

Autora:

Sara Sousa Mendonça

Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal Fluminense

Pós-doutoranda em Políticas Sociais pela Universidade Estadual do Norte Fluminense

Título: Para além do parto: outras questões de sexualidade e reprodução em uma maternidade pública humanizada

Palavras-chave: humanização; aborto; adoção.

Minha pesquisa é uma etnografia da política de humanização em uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro, pelo viés das enfermeiras obstetras e das mulheres por elas atendidas. Os significados do termo humanização são objeto de disputa entre ativistas, usuárias, profissionais da saúde e gestores e mesmo internamente a estas categorias. As disputas em torno do termo e a ampliação de uma ideologia inicialmente associada à camadas médias específicas - agentes do ativismo em torno da questão - à setores mais amplos da população, através de políticas públicas de saúde, instigaram a escolha de uma maternidade pública como locus de pesquisa. A tese resultante desta pesquisa (MENDONÇA, 2018) busca construir interpretações a respeito da institucionalização deste modelo, abarcando a permanente tensão entre o ideário promovido pelo movimento pela humanização do parto, os saberes-poderes biomédicos e as estruturas da instituição médico-hospitalar. Bem como o diálogo com o grupo majoritário de usuárias da maternidade, que não necessariamente desejam um parto que “respeita a fisiologia do parto” e seja completamente sem intervenções.

Porém, maternidades não são apenas lugares onde mulheres parem e bebês nascem.

S: É isso Cris, essa é a última. Obrigada viu, cabeí. Mas, você pensou alguma coisa que eu não perguntei?

C: Peraí, deixa eu ver. Tem as mulheres que procuram um abortamento também, são aquelas mulheres que sofrem preconceito quando chegam na maternidade, e que elas ficam às vezes, não aqui, largadas na maternidade. E a humanização nesse caso, fica aonde? É uma mulher, não é? Que precisa de atenção, de cuidado, tendo ela provocado ou não.

Uma série de outras questões que circulam a reprodutiva e sexual também passam por ali: abortos, doações de crianças, violências sexuais, laqueaduras e as mulheres que são consideradas inaptas a cuidarem de seus filhos pela Assistência Social. Essas não foram o meu enfoque principal, e tendo o Centro de Parto Normal (CPN) desta maternidade como campo de observação quase exclusivo não pude explorar como elas são abordadas em diversas instâncias da instituição, apenas observar como elas passavam por aquele setor e que tipo de comentários e interações geravam. São dados que por vezes invadiram o CPN, sendo comentados por todas; por vezes apareceram em minhas entrevistas e me deram uma nova compreensão do que eu havia observado em sala de parto; outras tantas vezes nem eram assunto e eu só os captava ouvindo curtas conversas ou indagando sobre. Pegando a deixa da enfermeira entrevistada busco nesse artigo resolver uma questão também comigo mesma, desenvolvendo essas questões que não foram abordadas na tese. Ainda são esforços iniciais, talvez com dados etnográficos em estado mais bruto, mas eles não podem ser esquecidos.

Doações e maternidades negadas – o parto de Lucimara e outras histórias

Estou no posto de enfermagem, no corredor do CPN, quando sobe Lucimara, 5 de dilatação. Ela chega com uma expressão triste, que penso ser dor. Depois que Juliana a coloca na sala de parto e sai entro para me apresentar e pedir permissão. Ela consente. Pareceu-me não estar querendo ou negando nada. Acompanho as perguntas de entrada que Juliana faz: empregada doméstica, branca, natural do Ceará, um filho de cinco anos, por cesárea. Juliana oferece o chuveiro, mas ela diz que não quer. Como o exame de toque havia sido feito a pouco, Juliana não a toca. Saímos da sala e logo a acompanhante chega, carregando as malas de maternidade, bem entusiasmada. Pela idade e os cabelos igualmente coloridos de loiro, penso ser a mãe de Lucimara.

Sento na poltrona fora da sala, ao lado da porta, e logo começo a ouvir os gemidos dela. Parece-me que o ritmo das contrações está rápido, Juliana também percebe, comenta algo nesse sentido para mim e entramos na sala. Encontramos-a

deitada de lado, gemendo, introspectiva. Juliana faz o toque. Já foi para nove, em menos de meia hora, praticamente!

Diante da rápida evolução, Julina lhe pergunta o porquê de o anterior ter sido cesárea. A acompanhante explica que foi uma intercorrência no meio do parto. Juliana lamenta, afinal ela está evoluindo muito bem nesse. Daiane, residente de enfermagem obstétrica, entra na sala. O telefone da acompanhante toca, ela atende, falando em tom de voz habitual, Daiane sinaliza silêncio e indica o banheiro. A acompanhante retorna e pergunta "Lucimara, né? Qual é o seu número?" E coloca o telefone no ouvido de Lucimara – percebo então que o nome dela estava registrado errado no quadro e ela se chama Lucimara – Daiane em um sussurro interrompe a ação. A residente tem uma voz de sala de parto bem baixinha e se alguém fala alto bota ordem na sala, fazendo isso inclusive com colegas de trabalho. A acompanhante perguntando o nome da mulher e o telefonema embaralha o papel que eu havia imaginado que ela ocupava: uma mãe saberia essas informações. E mais, porque nome e telefone seriam importantes naquele momento? Perguntam-lhe o que ela é da mulher e ela responde que é a patroa. Talvez o auxílio financeiro dela explique as bolsas de marca da bebê...

A bebê está coroando, fica ali por um tempo, Juliana pega um óleo e avisa que vai jogar para ajudar a deslizar. A acompanhante pergunta se o que está aparecendo é a placenta, dizem que não, é a cabeça. "Tá coroando, como dizia as minhas avós! Não machuca ela ficar ali?". Juliana em voz baixa e gesticulando (tentando fazê-la abaixar também o seu tom): "Não, respira pelo cordão". Lucimara não pergunta ou comenta nada, está bem introspectiva e mantém a aparência triste. Uma funcionária de outro setor da maternidade irrompe na sala e fala com a acompanhante, diz que a família toda está lá embaixo esperando. Daiane lhe pede silêncio. A situação continua ficando mais estranha...

Não demora muito mais, a cabeça da bebê está vindo mais pra baixo. A acompanhante acarinha o topo da barriga. Elas têm uma interação um pouco estranha, desde o telefonema fico tentando entender qual a relação entre elas: em alguns momentos ela parece super atenciosa, envolvida e preocupada, em outros demonstra distância e uma certa insensibilidade. Ela está bem vestida, em roupas de marca do tipo suéter e camisa.

A acompanhante comenta que a cabeça parece molinha, Juliana explica que é molinha mesmo: "*Pra passar, né*"; e para Lucimara: "*A cabeça já tá ali, se você quiser pode botar a mão e sentir o cabelinho*". Diz que não quer. Dá uns gritos mais fortes. Entre as contrações pede baixinho: "*Sai bebê, sai*". Finalmente a cabeça sai e na contração seguinte todo o corpinho. A bebê é prontamente colocada nos braços de Lucimara, que não demonstra muita conexão com ela. Já a acompanhante, extremamente emocionada, não sabe se ri ou se chora. A reação dela acaba contagiando a todas nós. Pede para tirar fotos e percebo que ela está direcionando a enfermeira que está fotografando a enquadrar apenas ela e a bebê. Alguém lhe pergunta e ela diz que será a madrinha. O corte do cordão lhe é oferecido. Mais lágrimas e fotos.

Enquanto finaliza o parto Juliana pergunta à Lucimara se ela vai amamentar. Ela responde que não. "*O seu outro filho, você amamentou?*"; "*Amamentei, até os dois anos*"; "*Poxa, e ela agora não?*"; "*Não, agora não quero*". A negativa deixou Juliana meio desconcertada e eu também achei estranho, uma vez que Lucimara desde que chegou ali não se mostrava enfática em nenhuma vontade. Juliana prossegue no papel que a assistência é orientada a ter nesses casos: incentivar a amamentação destacando os múltiplos benefícios dela para a saúde do bebê. Mesmo assim Lucimara nega e Juliana se dá por vencida. A bebê chora no bercinho do *intensive care* e a acompanhante se mostra preocupada. Uma técnica a veste com as roupinhas e manta caros, que a acompanhante havia trazido.

Vou ao banheiro e retorno para me despedir e falar com Lucimara sobre fazer uma entrevista com ela no dia seguinte. Encontro apenas ela e a acompanhante na sala. Colocaram a bebê nos braços de Lucimara e a acompanhante comenta satisfeita que ela parou de chorar, sorrio e digo "*É! Colinho de mãe é bem melhor que esse bercinho*". Lucimara permanece com uma expressão melancólica e pouco olha ou interage com a bebê, apenas a segura à altura da barriga. Falo da pesquisa e de entrevistá-la no dia seguinte. Tento direcionar a fala a Lucimara, pois estava achando meio estranho a acompanhante falar por ela em diversas situações. Ela concorda. Despeço-me, ainda achando tudo um tanto estranho, um clima não necessariamente hostil, talvez de suspeita, em relação a minha proposta.

Saio da sala, há um intenso burburinho no posto de enfermagem. Juliana me conta: "*A acompanhante quem vai ficar com a bebê!*". De repente tudo que parecia tão

estranho, faz sentido: a tristeza de Lucimara; ela não chamar a bebê pelo nome durante o parto; a recusa da amamentação; a pouca conexão com a bebê; a emoção da acompanhante; o telefonema; a funcionária do outro setor; a sessão de fotos. Consigo distinguir então que os momentos em que a acompanhante de mostrou preocupada e atenciosa foram direcionados a bebê, e que os momentos em que a percebi distante ou insensível foram em relação a Lucimara. Relembro imediatamente a frase que acabei de falar a elas sobre colo de mãe e a conto mortificada a Juliana, que me consola: *“Você não tinha como saber, a gente também não fazia ideia, só agora que chegou na gente”*.

Há uma inquietação nas enfermeiras, de uma rejeição às atitudes da acompanhante na sala de parto agora toma lugar uma suspeita de que a adoção seria informal, podendo envolver trocas monetárias, de que ela estaria “furando a fila” de casais que adequadamente aguardavam sua vez na fila de adoção. Uma técnica conta, com certo desdém, que a viu falando com a bebê: *“eu vou ser sua mãe, vou te levar pra minha casa e cuidar bem de você”*. De toda forma parece que a outra funcionária da maternidade sabia da situação e estava de alguma forma a mediando. Disseram que o casal havia inclusive chamado um juiz para os trâmites formais. Diante da situação inesperada decido que não entrevistarei Lucimara, uma vez que isso poderia passar uma impressão de interesse investigativo a respeito da adoção e tornar ainda mais complicada a situação.

No dia seguinte converso com outra enfermeira sobre o caso, Aline. Diferente das colegas ela se mostra favorável a situação, uma vez que Lucimara teria escolhido uma pessoa que conheceu e depositou confiança para cuidar da bebê. Conta um caso semelhante de uma mulher que ela fez o parto: mãe de dois filhos, ela era empregada doméstica e morava na casa dos fundos a dos patrões, que a ajudavam com a criação dos meninos, lhes pagando boas escolas. Quando ela fica grávida do terceiro, os patrões dizem que não teriam condições de auxiliar com mais um, e ela se vê frente a difícil decisão de tirar dos outros filhos para poder ficar com todos, ou doar o que estava por nascer e poder continuar ofertando aos outros dois o mesmo nível de vida. Acaba decidindo pela adoção, com a certeza de que fez a melhor escolha. A realizou através de uma ONG que coloca em contato casais que querem adotar e mulheres que querem doar seus bebês. Dessa forma pode conhecer o casal e ter confiança de que eles seriam bons pais.

Outros casos do tipo foram narrados durante o período de campo. Certa vez chego e percebo um burburinho entre as enfermeiras. Um casal chegou e anunciaram que doariam o bebê para a Assistência Social. Elas identificam o não dito: era um caso de “*o filho da amante*”. Porém a situação não foi se desenrolando nesse sentido: assim que o bebê nasce a mulher não desgruda dele, toda a família dela está aguardando lá embaixo para conhecê-lo. A situação fica em suspense, as enfermeiras aguardam para saber como agir. Ao final, eles decidiram ficar com o bebê. Aline mesmo me conta casos em que logo na chegada a mulher anuncia a sua decisão e diz que não quer ter contato com o bebê. Nesses casos a Assistência Social é avisada e a decisão da mulher respeitada.

Em outro dia uma enfermeira da UTI neonatal passa pelo CPN e conta pesarosa que tem três bebês que foram abandonados lá: “uma delas é tão lindinha!”. Conta ainda que é assim todos os meses, que sempre “*sobram*” cerca de três bebês, cuja as mães, apesar de não terem indicado a doação, simplesmente desaparecem. Quando se consegue contatá-las elas confirmam a doação e o bebê é encaminhado a Assistência Social. Às vezes a atitude está atrelada a algum caso de má formação fetal, como microcefalia.

Além dos casos em que as próprias mães encaminham os bebês para a adoção ocorrem também casos em que o Conselho Tutelar é acionado caso as profissionais verifiquem que as mães não teriam possibilidades de criar aquele filho. Não presenciei nenhum do tipo ali no espaço do CPN, porém ouvi relatos de uma profissional da UTI neonatal a esse respeito. Em geral se tratam de mães usuárias de drogas. Já no formulário de admissão há tópicos específicos para sinalizar em caso de usuárias de drogas e mulheres em situação de rua, elementos que as deixam em maior vulnerabilidade frente a Assistência Social.

Certo dia quando já estava indo embora do campo vi que havia um número razoável de pessoas na entrada da maternidade. Por ali ficam normalmente um pipoqueiro e uma barraquinha de doces, de modo que profissionais e usuários por vezes passam algum tempo ali. Entreouvi a conversa entre três mulheres, que pareciam reclamar do atendimento em algum setor. Apresentei-me e sentei ao lado delas, acompanhando a conversa. Elas eram mães de bebês que estavam internados na UTI neonatal. Reconheci uma delas, a tinha visto chegando ao CPN com seu companheiro,

dias antes. Esta era a que parecia estar mais descontente com o atendimento, contando a desavença que teve com uma médica :

“ A menina saiu e pediu pra eu ficar olhando a neném dela. Aí eu vejo a neném chorando sem parar, com um paninho tampando a cara. Fui falar com a médica pra ela ir lá ajudar e ela me pagou o maior esporro, disse que eu não tinha nada que ficar olhando o bebê dos outros, que a gente só tinha que cuidar do nosso mesmo. A menina pediu para eu olhar e eu não gosto de ver neném sofrendo, lá elas deixam eles tudo largado, chorando sem parar!”

Seu bebê já estava internado fazia 12 dias, é comum que se criem laços de solidariedade entre as mães de bebês na UTI por períodos prolongados. Quando as demais falavam sobre a amamentação disse que não podia amamentar, pois era soropositiva. Negra de pele escura, contou ainda que era bastante pobre, mas que ela e o companheiro se esforçaram para reformar uma parte da residência para comportar o bebê. No dia seguinte, eu estava no CPN quando chega uma médica da UTI, como quem busca refúgio: *“Nossa, não estou mais aguentando ficar naquela UTI, tá lotada, é choro de criança o dia inteiro, mãe discutindo, minha cabeça está estourando... Hoje mesmo tive de chamar Conselho Tutelar pra dois.”*, Uma enfermeira pergunta qual era o caso, ela responde: *“Crakudas...”*. Reconheci que uma das mulheres seria a da história anterior. Pareceu-me que, além de todas as suas vulnerabilidades, sua postura confrontativa em relação a equipe pode ter exposto suas fragilidades e acarretado o desenrolar do caso.

Abortos

As situações de abortamento em geral passam muito rápido pelo CPN, de modo que demorei a conseguir percebê-las. Quando um abortamento, seja espontâneo ou provocado, ocorre da melhor forma possível o procedimento hospitalar é aparentemente simples e protocolar: essas são as mulheres que vão fazer uma curetagem no centro cirúrgico e ficar em recuperação na enfermaria. Assim, passei o primeiro mês vendo essas mulheres sentadas na poltrona do CPN, por vezes com seus acompanhantes, sendo

preparadas para entrarem no centro cirúrgico obstétrico (CCO) e tendo os seus casos definidos apenas como: “vai entrar a cureta/aquela é cureta”. Nesses casos, a palavra aborto não era mencionada. A entrada no CCO se dá pelo CPN, mas as mulheres em preparação para entrarem no CCO não são registradas no quadro de pacientes do CPN, destinado apenas as que farão procedimentos nesse setor.. As curetagens são procedimentos bem cotidianos do centro cirúrgico e mais simples que uma cesariana. Durante certo período do trabalho de campo o centro cirúrgico, que possui duas salas, estava operando apenas com “uma e meia”, ou seja, uma que necessitava de reparos ou equipamentos de alguma ordem, sendo destinada apenas as curetagens, que necessitariam de menos condições materiais para serem feitas.

Do meu lugar de observadora não era possível distinguir se estes casos se tratavam de abortos provocados ou espontâneos, o que atribuo ao modo de operação das profissionais do setor em não dispensar tratamento diferenciado entre os casos. A preparação para a entrada em centro cirúrgico pode ficar a cargo tanto das enfermeiras quanto das técnicas em enfermagem e consistia apenas em remover acessórios de metal e colocação de toucas nos cabelos, às vezes alguma medicação intravenosa também era feita. As mulheres não traziam expressões faciais ou algo que eu pudesse perceber como desconfiança. Algumas aparentavam tristeza. Mas em geral as expressões eram mais calmas, até porque a comparação direta eram as suas vizinhas de poltrona, passando pelas dores do trabalho de parto.

Comento com Cris a respeito dessa minha dificuldade em diferenciar quais seriam esses casos e ela me diz: *“Aqui tudo é muito natural. Tudo natural, pra [mulher] não ficar constrangida também.”*. E realmente assim me pareceu, os casos ali eram tratados com naturalidade e talvez algum distanciamento. Não tenho como saber se na admissão ou no centro cirúrgico, setores mais diretamente ligados a esses atendimentos, as coisas transcorriam da mesma forma.

Ao mesmo tempo que tal tratamento com uma naturalidade distante parecia ser uma boa maneira de lidar os casos sem atribuir culpas, por vezes ele se mostrava insuficiente em relação às mulheres que tiveram um aborto espontâneo e estavam sofrendo a perda de um filho desejado. Lembro uma ocasião destas, em que enquanto a mulher se recuperava no centro cirúrgico o esposo foi indagar as enfermeiras se o aborto

significava que ela teria dificuldades de engravidar novamente. Este casal possuía dúvidas e anseios que não estavam sendo atendidos pelo tratamento padrão dispensado.

Segundo Cris, nos casos em que se percebe que o abortamento foi espontâneo e que a mulher está sofrendo por isso, há um esforço maior em dar agilidade ao processo, evitando que ela fique muito tempo exposta a companhia de outras em trabalho de parto ou aos recém-nascidos, como forma de poupá-la emocionalmente. Não parece que as que provocaram o aborto sejam vistas como também suscetíveis a emoções dolorosas diante de tais cenas.

Porém há casos em que os abortamentos apresentam complicações e demandam maior tempo de atendimento no CPN. Entre eles estão os “abortos retidos” no qual o processo de abortamento já não é reversível, porém ainda não se efetivou, com a expulsão do embrião/feto e parece que não vão se concluir naturalmente. Esses podem ser tanto abortos espontâneos quanto provocados. Esses casos são tratados da mesma forma que as induções de parto, na área de enfermagem do CPN, ministrando doses sucessivas de misoprostol, medicamento também popular para o recurso do aborto ilegal.

Outra categoria que também demanda cuidados e não deixa dúvidas a respeito da intenção de provocar o aborto são os “*abortos infectados*”. Quando me deparei com o termo no quadro de pacientes fiz o que fazia a cada “novidade” que ali aparecia: busquei alguém para perguntar do que se tratava interpelando a uma residente se se referia a um tipo de aborto espontâneo. Em voz baixa ela me responde que não. Juliana, enfermeira staff, entra no assunto e diz que é provocado. Pergunto porque seria infectado:

"Porque as mulheres colocam coisas lá dentro, às vezes perfuram o útero... A gente não sabe o que aconteceu, então chega aqui e vai direto pro antibiótico [...] Como o aborto não é legalizado elas vão em curiosa, as vezes nem sabem o que elas botaram lá dentro".

Me diz que era a mulher sentada na poltrona no corredor, sendo atendida por uma enfermeira que lhe colocava medicamento intravenoso. Ela parecia bem, calma e sorria ao falar com a enfermeira.

Algum tempo depois a enfermeira que acomodou a mulher no leito retorna e Juliana puxa uma cadeira para mim ao lado delas e diz: *"senta ai, ela tava perguntando sobre o abortamento infectado"*. A enfermeira então conta como foi a história: era uma mulher de 37 anos, negra, que já tinha filhos, havia ido no sábado em uma mulher que elas chamavam ali de *"curiosa"* - no jargão biomédico, forma de se referir a mulheres que auxiliam mulheres a abortar sem possuir formação acadêmica para tanto, em geral recorrendo a métodos com ervas; termo também encontrado na literatura para se referir às parteiras tradicionais¹ - que havia colocado um líquido preto dentro dela, *"nem sabe o que era"* e dito para que ela não fosse ao hospital. Ela sangrou em casa de sábado até quinta até decidir não seguir a recomendação. Juliana comenta: *"Se fosse comigo eu teria logo ido para o hospital..."* e em seguida, parecendo ter pensado melhor no que disse: *"Aliás, eu não teria ido em curiosa"*.

Presenciei apenas este caso do tipo, de modo que acredito que as mulheres do Rio que provocam abortos estejam encontrando soluções menos perigosas, ou ainda que as que utilizam estes recursos busquem menos auxílio nos hospitais.

A definição diagnóstica de cada caso é feita no setor de admissão. Uma enfermeira – que disse ser favorável a legalização do aborto – contou que, quando faz plantão lá, por vezes as mulheres contam livremente que usaram Cytotec (nome comercial do misoprostol). Atribui que tal confissão se dê em um ambiente em que se sintam livres de julgamentos e culpabilizações, devido a sua atitude empática, destacando, porém, que não seriam todos os profissionais a atuarem assim. Para além do que as mulheres relatam, podem existir “provas materiais”, como me contou uma residente que parecia não ficar muito confortável com o tema: por vezes ao examinar uma mulher em abortamento encontra-se os comprimidos no colo do útero. Talvez para estas que sejam contrárias ou se sintam pouco confortáveis com a questão assumir uma postura distanciada seja a forma possível de lidar sem maiores julgamentos.

¹ A história das “curiosas”, “aborteiras”, “fazedoras de anjos” ainda está por melhor ser contada. A associação das parteiras tradicionais com a prática de abortos foi acionada para deslegitima-las no processo de origem da medicalização do parto, no séc. XIX e início do séc. XX (VIEIRA, 2008). Ainda hoje, com o cenário de ilegalidade e criminalização, mulheres que ajudam mulheres a abortar são retratadas apenas como mercenárias e/ou irresponsáveis. Assim como ocorrido com as parteiras, lhes é negado qualquer reconhecimento a respeito dos possíveis conhecimentos tradicionais que possuem, ainda que estes não correspondam aos valores da biomedicina do séc. XXI. Ainda assim deve ser dito que algumas práticas usadas são extremamente inseguras, principalmente as que realizam procedimentos biomédicos sem o devido cuidado.

Dos relatos em geral parece que o Cytotec se mantém como método mais utilizado e está associado aos abortos que transcorrem sem maiores problemas. O misoprostol é tido como um método de abortamento bem seguro, sendo utilizado nos casos de abortamento legal e em países que legalizaram o aborto. Comprado no mercado ilegal, pode ser apontado como redutor de gastos na saúde pública, que arcaria com os custos das complicações mais frequentes provocadas por outros métodos.

Uma tentativa de aborto que não foi efetivada – o parto de Amana

Acompanhei o parto de Amana desde que ela estava com seis centímetros de dilatação. Tem 18 anos e está tendo o seu segundo filho. As residentes de enfermagem que a assistem contam-me que Amana está muito chorosa e o marido está nervoso, assustado, sem saber o q fazer. Segundo Ludmila, residente, Amana estava com medo, deu a entender que teve algo ruim no parto anterior, mas diz não se lembrar do trabalho de parto e que achava não ter sentido tanta dor no primeiro. Entro na sala e a encontro na poltrona, o marido tinha ido para o corredor. Agacho ao seu lado e me apresento, falo suavemente tentando acalmá-la que logo vai passar e assim como ela não se lembra do parto anterior também não vai lembrar dessa dor, que quando acaba as mulheres normalmente se sentem aliviadas, como se nada tivesse acontecido. Falo isso repetindo o que as enfermeiras e ativistas dizem e a partir do que vinha vendo em outros partos, mas não tenho como saber se é realmente verdade, apesar de parecer. Ela está chorando, mas é um choro mais pra dentro. Carla, residente, inicia uma massagem nela. Amana parece mais calma e dá umas cochiladas durante a massagem.

O clima na sala na penumbra se torna calmo e lento enquanto Carla prossegue com a massagem. Antes que eu mesma cochile, decido ir falar com Eduardo, o marido. Apresento-me e pergunto se ele está nervoso. Diz que sim, que saiu para espairecer e me mostra o joguinho de celular que estava jogando. Pergunto se ele esteve presente no parto anterior e ele diz que sim, conta que foi ali mesmo, apontando para a direção da sala A, *"ela gritou muito, nossa deu vexame aqui"*. Digo que ali as enfermeiras não se importam com gritos, que é normal. *"É?"*, ele pergunta.

Fico pelo corredor quando aparece Erika, residente, que veio falar com a mulher, Rita, que está na poltrona sendo preparada para entrar para uma cesárea, acompanhada

pelo marido. Eduardo passa por nós e entra na sala. Rita que havia ouvido nossa conversa comenta *"se fosse meu marido eu matava! Mas o meu marido também tem medo, não aguentaria ver se fosse normal não, só cesárea mesmo"*. Erika lhe pergunta se ela tem outros filhos: *"tenho um de 23 e uma de 17, e dois netos!"*. O marido a corrige: *"três!"*; *"Ah é! Eu fico esquecendo"*. Erika pergunta se ela planejou a gestação, sem dizer diretamente que não ela conta que teve de parar de tomar o anticoncepcional por risco de trombose e logo engravidou. A residente pergunta se ela irá fazer a laqueadura, ela diz que quer fazer depois, que planejou fazer quando ia fazer o parto particular, mas os planos mudaram e ela acabou indo para lá. Pergunta ainda sobre o planejamento familiar², mas ela não o concluiu e também não está com outros documentos. Mesmo assim, Erika recomenda que ela fale sobre com a equipe médica, afinal ela é uma excelente candidata a laqueadura: 39 anos, no terceiro filho, já avó e impossibilitada de tomar pílula. Posteriormente lhe pergunto se ela conseguiu a laqueadura e Erika diz que não.

Volto a sala. Amana parece estar mais calma nesse momento, após a massagem de Carla. Ela fala com o filho, pedindo para ele sair, mas não chora mais. O marido certamente foi o que mais chamou a atenção nesse parto, tanto a minha quanto das enfermeiras. Se mostrava extremamente ansioso, quando próximo a Amana lhe segurava a mão e cobria a própria boca com a outra, parecia prestes a vomitar. Por vezes ficava próximo a porta de saída, ou mesmo ia para fora.

Em entrevista posterior, Amana me contou sua história e elementos de sua relação conjugal que me possibilitaram melhor compreender o que havia de passado no parto, principalmente em relação a seu estado choroso, mas também em relação ao seu marido:

S: As suas gestações foram planejadas?

A: A primeira foi, foi tipo a força ,eu botei ele na parede, mas a segunda não.

S: Cê já tava casada?

A: Não. Ele tinha 20 anos e eu tinha 12. A mãe dele não aceitava o nosso relacionamento e a gente se gostava muito. Aí a mãe dele ameaçava, ele morava com a mãe dele, dependia

² Para uma análise etnográfica a respeito do processo de planejamento familiar, que se traduz basicamente na obtenção de uma laqueadura, ver Corossacz (2009).

muito, ela proibiu ele de namorar comigo. Aí foi quando eu falei “ ou você me dá um filho ou a gente termina”. Aí ele resolveu me dar um filho pra ela aceitar.

S: E você já queria ter filho?

A: Assim querer, querer, eu não queria não, mas essa foi a única..

S: Você queria ficar com ele.

A: É. Aí a gente ficou junto.

[...]

S: E o Pedro? Vocês não planejaram, mas já estavam numa situação mais confortável, na casa de vocês...

A: É, foi assim , a gente tava na nossa casa, mas o que acontece, ele não aceitou muito, ou melhor ele não aceitou. Quando eu falei pra ele que tava grávida, ele falou que era mioma, era gases, ele não aceitou . Depois ele falou que ia aceitar, mas porque ele é assim, a gente mora separadamente da mãe dele mas ele é muito, tipo assim, a mãe dele é mãe e pai dele, então é ela pra tudo, é ela pra dar conselho, é ela pra tudo, então ele considera muito ela, mas ele falou que “independente do que minha mãe falar, a gente vai ter esse bebê”. Sendo que quando a gente foi falar com o mãe dele ela também não aceitou e como ele vai muito na conversa dela ele acabou não aceitando também. Aí a gente brigou, ele queria que eu abortasse, eu falei que não ia abortar, mas como eu dependia dele e ele dependia dela, eu não tinha condições de morar nem com minha mãe nem com meu pai, aí eu fui e tomei o remédio, aí eu tomei o remédio Cytotec e achei que tinha abortado. Aí depois de 5 meses a minha barriga crescendo, aí eu fui fazer uma ultra porque eu também estava com medo de ser mioma, fui fazer uma ultra aí deu, aí ele teve que aceitar, não dava mais tempo. Aceitaram, agora ela [a sogra] falou que vai vir aqui antes de eu sair.

S: E como foi o processo com o Cytotec?

A: Foi assim, eu fui na Santa Cruz fazer o meu cabelo e pra mim ele tinha desistido disso, a gente conversou, eu chorei, eu falei que ia me separar, eu achei que ele tinha esquecido, desistido, aí eu fui na Santa Cruz fazer meu cabelo. Quando voltei ele já tinha comprado, ele tava na casa da mãe dele me esperando, aí eu falei que não ia tomar, não ia tomar, não ia tomar, aí eu meio que fui obrigada, meio que a força, sabe. Aí eu tomei e achei que tinha abortado porque desceu muita coisa, muita coisa....

[...]

S: Você tava assustada (no parto)?

A: Eu tava, mas é o que eu te falei, eu tava assustada com medo do resultado, dele nascer e ter alguma coisa assim, me entristecia mais por causa disso, assim tem que sair, mas eu me assustava mais pelo resultado, porque a gente tem aquela confiança que vai nascer tudo bem, mas no fundo, no fundo tem aquela duvida, a gente não sabe.

Amana ainda relatou que lidar com a gravidez após a tentativa de aborto foi emocionalmente difícil não só pelo receio de sequelas físicas, mas também porque temia não conseguir amar aquele filho, que não teria desejado e havia sido motivo de tantos problemas em seu casamento, da mesma forma que amava a filha mais velha.

Histórias como a de Amana aparentemente podem corroborar com um ponto de argumentação dos que são favoráveis a que o aborto permaneça sendo um crime: o de que homens forçariam suas companheiras a abortarem. A estes, argumento de volta: homens já forçam elas a abortarem, a situação de ilegalidade novamente as vulnerabiliza. Em um contexto onde o aborto fosse legalizado e realizado pelo SUS o Estado estaria presente para permitir que uma mulher na situação de Amana tomasse a sua decisão por si mesma.³

Aborto legal

A Maria Amélia não é uma maternidade de referência para o serviço de aborto legal. Assim como todas as maternidades do SUS ela deveria prover o serviço, mas não é a sua especialidade, de modo que ela realiza menos procedimentos do tipo do que, por exemplo, a Fernando Magalhães, que é uma de referência no serviço na cidade. O fato de os abortos legais não serem cotidianos os tornam acontecimentos extraordinários e implica que as equipes estão menos habituadas com eles, o que pode se desdobrar em tensões.

Os procedimentos a serem seguidos em casos de abortamento legal se davam, ou deveriam, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde:

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à mulher a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem. Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das

³ Em pesquisa sobre os processos decisórios para o aborto com maior amostragem, Heilborn et al (2012) encontraram também duas histórias semelhantes a de Amana, uma das quais possuía a sogra também como elemento determinante. Para mais dados e análises a respeito de mulheres que abortam, ver também Scavone, 2004.

vantagens e desvantagens de cada método, suas taxas de complicações e efeitos adversos. (BRASIL, 2011 p. 33)

Ainda segundo o documento, as três técnicas são elegíveis no primeiro trimestre de gestação. No segundo trimestre são preferíveis as técnicas farmacológicas, podendo ser complementado após a expulsão do feto com procedimentos em centro cirúrgico de esvaziamento da cavidade uterina. Apesar de o caso das mulheres no corredor aguardando para entrarem no centro cirúrgico para efetivarem um processo de abortamento, serem referido pelas enfermeiras apenas como “*cureta*”, os gráficos disponibilizados pelo setor indicavam uma taxa equilibrada entre curetagens e amiu’s. Não acompanhei diretamente os processos de aborto de modo que não posso dizer como se dava o acolhimento ou eram apresentadas as opções e concedida ou não a escolha pelo método.

Acompanhei apenas dois procedimentos de aborto legal. Quer dizer, um...ou dois. Irei primeiro ao caso da dúvida, um dos meus dados de campo que mais tive dúvidas se deveria incluir em algum texto, o trago aqui para ter uma noção de sua recepção.

Se tratou da história de Valéria, com quem tive o primeiro contato através da anotação de seu caso no quadro de pacientes. Constava que ela já tinha seis filhos, todos por parto normal, estava na vigésima semana de sua sétima gestação, seguido pela anotação “*abortamento (feto inviável)*”. Estava internada no setor de enfermaria do CPN. Tal anotação não era usual, de modo que perguntei a uma enfermeira do que se tratava. Ela me explicou que Valéria havia perdido muito líquido amniótico, já estava internada em outro setor já faziam quase três semanas, nas quais foi tentado reverter a perda de líquido e prolongar a gestação até o momento em que o bebê tivesse alguma chance de sobreviver fora do útero, mas que não foi possível, o quadro era irreversível, não havia mais líquido suficiente para a gestação se estender tempo o suficiente, era uma questão de tempo para a morte fetal. De modo que ofereceram a ela a possibilidade de encerrar a gestação. Tudo isso foi me narrado com extrema naturalidade e assim me pareceu bem lógico.

Apenas chegando em casa me dei conta de que o caso de Valéria não se enquadrava diretamente em nenhum dos três casos em que a legislação vigente permite

o aborto: risco de morte materna, gestação decorrente de estupro e anencefalia. A gestação não estava colocando a vida de Valéria em risco, apesar de ser classificada como de alto risco não ia além disso - basicamente 70% das gestações atendidas na Maria Amélia eram de alto risco. À época pesquisei no Google e encontrei que uma decisão jurídica teria estendido a decisão a respeito da anencefalia para demais casos em que a vida não fosse viável. Dei a questão por encerrada até o momento mais final de escrita da tese, quando não reencontrei tal notícia nem nenhum comentário a respeito. Embora a decisão a respeito da anencefalia pareça logicamente se estender às demais situações em que devido à má formações fetais ou características da gestação ela não seja viável, ela se restringe a anencefalia, necessitando de judicialização dos casos específicos.

Ou seja, eu estive diante de um abortamento feito dentro do hospital, por profissionais da saúde, que não se enquadrava em uma das três condições. E o que mais me chamou a atenção: em nenhum momento a decisão foi tratada como um caso de controvérsia.

Em artigo de 2003, ou seja anterior a inclusão da anencefalia nos casos de aborto legal, Débora Diniz já tratava do tema do aborto seletivo, indicando a sua ocorrência e estatuto ambíguo:

“O Código Penal brasileiro não explicita o tema do aborto por anomalia fetal. Estima-se que já foram autorizadas duas mil interrupções da gestação por má-formação fetal incompatível com a vida no Brasil. Os anos 1990 foram decisivos para esse processo de reconhecimento do direito ao aborto seletivo, muito embora ainda exista intensa controvérsia jurídica em torno de sua legalidade.” (DINIZ, 2003, p. 13)

Valéria ficou internada realizando o procedimento durante quase uma semana, período que pareceu longo não só a mim, mas também às profissionais do setor: a indução com misoprostol não “estava pegando”, ou seja, não estava produzindo contrações fortes o suficiente para expulsarem o feto. A indução se iniciou em uma segunda feira, somente no sábado a equipe finalizou o procedimento no centro cirúrgico.

Conversei com Valéria durante a semana, ela tinha 37 anos e já possuía seis filhos, estava acompanhada da filha de 14 anos que também estava grávida. Migrante do

Ceará, possuía feições indígenas. Sua fala era de pesar e aceitação, havia concordado com os médicos que o quadro era irreversível, que as múltiplas gestações anteriores tiveram um custo para seu corpo que tornaram uma nova gestação inviável, iria proceder com uma laqueadura para encerrar o ciclo reprodutivo. Contou que mesmo informada que poderia esperar até a morte do feto quis encerrar logo a situação, pois estava no hospital já havia muito tempo, sentia falta de sua casa, de sua comida, que a filha pequena não estava entendendo sua ausência e estava muito triste, bem como seu marido, que teve mais dificuldades em aceitar a situação: *“ele queria muito esse filho, tá achando que vai ter algum milagre, acabou que sou eu que estou tendo que consolar ele.”*. O caso de Valéria abarca as situações em que um filho desejado não é possível, situações de perda e sofrimento nas quais é legítimo que as mulheres optem por abreviar a gestação, ou “parto terapêutico”, termo utilizado há época da liberação do aborto por anencefalia pelo STF. Revela ainda uma sensibilidade da equipe, que manejou a situação dentro de suas possibilidades para torná-la possível, embora eu não sabia informar como se deu esse processo. Destaco que em relação a Valéria não observei nenhum acompanhamento seja pela equipe de psicologia ou assistência social da maternidade.

O segundo caso que acompanhei foi o de Bárbara, um aborto legal devido a gestação ser decorrente de violência sexual. Bárbara foi parar ali pois outra maternidade pública, também reconhecida pelos investimentos em humanização da assistência, não autorizou o seu procedimento devido a ausência de Boletim de Ocorrência. Ela estava então com 15 semanas de gestação, tinha por volta de vinte e tantos anos. Durante todo o período que passou ali esteve sozinha, sem nenhum acompanhante.

Assim que foi acomodada no leito da enfermaria recebeu uma breve visita de uma dupla de assistentes sociais da maternidade. Aproveito para conversar com as assistentes assim que encerram a visita. Elas são bastante receptivas, dizem que adoram a antropologia. Contam-me como é o procedimento nos casos de violência sexual: a mulher é recepcionada por três equipes distintas, a de assistência social, a de psicologia e a médica/enfermagem. O objetivo é tanto o acolhimento quanto verificar a veracidade da história e se a idade gestacional corresponde com a violência sexual.

Contam de um caso ocorrido meses antes que ganhou alguma notoriedade da mídia e que passou por ali: segundo a narrativa delas, se tratava de uma garota de

programa de outro Estado que veio ao Rio encontrar um cliente, o cliente era traficante e a manteve em cárcere privado por cerca de vinte dias em um morro, período no qual foi estuprada por diversos homens, conseguindo fugir com ajuda de um morador da comunidade. Embora não houvessem dúvidas a respeito da veracidade de sua história foi verificado que a gestação seria anterior ao período de cárcere, não a habilitando ao procedimento. Ela entrou para o programa de proteção a testemunha e foi retirada do Estado pela polícia.

Falam ainda a respeito da PEP (Profilaxia Pós-Exposição sexual) que previne a transmissão de doenças e gravidez e é indicada tanto para casos de violência sexual quanto para relações consensuais sem o uso de preservativo. Dizem que o dia de pico é sábado “*por causa dos bailes funks na sexta*”. Tais afirmações se assemelham as proferidas por funcionários de farmácias a respeito da venda da Contracepção de Emergência (CE), ou “pílula do dia seguinte”, encontradas por Paiva e Brandão (2014):

“Essa associação entre pobreza e uso indiscriminado da CE apareceu repetidas vezes em campo. Em suas próprias narrativas: ‘Quem usa mais são aquelas que não tem informação direito, moradoras da comunidade, meninas perdidas’; ‘Essas meninas não querem saber de nada, de responsabilidade... dormem sem calcinha e acordam direto na drogaria’” (PAIVA; BRANDÃO, 2014, p. 199)

Tais posicionamentos apontam que o contato direto com as situações, estar na ponta do serviço, não necessariamente produz maior empatia. No caso da maternidade se tratava de profissionais com uma formação ligada às humanidades, que possuíam ferramentas para elaborar melhor o pico de demanda da PEP do que apenas uma relação causal reprodutora do senso comum na qual os bailes funks seriam culpabilizados. Mesmo dentro da vivência das camadas médias não é incomum uma associação entre períodos de lazer que podem envolver bebidas alcoólicas e demais entorpecentes, com a prática do sexo desprotegido ou mesmo maior vulnerabilidade à violência sexual. Os bailes funks somente figuravam como espaço de lazer mais destacado pelas que buscavam o serviço devido ao público majoritário da maternidade ser de mulheres de camadas populares.

Assim que as assistentes sociais se retiraram do setor uma enfermeira obstetra comenta em contrariedade com as demais, sobre a breve visita que fizeram à Bárbara:

“Então é assim? Só chegam lá e perguntam: ‘quer tirar’? ‘Então tá’?”. Demonstrando em seu posicionamento contrário desconhecer os procedimentos que as assistentes haviam acabado de me contar, a respeito do caminho percorrido até a mulher chegar ao setor.

Assim como Valéria, Bárbara ficou internada no setor por cerca de uma semana. Destaco que todos os procedimentos demandavam dias de internação para a realização e recuperação (os farmacológicos ainda mais do que os cirúrgicos), incluíam dores físicas e possivelmente emocionais, de modo que, para além das questões morais de cada uma, parece-me descabido o argumento contrário à legalização do aborto de que caso ela ocorresse as mulheres iriam utilizá-lo como método contraceptivo.

Conclusão

Enquanto “as curetas” eram elementos corriqueiros no cotidiano do setor, sem levantar nenhuma atenção especial, as demais histórias narradas aqui eram “histórias estranhas”, não só a mim enquanto pesquisadora, mas também para as profissionais do setor. Eram casos que não passam batido, geravam comentários e mesmo revoltas.

Na comparação dos dois procedimentos de aborto legal destaco que embora o de Valéria apresentasse ambiguidades em relação a estar dentro da legalidade, o procedimento foi aceito com muito mais tranquilidade. Já o de Bárbara, embora plenamente dentro do direito legal dela e com todas ali reconhecendo a violência sexual como algo terrível, levantava contrariedades como a já mencionada fala de uma enfermeira obstetra. O fato da vida do feto ser viável fazia toda a diferença, a condição incompatível com a vida atenuava os processos morais em relação a Valéria e os direcionavam àquelas que eram vistas como negando a vida ao próprio filho. Mesmo entre aquelas que não eram contrárias ao procedimento podiam haver desconfortos: quando o processo de indução foi “*demorando a pegar*” ouvi de uma enfermeira obstetra “*Gente, não pega de jeito nenhum, parece que ele tá se agarrando lá dentro, não quer sair por nada*”, construindo a imagem daquele pequeno ser lutando pela vida. Tais casos podiam promover desde contrariedades veladas até acusações diretas aos profissionais envolvidos na assistência, tais como ouvi de duas médicas acusadas por um anestesista de que “*iriam para o inferno*” pela realização de um aborto legal.

Por fim, uma última historieta etnográfica que considero representativa do lugar que o aborto ocupava ali dentro. Na semana do procedimento de Bárbara eu estava no vestiário me preparando para ir embora na troca de plantão. Ludmila, residente de enfermagem também estava largando o serviço e convida Fátima, enfermeira obstetra, que assumiria o turno da noite para ir fumar um cigarro com ela. Eu, como fumante que ainda não havia descoberto onde fumar sem ter de sair do prédio, me convido para ir junto. Elas me apresentam o “fumódromo” da maternidade, localizado no telhado do prédio, acessado passando com uma sala de almoxarifado, depósito de mobiliário velho. Sentamos do lado de fora, em umas daquelas cadeiras meio quebradas. Somente ali, fora e dentro da maternidade, nesse espaço *outsider* de profissionais da saúde que fumam, ambas declaram em segredo: eu sou a favor da legalização do aborto.

Referências bibliográficas

- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. 2. ed. – Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf. Acesso em dez/2017.
- CORÓSSACZ, Valeria. O corpo da nação. Rio de Janeiro, Ed. UFRJ, 2009.
- DINIZ, Débora. Quem Autoriza o Aborto Seletivo no Brasil? Médicos, Promotores e Juízes em Cena. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):13-34, 2003.
- HEILBORN, M. *et al.* Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. In: *Sexualidad, Salud y Sociedad* . Revista n.12 . dec. 2012 . pp.224.257
- MENDONÇA, Sara S. Parir na Maria Amélia: uma etnografia dos dilemas, possibilidades e disputas da humanização em uma maternidade pública carioca. 2018. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Antropologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói
- PAIVA, Sabrina; BRANDÃO, Elaine. Conversas de balcão: notas etnográficas em uma drogaria. In: *Etnografias em serviços de saúde* (FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (orgs.)). Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- SCAVONE, Lucila. O aborto pelas lentes da sociologia. In: *Dar a vida e cuidar da vida*. São Paulo, Ed. Unesp, 2004.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008F