iniciado de forma bastante solitária, como, parece-nos, são as vidas das mulheres, quando fogem aquilo que lhes foi prescrito pela sociedade.

Dos dados encontrados

Os dados encontrados na pesquisa legitimam a demanda pela legalização do aborto. Mas, antes de os expormos, temos que lembrar que este trabalho se deu no SUS, sendo iniciado em 2004, ao mesmo tempo em que se efetivava a PNAISM.

A necessidade de se conhecer o contexto social da mulher em situação de abortamento, os aspectos subjetivos que compõem a cena, os atores e as situações envolvidas neste, poderiam contribuir para melhor compreensão do fato. Auxiliaria também para a construção de um novo paradigma em saúde, no qual o aborto é tomado como fenômeno que se inscreve no âmbito do direito sexual e reprodutivo, inalienável.

Vale lembrar que, naquele tempo, algumas discussões que hoje já estão postas – como é o caso dos entrecruzamentos entre as categorias gênero, raça e classe - ainda não se faziam presentes, embora a Política começasse a demarcar a necessidade de se produzir análises mais consistentes sobre a saúde da mulher, a partir desta perspectiva.

De qualquer forma, não seria qualquer equívoco afirmarmos que, nossas mulheres eram as menos favorecidas, vivendo em situação de vulnerabilidade social. Quando trabalhavam, desenvolviam atividades que não demandam formação específica⁷ e recebiam, por suas funções, baixos valores, que não excediam ao salário mínimo vigente naquela época. Eram, em sua maioria, pobres. Além disto, não podemos não mencionar que elas também, em sua maioria, eram negras. Apesar da variável cor/raça não ser dado presente nos sistemas de informação da área da saúde na época (o que dificultava uma análise mais consistente sobre a questão racial), a nossa presença cotidiana junto delas dava evidências irrefutáveis sobre a condição da mulher negra em nosso país.

Resumindo, nossas mulheres eram as negras e as pobres, aquelas que estão na base da pirâmide social, e que praticavam o aborto, a despeito da lei, por entenderem que “uma gravidez indesejada pode trazer sequelas muito maiores do que arcar com as sequelas do aborto provocado”. (CARVALHO, 2017, p. 153).

Os dados levantados vão ao encontro dos encontrados pela Pesquisa Nacional de Aborto (2010; 2016), coordenadas pela pesquisadora e professora Debora Diniz. Seus resultados indicam que o aborto é um fenômeno frequente e persistente na vida das mulheres, de classes, raças, níveis socioculturais e religiosidades diversas. Embora haja “heterogeneidade dentro dos grupos sociais, com maior frequência de abortos entre mulheres de menor escolaridade, pretas, pardas e indígenas” (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 653). Além disto, fica patente que “[...] a metade das mulheres usou medicamento para abortar, e quase a metade das mulheres precisou ficar internada para finalizar o aborto”. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 653).

8

Deste trabalho na unidade derivaram a tese de doutorado em psicologia clínica intitulada (In)Fertilidade do corpo e a trama psíquica, PUC-SP, 2012, e a dissertação de mestrado intitulada, A criminalização do aborto e a assistências à saúde das mulheres, UERJ, 2017.

Da inserção da saúde mental

Será que não falta escutar as mulheres que abortam? Quando falamos em escutar essas mulheres, apostamos na necessidade de ir além de ouvi-las, visto que escutar e ouvir, definitivamente, não são a mesma coisa. Se, quando ouvimos, estamos na esfera dos sons que são captados pelo nosso órgão de sentido, ao escutarmos, interpretamos tais sons e revelamos sentidos que se apresentam através e para além das palavras emitidas. (CURI, 2016, p. 48).

Estamos em 2006, e o projeto continuava em andamento, apesar das dificuldades concernentes à inserção de profissionais que se dispusessem a oferecer um olhar mais atento para aquelas mulheres. Já havia passado cerca de dois anos e este ainda se circunscrevia como setorial – pertencia ao Serviço Social, mais exatamente, a uma determinada profissional.

Apesar da instituição operacionalizar uma série de políticas, projetos e ações ministeriais voltadas à maternidade, à saúde materno-infantil, apesar de ser unidade de referência para as mulheres em situação de violência sexual, o projeto seguia à margem da institucionalidade. Talvez, sua condição marginal colocasse em ato uma palavra de ordem, inaudível, mas veiculada pelo silêncio institucional (im)posto: Priorizar abortos, não! Afinal, uma maternidade é uma instituição de nascimentos, de vida, voltada à assistência ao binômio mãe-bebê.

Todavia, neste momento, chegava a unidade uma profissional de saúde mental. Apenas uma, mas, enfim, alguma, com experiência clínica e oriunda de outra unidade pública, construída para ser modelo de atenção à saúde da mulher. O encontro com este projeto operou uma mudança radical naquilo que era da ordem do instituído. Agora eram duas mulheres, profissionais distintas, lançando mão de seus olhares, saberes e práticas a gritarem juntas: Priorizar mulheres, sim! Sempre! O aborto se circunscreveria como sendo a nossa bandeira. Em prol das mulheres, pela vida das mulheres!⁸

Aquela divisão da sala entre os integrantes do serviço social e a psicóloga recém-chegada, burocraticamente proposta por falta de espaço no prédio das enfermarias, tornou-se uma parceria de trabalho voltado à assistência as mulheres em situação de abortamento. Não poderíamos mais recuar... Urgia resistir aos discursos que legitimavam as mulheres apenas enquanto mães, dada a sua 'natureza'; aqueles que reforçam o chamado Mito do Amor Materno. Tornava-se imperioso resistir aquelas práticas sexistas e misóginas, que silenciavam mulheres, tornando invisíveis suas dores. Consequentemente, o aborto não poderia ser compreendido nem como 'prática miserável', nem 'um egoísmo' de uma mulher que se desvirtuou de sua essência. (CURI, 2016).

Seguíamos com o projeto. O Serviço Social colhia dados necessários ao desenvolvimento da pesquisa de perfil, orientava mulheres quando aos direitos sexuais e reprodutivos, encaminhava-as para planejamento familiar, a fim de evitar o chamado *revolving door*⁹. A psicóloga, por sua vez, atendia as mulheres indicadas pelo Serviço Social, visto que passou a incorporar na sua abordagem o oferecimento de atendimento psicológico, para aquelas que demandassem.

Embora os atendimentos fossem breves, eles evidenciavam um intenso grau de sofrimento entre as mulheres, não somente por terem tido por um aborto espontâneo, ou terem feito um aborto provocado. Elas falavam de muita desassistência, de muita violência institucional. Contavam que alguns profissionais de saúde lhes imputavam castigos, maus tratos, violências psicológicas. Tudo isso porque julgavam que elas haviam se "comportado mal" (*sic*), pois, como sabemos, o aborto, para muitos, é um crime, um ato pecaminoso e amoral.

9

Este termo é utilizado pela política de saúde mental. A porta giratória como metáfora para tratar dos casos reincidentes. O mesmo pode ser visto em relação ao aborto. Ou seja, evitar novas intenações por abortamentos em condições inseguras.

10

Embora saibamos que nem todo luto demanda atendimento psicológico, havia uma preocupação com as perdas gestacionais ou mortes de bebês por sua característica 'antinatural' – os mais novos morrendo antes dos mais velhos.

Ganhando alguma visibilidade, o projeto propiciou o olhar atento de alguns profissionais para a condição de algumas mulheres. E, assim, se começou a se fazer uma grande primeira separação entre aquelas que tiveram perda gestacional, aborto espontâneos e abortos provocados. Aquelas que tinham passado por perdas gestacionais ou perdidos seus recém-natos começavam a ser objeto de maiores cuidados, com a inserção da psicologia para acompanhá-las no trabalho de luto¹⁰.

A morte de bebês e as perdas gestacionais são bastante frequentes em unidades de alto risco fetal. Além de toda uma discussão sobre o antinatural da morte, criavam enorme sentimento de impotência na equipe que, por vezes, era capaz de desorganizá-la. Perder um bebê pode ser devastador... quer para as mulheres-mães, quer para as equipes.

Como medida a apaziguar a dor dessas mulheres, e porque não também da equipe, surge a proposta da criação de um ambulatório voltado ao atendimento de mulheres que passaram por perdas gestacionais, visando, como anteriormente dito, o acompanhamento do luto. Este trabalho, embora trilhasse caminhos diferentes daquele proposto pelo projeto inicial, dava ênfase ao modo como as equipes percebiam e assistiam as mulheres.

As mulheres que ‘perderam’ seus filhos eram dignas de toda assistência, especialmente quanto seus filhos haviam nascidos. Necessariamente eram encaminhadas para tratamento psicológico. Aquelas que perdiam antes do nascimento, ou davam à luz a um natimorto, a preocupação já era um pouco diferente. A elas o serviço era oferecido, mas eram elas que decidiriam se deveriam ou não buscar ajuda. No entanto, aquelas que abortavam precisavam mesmo era receber alta logo. O ambulatório não serviria para elas! Mas, por quê? Enquanto para alguns não valeria a pena o encaminhamento porque elas não queriam esses filhos e não tinham conflito diante do que acontecera, para outros, elas, talvez, não fossem dignas de acolhimento, dignas de cuidados, dignas de serem escutadas.

Depois de muita discussão, que caminhava conjuntamente com os avanços conquistados pelo serviço social, as mulheres que abortaram passaram a poder ser encaminhadas para o ambulatório, onde se pode ratificar a presença de práticas discriminatórias e estigmatizadoras. Toda mulher que demandasse tratamento psicológico seria inscrita no ambulatório, não se fazendo mais qualquer menção aos motivos que a levavam até lá. Eram mulheres, e pronto!

A experiência como psicóloga clínica neste ambulatório, com todos os imbróglis para a sua construção, possibilitou que fossem tecidas importantes construções acerca das mulheres que buscaram voluntariamente interromper suas gestações. Estas, lembrando, haviam passado pela entrevista social e contado um pouco de si e de seus abortos. Contudo, escutar essas mulheres reforçou ainda mais a premissa de que o aborto é uma questão complexa. Ele é um fenômeno que articula aquilo que atravessa a todos (o patriarcado, as políticas de Estado, as políticas de saúde etc.) e o que está circunscrito no âmbito mais privado, mais particular – o modo como o sujeito responde aquilo que se inscreve no âmbito da cultura. E, neste sentido, temos que continuar insistindo que, no caso aborto, não se trata de ser contra ou a favor da descriminalização/legalização. O Estado, pela nossa perspectiva, deve oferecer condições para que as mulheres, que assim desejarem, possam o realizar em procedimento com segurança. As crenças individuais de uns não podem se sobrepor as histórias de sujeitos de outros, nem as políticas de Estado laico, tal como expresso em nossa Constituição.

Mas, o que se escutava destas mulheres? O que diziam quando falavam de seus abortos? Diziam que lançaram mão do aborto inseguro sim, mas a despeito daquilo que todos diziam, elas queriam ser mães. Não eram necessariamente monstros, mas algumas, apenas, sentiam que não podiam. Este *não-poder*, várias vezes escutado, estava longe de ser por questões

concretas, outrora apontadas através de discursos manifestos. Simplesmente precisavam abortar e muitas ainda lastimavam, imensamente, por aquilo que se sentiram (subjetivamente) compelidas a fazer, não sem sofrimento, não sem dor. E, por esta via, passamos a perceber que havia algo nos abortos que nos escapava, mas também se presentificava demandando veementemente por novas interpretações.

E a equipe?

Tentamos chegar aqui dando mostras de como a questão do aborto se presentificou em nosso trabalho cotidiano, mais especificamente como assistente social e psicóloga. Entendemos ter ficado claro que o aborto nos convocou a diversas questões, inclusive aquelas que dizem respeito à própria equipe. Dissemos, mas não ainda de forma contundente, que trabalhar com o aborto na nossa unidade não era algo fácil. Ela não era diferente das demais, apresentava também alguns problemas concernentes à assistência prestadas. As mulheres relatando seus abortos estavam ali diante de nós, mas, percebíamos que nem todos queriam falar sobre eles.

Mantermo-nos junto das mulheres, invisíveis, não seria também um caminho possível para nós. A prática cotidiana mostrava que quando falamos da condição da mulher brasileira, a partir de uma perspectiva de gênero, não podemos não falar sobre o aborto, sobre sua criminalização, sobre as mortes de mulheres deles decorrentes e, é claro, dos efeitos nefastos do não acesso aos dispositivos de saúde e a violência institucional.

Deste modo, tornou-se relevante também buscar compreender o posicionamento dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e assistentes sociais – envolvidos no atendimento às mulheres, visando responder a algumas perguntas que pululavam sobre a assistência prestada. De antemão, temos que afirmar que não foi fácil conseguir participantes para a pesquisa. Embora apenas um profissional tenha, de fato, se negado a participar, outros utilizaram as (intensas) rotinas de trabalho como forma de se escusar.

Todos os profissionais participantes, dois de cada uma das especialidades acima citada, totalizando seis, relataram ter assistido alguma mulher em situação de abortamento e saber da existência de Normas Técnicas orientadoras. Tal dado pareceria, em primeira instância, muito bom. Contudo, ao esmiuçar a relação entre os profissionais e as normativas, verificou-se que: a) apenas um profissional disse conhecer bem as normativas que nos orientam, mas deixou claro que a leitura detalhada dos documentos não adveio da necessidade surgida de sua prática profissional mas sim das demandas oriundas de um curso de especialização; b) quatro integrantes relataram que embora tenham delas “escutado falar”, afirmaram apenas tê-las folheado; e, c) um participante, mesmo ciente de sua existência de Normas, afirmou nunca as terem lido.

A valorização da maternidade como algo que se inscreve na natureza feminina, como intrínseca à mulher, corrobora para que profissionais imputem a elas algum tipo de penalização informal e moral. E, de fato, sem o devido conhecimento acerca das políticas públicas e das normas técnicas apropriadas, que operacionalizariam atendimentos humanizados e de qualidade, os profissionais acabam por desenvolver ações que se pautam em seus próprios posicionamentos, favorecendo a punibilidade moral e a criminalização informal, por derivação, violência institucional.

Além disto, precisamos salientar que esta posição, individual, distancia-se da concepção que localiza a interrupção da gestação no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos, pautada pela autonomia da mulher, criando inclusive espaço para que o fenômeno seja compreendido ou por seu valor religioso (pecado) ou pela moral (judaico-cristã).

Apesar de profissionais de saúde se colocarem contra ao encarceramento de mulheres pelo aborto, eles não deixam de dar evidências de que seus posicionamentos e práticas são atravessados pela lógica patriarcal. Afirmam que não devem ser presas, mas punidas pelo que fizeram, mesmo em caso de abortamento por estupro – uma de nossas poucas exceções penais. Os profissionais dão relevo ao ato do aborto em detrimento ao ato da violência sexual. O homem não é sequer citado, quer como estuprador, quer o como companheiro.

Estes poucos dados levantados, para ilustrar o contexto que estávamos inseridas, provocaram novos enigmas, uma vez que precisamos, a partir do que encontramos, criar estratégias para o enfrentamento dos obstáculos, de ordem sócio cultural e religiosa, que se colocam na assistência, a despeito, inclusive, dos preceitos éticos das profissões. Para assistir mulheres em situação de abortamento, há de se tomar como prerrogativa o aborto como direito humano, enquanto problema de saúde pública, aliado à perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

As mulheres esperam receber um atendimento humanizado, de qualidade, em consonância aos seus direitos. A presença de preceitos (e preconceitos) morais e das crenças religiosas dos profissionais de saúde na assistência evidenciam o quanto não estão preparados para criar boas condições de assistência, que sejam efetivas na promoção de saúde e redução de internamento por abortos.

Conclusão

Este trabalho tentou apresentar a questão do aborto a partir da experiência e das pesquisas de duas profissionais de saúde - assistente social e psicóloga-, lotadas em uma maternidade pública. Para isso, apresentou os itinerários para a construção e viabilização de um projeto cujo objetivo era qualificar o atendimento às mulheres em situação de abortamento.

Este se articula ao debate que hoje se dá, nacionalmente, sobre a descriminalização do aborto, através da ADPF 442, tendo em vista que apresenta os efeitos nefastos da clandestinidade para a vida das mulheres. A nosso ver, “é importante ter em mente que a prática do aborto não é reduzida pela criminalização, mas brutalizada, e tanto mais perigoso para as mulheres quanto maiores os esforços para se fazer cumprir a lei” (BOLTANSKI, 2004 *apud* BIROLI, 2016, p. 12).

Ao colocarmos as mulheres no lugar de sujeitos e lhes oferecermos uma escuta sensível atenta e sensível fomos conduzidas à reflexão não só sobre as políticas públicas voltadas às mulheres, mas também sobre as nossas práticas cotidianas junto delas e das equipes.

Mesmo que nossos profissionais não defendam o encarceramento de mulheres, ficou patente que eles acabam por fazer da internação hospitalar uma experiência repleta de violência institucional, ao compreenderem que as mulheres têm que ser punidas pelos atos cometidos, em detrimento das políticas que se sustentam em práticas humanizadas, qualificadas, atravessadas pela perspectiva de gênero.

Sem qualquer dúvida, o que encontramos nos tornava apenas mais um dispositivo de saúde, distante do preconizado, que reforça às lógicas hegemônicas vigentes. Chamamos atenção, com o relato de nossa experiência, para aquilo que se impõe como dever ético-político: proteger e cuidar das mulheres, assim como prover melhor assistência, garantindo-lhes acesso seguro aos dispositivos do SUS para a realização de seus abortos. Mas, para isso, precisamos qualificar nossos profissionais, atores fundamentais na operacionalização e efetivação das políticas públicas de saúde. Eles deveriam poder identificar e perceber os agravos para a saúde

da mulher de um aborto malsucedido, pois, “para o exercício do direito à saúde, há necessidade que as mulheres tenham serviços de saúde acessíveis, disponíveis e de boa qualidade, incluindo profissionais capacitados e capazes de compreender suas demandas” (MADEIRO; RUFINO, 2017, p. 2.778).

Sobre o artigo

Recebido: 18/07/2020

Aceito: 28/09/2020

Referências bibliográficas

- BIROLI, F.; MIGUEL, L.F. (Org). **Aborto e Democracia**. São Paulo: Alameda, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: Julho de 2018.
- CARVALHO, B.N. **A criminalização do aborto e a assistências à saúde das mulheres**. 2017, 125f. Dissertação (Mestre em Serviço Social) - Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, UERJ, Rio de Janeiro: 2017.
- CURI, P. L. Por que não escutar as mulheres? O que elas têm a dizer sobre seus abortos. Belo Horizonte: **Percurso Acadêmico**, v. 6, n. 11, p. 42-59, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/P.22360603.2016v6n11p42>. Acesso em: Julho de 2018.
- DEL RE, A. Aborto e contracepção. In: HIRATA, H; LABORIE, F; LE DOARÉ, H; SENOTIER, D. (orgs.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora Unesp, 2009.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201000700002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Agosto de 2018.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123201700200653&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Agosto de 2018.
- MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002802771&lng=en&nrm=iso. Acesso em: Agosto de 2018.
- ROSADO-NUNES, M.J. In: MATOS, M.C. **A Criminalização do Aborto em Questão**. São Paulo: Almedina, 2010.
- SAFFIOTTI, H. **Gênero, Patriarcado, Violência**. (2004). São Paulo: Expressão Popular - Fundação Perseu Abramo, 2015.