Capítulo 2

A experiência de perdas gestacionais recorrentes em contextos público e privado de assistência à saúde: uma abordagem etnográfica

Vívian Volkmer Pontes

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PONTES, V.V. A experiência de perdas gestacionais recorrentes em contextos público e privado de assistência à saúde: uma abordagem etnográfica. In: *Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 62-98. ISBN: 978-85-232-2009-9.
<https://doi.org/10.7476/9788523220099.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 2

A experiência de perdas gestacionais
recorrentes em contextos público e
privado de assistência à saúde: uma
abordagem etnográfica

Trajetórias desenvolvimentais em contextos de assistência à saúde

Com o propósito de compreender o contexto social, particularmente a dimensão assistencial no qual as mulheres transitaram ao longo do tempo, no decorrer das suas trajetórias reprodutivas, realizou-se um estudo etnográfico. Tal propósito coaduna-se com o objetivo teórico central do estudo apresentado neste trabalho: entender como o *self* constrói continuidade frente a rupturas sucessivas. Tendo como base os pressupostos teóricos da perspectiva psicológica construtivista semiótico-cultural, justifica-se buscar entender o pano de fundo nos quais as experiências de ruptura ocorreram, bem como as relações dialógicas estabelecidas com os diversos atores sociais, como os profissionais de saúde.

No construtivismo semiótico-cultural, um dos aspectos centrais refere-se às questões atinentes ao desenvolvimento sociocultural humano, com destaque aos processos subjetivos envolvendo mediação semiótica, com ênfase às relações intersubjetivas. A esse respeito, vale ressaltar que um dos pressupostos básicos da ciência desenvolvimental é considerar os sistemas (ex. as pessoas) como abertos, isto é, em constante relação de troca com o ambiente – incluído os outros. Nesse sentido, o desenvolvimento pode ser definido como a transformação construtiva da forma, no tempo irreversível, através do processo de intercâmbio do organismo com o ambiente (Valsiner, 2012); pessoa e contexto são, portanto, indissociáveis.

Nesse processo de sempre dinâmicas trocas, as trajetórias desenvolvimentais desenham-se com múltiplas possibilidades. Tais trajetórias são caracterizadas por um movimento necessariamente duplo de fechamento/abertura de possibilidades, denominado de circunscritores.

(Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004; Valsiner, 2000) Os circunscritores compreendem aqueles fatores que simultaneamente compelem ao e limitam o desenvolvimento humano, um sistema que atua como um organizador, um canalizador da trajetória desenvolvimental. Assim, o desenvolvimento é determinado à medida que é guiado por um conjunto de elementos que o organiza em alguma direção; mas, ao mesmo tempo, é indeterminado porque a direção exata do desenvolvimento não pode ser prevista. Os circunscritores, deste modo, demarcam:

certas possibilidades e certos limites ao processo de significação e aos papéis ou às posições a serem atribuídos ou assumidos pelas pessoas nas situações. Assim, elementos pessoais, histórico-culturais e contextuais, em sinérgica interação, circunscrevem certas possibilidades de configuração da rede de significados... (Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004, p. 18)

Além disso, vale ressaltar que os circunscritores – entendidos enquanto sistema – seriam tanto de ordem material quanto de ordem simbólica, perpassando a organização dos ambientes e os padrões de relacionamento culturalmente estabelecidos. (Silva, Rossetti-Ferreira & Carvalho, 2004) A partir dessa estrutura conceitual, o objetivo do presente capítulo é o de delinear os contrastes dos contextos de encenação dos distintos enredos narrados pelas mulheres, ou seja, as diferenças entre os contextos público e privado de assistência como experienciadas pelas participantes da pesquisa.

Realidade brasileira: o sistema de serviços de saúde

O Sistema de Serviços de Saúde no Brasil caracteriza-se como um sistema dinâmico e complexo. Desde 1988, a Constituição brasileira estabeleceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, lançando a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social.

Na atualidade, o sistema de saúde brasileiro organiza-se através de um modelo segmentado, plural, composto por três diferentes sistemas, que, embora inter-relacionados, obedecem a distintas lógicas de estruturação: o SUS, o Sistema de Atenção Médica Supletiva (Sams) e o Sistema de Desembolso Direto (SDD). (Mendes, 1998)

O SUS constitui um sistema público, voltado para um conjunto de ações e serviços de saúde, compreendendo toda uma estrutura de órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Seus princípios definidores incluem a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atenção (atenção básica, secundária e terciária). O SUS, assim, deve ofertar gratuitamente a todos os cidadãos a completa gama de serviços de saúde. As atividades de prestação de serviços podem ser ofertadas à população, porém, pela iniciativa privada quando as disponibilidades públicas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial. Desta forma, a iniciativa privada participa do SUS em caráter complementar. (Mendes, 1998)

Apesar de importantes limitações na implementação do SUS – como a concentração de serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas do país e o seu subfinanciamento – esse sistema de saúde conseguiu, nos últimos 20 anos, melhorar amplamente o acesso à atenção básica, atingindo, por exemplo, uma cobertura universal de assistência pré-natal. (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011)

O Sams configura-se como um sistema privado que, contudo, recebe subsídios do Estado, sob a forma de renúncias fiscais e contributivas. É constituído por quatro modalidades assistenciais: a medicina de grupo (que opera através de empresas que administram planos de saúde sob a forma de pré-pagamento), a autogestão (configurada por empresas que, a partir de sistemas de pós-pagamento, administram ou contratam terceiros para administrar planos de saúde para os seus membros), a cooperativa médica (formada por cooperativas de médicos que ofertam planos sob a forma de pré-pagamento) e o seguro saúde (que funciona na lógica

do seguro privado). De acordo com Mendes (1998), uma característica importante desse sistema é que a maioria dos seus usuários tem acesso a ele através dos empregadores, que o pagam total ou parcialmente. (Mendes, 1998)

Os planos e seguros de saúde privados oferecem contratos à população com diferentes níveis de livre escolha de prestadores de assistência à saúde, a depender do tipo de plano contratado. A demanda é estratificada pela situação socioeconômica e ocupacional de cada pessoa. Com efeito, a qualidade da assistência, em termos do cuidado e das instalações disponíveis, pode variar consideravelmente. (Paim et al., 2011) Conforme afirmam os autores: “as pessoas com planos e seguros de saúde privados afirmam ter melhor acesso a serviços preventivos e uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros”. (Paim, et al., 2011, p. 20)

Por sua vez, o SDD consiste também em um sistema privado, representado pelos gastos diretos pelos indivíduos e famílias com serviços de saúde. É um sistema subsidiado pelo Estado através de renúncias fiscais. (Mendes, 1998) Conforme Paim et al. (2011), o gasto por desembolso direto, em termos de proporção da despesa total, varia pouco entre a parcela mais pobre (5,83%) e a mais rica (8,31%) da população. Porém, os autores ressaltam que há diferenças no modo como cada grupo gasta esses recursos. A parcela mais pobre da população tem mais despesas com medicamentos, enquanto que a parcela mais abastada tem mais despesas com planos e seguros de saúde privados.

Deste modo, o sistema nacional brasileiro, fundado como sistema nacional de saúde desde a Constituição Federal de 1988, de acesso universal e integral, apresenta uma estrutura fortemente moldada na participação do setor público e privado, herdada do modelo anterior. (Santos, Ugá, & Porto, 2008) Isto é, antes da regulamentação do SUS, o cenário da saúde no Brasil era caracterizado por um forte sistema privado, tanto no campo da prestação de serviço, como no que tange ao assecuramento privado. Conforme sinaliza Bahia (2009), a Constituição de 1988 estabeleceu que a assistência à saúde é aberta à iniciativa privada. E seguindo

os esforços para a sua regulamentação, a legislação tributária foi alterada para autorizar a dedução do imposto de renda das despesas médicas e seguros privados de saúde. Desde então, políticas de estímulo à aquisição de planos e seguros privados de saúde, bem como à oferta privada de serviços de saúde foram emitidas em contradição aos esforços de implementação do SUS.

Deste modo, apesar da maioria das unidades de atenção básica e as de emergência ser pública, os hospitais, ambulatorios e serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos são privados. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil dispõe de 6.384 hospitais, dos quais 69,1% são privados. Apenas 35,4% dos leitos hospitalares pertencem ao setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos. Como resultado, “a oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente”. (Paim et al., 2011).

Assistência à saúde materna e perinatal

No curso de vida de uma mulher, a gravidez e o tornar-se mãe consistem em eventos que, em geral, são pessoal e socialmente esperados acontecer. A partir de uma perspectiva desenvolvimental, configuram-se como importantes fases do desenvolvimento – períodos críticos de transição, de forte base biológica e caracterizados por: “mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade”. (Maldonado, 2002) Períodos críticos que são considerados merecedores de atenção especial por algumas políticas e programas de assistência à saúde, instituídos no país pelo Ministério da Saúde.

Assim, pode-se destacar a criação, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa foi formulado, a partir da perspectiva da atenção primária à saúde, na tentativa de resgatar o conceito de assistência integral que consiste no direito de que

toda mulher, em qualquer contato com o serviço de saúde, se beneficie da promoção, da proteção e da recuperação da sua saúde. (Pereira, 1994) Um dos objetivos do programa era o de ampliar as ações de saúde destinadas à parcela feminina da população, destacando a atenção pré-natal. (Trevisan, De Lorenzi, Araújo, & Ésber, 2002) A realização do pré-natal adequado é essencial à redução da morbimortalidade materno-infantil. (Cesar, Mano, Carlotto, Gonzalez-Chica, & Mendoza-Sassi, 2011)

Nesse sentido, outro programa que merece destaque é o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000. O principal objetivo do PHPN consistia em reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurando o acesso, a melhoria da cobertura e qualidade do atendimento oferecido durante o acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e neonatal. Também objetivava instituir postura ética e solidária dos profissionais – que deveriam receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido – reconhecendo a necessidade de um ambiente acolhedor e impedindo o tradicional isolamento imposto à mulher. Recomendava ainda a adoção de procedimentos benéficos à mulher e ao recém-nascido, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. (Programa de humanização, 2002)

A qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde é essencial para a adesão e redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no país. (Assistência pré-natal, 2000) No entanto, alguns estudos revelam desigualdades na qualidade do pré-natal prestado, sendo considerado melhor no setor privado do que no público. (Cesar et al., 2011)

Porém, quais são as políticas públicas dirigidas às mulheres que sofrem a interrupção espontânea de uma gravidez?

O Ministério da Saúde, visando garantir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, elaborou em 2005 a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento, com o objetivo de orientar profissionais e serviços de saúde para que acolham, atendam e tratem com dignidade as mulheres em processo de abortamento. Através desse manual técni-

co, refere ter reconhecido a realidade de que o aborto (espontâneo ou induzido) efetuado em condições inseguras é importante causa de morte materna e, portanto, uma questão de saúde pública.

Conforme dados do Ministério da Saúde, o abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Nas últimas décadas, estudos mostram uma tendência de declínio da taxa de mortalidade por abortamento no Brasil. Entretanto, houve a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do país onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em Salvador, por exemplo, desde o início da década de 1990, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte. (Brasil, 2005; Menezes & Aquino, 2009)

Apesar de a Norma Técnica enfatizar a situação do abortamento induzido, o abortamento espontâneo também é contemplado. Conforme dados do Ministério da Saúde, o aborto espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimentos de perda e de culpa, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada. (Brasil, 2005)

Um dos principais objetivos da Norma Técnica consiste na inclusão de um modelo humanizado de atenção às mulheres com abortamento. Esse modelo humanizado deve, entre outros aspectos, garantir acolhimento e orientação à mulher. Acolhimento é traduzido em termos práticos no tratamento digno e respeitoso por parte dos profissionais de saúde, o que inclui ainda o escutar a demanda da mulher (sem pré-julgamentos ou imposição de valores). A orientação, por sua vez, pressupõe a transmissão de informações necessárias à tomada de decisão e ao autocuidado – partindo-se do pressuposto que a mulher é o sujeito da ação de saúde, em consonância com as diretrizes do SUS. Além do acolhimento e da orientação, a mulher deve receber atenção clínica adequada, segundo referenciais éticos e legais. Tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, qualquer dis-

criminação ou restrição do acesso à assistência à saúde não poderá ser admitida:

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. (Brasil, 2005, p. 16)

Estudo etnográfico em contextos público e privado de assistência à saúde

O trabalho etnográfico nos dois contextos de assistência à saúde ocorreu em dois momentos distintos. No contexto de assistência pública, a minha inserção ocorreu no ano de 2002 e se estendeu até 2009. Durante esse período, estive inserida no ambulatório de aborto de repetição, realizando atendimentos psicológicos, dinâmicas de grupo e acompanhamento das consultas médicas. A etapa preliminar da minha inserção neste serviço foi a observação das consultas médicas. Desde essa época, eu fazia o registro escrito das atividades realizadas em diários de campo.

Por sua vez, a minha entrada no campo da assistência privada ocorreu a partir do ano de 2009 e também teve início com a observação dos atendimentos médicos – não só com casais que buscavam investigação e tratamento para perdas gestacionais, mas também com mulheres que realizavam exames de ultrassonografia. Foi então que pude presenciar a experiência de algumas mulheres recebendo a notícia de que suas gestações haviam sido espontaneamente interrompidas. A oferta de avaliação psicológica neste contexto consistiu em uma estratégia para conseguir ter acesso a essas mulheres e para que essa aproximação ocorresse de modo voluntário. Afinal, ao contrário do serviço público, a demanda por atendimento psicológico não se mostrou muito significativa – apesar do intenso sofrimento emocional que a experiência de perdas gestacionais parecia

despertar em cada um dessas mulheres. Uma das razões para isto pode consistir na crença que a medicina e a tecnologia – a cujos recursos essas mulheres acreditavam ter acesso – podem vir a resolver definitivamente o problema da repetição dos abortos. E, com isso, não haveria necessidade de investigar outros aspectos relacionados ao problema.

A oportunidade de ouvir essas mulheres, usuárias de um serviço de saúde privado, permitiu que eu pudesse estabelecer um importante contraponto com a experiência das mulheres usuárias do serviço público, possibilitando-me conhecer melhor a amplitude da experiência recorrente de perdas gestacionais, assim como as diferentes sugestões sociais, presentes nos diferentes contextos, que regulam as suas trajetórias reprodutivas e posições subjetivas. A seguir, serão descritos alguns dos principais aspectos que demarcaram essas diferenças.

A experiência do inesperado: complicações gestacionais e os contextos de assistência à saúde

No decorrer das trajetórias reprodutivas das mulheres investigadas – nos diferentes contextos de assistência à saúde –, assim que houve a confirmação da gravidez, todas as entrevistadas referiram ter iniciado um acompanhamento pré-natal em algum serviço de saúde. Porém, ao longo da minha inserção na maternidade pública, algumas usuárias referiram que a busca por um atendimento pré-natal ocorreu somente na gestação subsequente à experiência de perda gestacional. Com relação ao acompanhamento pré-natal recebido na gestação posterior ao diagnóstico de abortamento de repetição, algumas críticas foram tecidas. Uma das usuárias da rede pública, Joana, queixou-se da falta de atenção, informação e importância dada à sua saúde pelos profissionais. Acredita que mulheres que possuem história de perdas gestacionais recorrentes deveriam receber um atendimento mais cuidadoso por parte da equipe de saúde:

Em maternidade nenhuma tiveram esse cuidado, me tratou normal, comum, que eu ia, fazia, chegava lá media a tensão, pesava, ia embora, pronto. Não dava pra

explicar a nossa história, porque toda maternidade que vai, de uma pra outra, sempre vai perguntando, ‘né’, ‘tem filho?’, ‘não’, mas teve médico que não deu muita importância. (Joana, 34 anos, cinco perdas gestacionais)

Vale ressaltar que não houve relatos semelhantes a esse entre as usuárias da rede privada.

Do mesmo modo, o surgimento de alguma complicação gestacional também implicou na procura por serviços médicos. Entretanto, esses serviços foram descritos de diferentes maneiras pelas entrevistadas.

No que tange aos serviços públicos, alguns problemas foram apontados pelas mulheres, como a deficiência na cobertura da assistência – caracterizada pela insuficiência de leitos para gestantes nas maternidades e hospitais estaduais da cidade, assim como para os bebês nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. Com efeito, foram ainda descritas a peregrinação à procura de um leito hospitalar e a ausência de qualquer iniciativa para assegurar o transporte das pacientes ao hospital com leito disponível.

Assim, por exemplo, Joana, após história de duas perdas gestacionais e uma nova gravidez, relata que estava realizando o acompanhamento pré-natal em uma maternidade pública sem que nenhuma alteração no desenvolvimento gestacional fosse detectada. No entanto, no sétimo mês de gestação teve um sangramento, o que a levou a buscar atendimento médico de emergência. A ausência de vagas em maternidades públicas equipadas com UTI neonatal conduziu a mais um bebê natimorto:

Eu levantei perdendo muito sangue, aí fui pra emergência... mas mesmo assim jorrando muito sangue, aí quando eu cheguei lá a médica falou assim: ‘Ah, tá vivo o bebê, mas só que a gente não pode fazer nada, que aqui não atende prematuro, vamos esperar uma vaga’... ficou esperando até às cinco horas pra ver se tinha vaga e não tinha, acho que eu fiquei internada de cinco da manhã até às cinco da tarde só perdendo sangue, esperando vaga e nada de achar vaga, quando nasceu foi meia-noite, aí já nasceu, já evolui com tudo, saiu com tudo já morto, aí foi só isso.

Situação semelhante foi relatada por Ana, cujo bebê morreu alguns dias após o nascimento. A perda do bebê foi explicada por ela pela ausência de um leito na UTI neonatal no serviço de saúde público a que recorreu:

Só disseram que não tinha vaga e ficou até o outro dia na sala de parto... Eu acho que se tivesse botado na UTI, ele teria sobrevivido, porque ele não nasceu com problema nenhum, depois que foi detectada a infecção pulmonar, foi aí que ele não suportou. (Ana, 32 anos, quatro perdas gestacionais)

Também foi referida por muitas entrevistadas a ausência de um atendimento emergencial propriamente dito, onde pudessem receber intervenções médicas imediatas. Todos esses aspectos, associados à deficiência do sistema público de saúde, foram relacionados pelas mulheres, em suas narrativas, à causa de algumas das perdas gestacionais experienciadas:

Como também teve maternidade que eu cheguei, na terceira (gestação) mesmo que eu cheguei, perdendo sangue, muito sangue, era pra ser uma coisa mais urgente, entendeu? Porque se já tinha tido...dois filhos (que haviam morrido), ‘tava’ no centro médico, perdendo sangue, qual era o cuidado que era pra ter? Era ‘pra’ ter ficado o dia todo em uma cama isolada, sozinha, esperando uma vaga no hospital? Não era. Eu acho assim, que era pra ser uma coisa pra vida ou morte, assim que chegou, já que tem um problema, vem logo o socorro, ‘né’? Mas, eu fiquei o dia todo lá, sangrando o dia todo, só esperando aparecer a vaga, louca pra ser transferida. Se tivesse, aí é que meu sogro fala: ‘Se tivesse um atendimento mais rápido, quando ia morrer, não morria’. (Joana)

Relatos de desatenção no atendimento às usuárias do serviço público com história de aborto espontâneo foram frequentes, expressando a ausência do cuidado humanizado tal como preconizado pelo Ministério da Saúde. (Brasil, 2005) Também se fez presente certo tipo de relação epistemológica sobre os processos de gravidez e aborto, na qual o médico assumiu uma posição paternalista, representando a “autoridade epistemológica” sobre esses assuntos. (Reis, 1999) Nesse sentido, a perspectiva e as significações das mulheres – que experienciaram no próprio corpo a gravidez e a perda gestacional – foram desconsideradas:

Eu acho que os médicos deveriam ter, assim, certo cuidado, porque tem gravidez que... exigem cuidados maiores... dar mais atenção, entendeu? Porque quando a gente se queixa de alguma coisa, alguns médicos falam: 'Ah, mas você não sabe, o médico sou eu, eu sei'. Então você fica até assim, você vai fazer o que se eles acham que 'é' eles? Não adianta. É uma coisa assim muito inexplicável. (Camila, 33 anos, quatro perdas gestacionais)

E, em muitos casos, houve a comparação com o serviço privado de atenção à saúde, imaginado como tendo melhor qualidade na prestação dos serviços, o que para essas mulheres poderia ter implicado em trajetórias reprodutivas bastantes distintas das que experienciaram:

O sistema público não olha pra gente como um médico particular [olha] se eu tivesse dinheiro... até agora não encontraram uma explicação... Acho que a gente deveria ser tratada com mais carinho, mais atenção... Eu não choro pelos meus filhos, que estão bem, em algum lugar, mas pelo descaso dos profissionais. (Diário de campo, Registro das dinâmicas de grupo, 8 de outubro de 2007)

Experiência de ruptura nos contextos de saúde brasileiros: o caso do abortamento espontâneo de repetição

A partir de uma perspectiva mais geral acerca das trajetórias reprodutivas das mulheres entrevistadas, pode-se afirmar que as usuárias da assistência privada experienciaram perdas gestacionais, mais frequentemente, no primeiro trimestre da gestação – o que caracteriza o diagnóstico de abortamento recorrente propriamente dito. Por outro lado, as usuárias do serviço público vivenciaram muitas das suas perdas entre o segundo e o terceiro trimestre da gestação, além da vivência, em alguns casos, de morte neonatal.

É possível que a diferença do momento em que ocorreram as perdas gestacionais possa se refletir no impacto desta perda para o sistema de *self* dessas mulheres. Na literatura não há consenso acerca da diferença do tempo da gestação para a ocorrência da perda e as suas repercussões emocionais. Conforme Neugehauer et al. (1992), a partir de um estudo que investigava a relação entre perdas gestacionais e sintomas depressi-

vos, as mulheres que tiveram uma perda após um tempo maior de gestação apresentaram um aumento nos sintomas depressivos se comparadas com mulheres que abortaram no início da gestação. De acordo com os pesquisadores, esse achado apresenta consistência com a noção de apego materno para com a criança que ainda não nasceu, na medida em que as teorias do apego defendem a ideia de que esse vínculo progride à medida que a gravidez avança e que o impacto da perda corresponde à força desse vínculo. Contraditoriamente a esse achado, Thomas (1995) afirma que a experiência emocional de uma mulher após uma perda gestacional não se encontra diretamente relacionada à experiência física, isto é, com o tempo de gestação. Para esse autor, um dos principais aspectos que influenciam a experiência emocional consiste no significado atribuído pela mulher à perda gestacional. E assim, se em estágios iniciais da gravidez a mulher já considera o feto como o seu bebê, ela será emocionalmente afetada quando ocorrer o aborto espontâneo.

A partir dos dados coletados para a presente pesquisa, esta última perspectiva revela-se mais pertinente. Durante o meu trabalho de campo na clínica privada, por exemplo, pude observar que muitas mulheres consideravam os fetos perdidos como bebês, atribuindo-lhes até mesmo um nome próprio. Essas condutas parecem revelar certo descompasso entre o discurso do casal, que muitas vezes trata o feto como bebê – independente do tempo de gestação – e o dos profissionais de saúde, que o consideram como embrião ou feto – a depender da idade gestacional.

Porém, as implicações físicas de uma perda gestacional precoce e uma perda tardia podem ser bastante distintas. Assim, no contexto da assistência pública, a descrição de complicações após a perda, bem como a percepção de risco à própria vida foi muito comum entre as mulheres entrevistadas. Por outro lado, no contexto da assistência privada não houve relato de complicações, nem mesmo a construção da percepção de risco à própria saúde. Muitos fatores podem colaborar para essas diferenças, como a qualidade da assistência, bem como o tempo gestacional em que a perda ocorreu.

Além disso, nos relatos das usuárias do serviço privado, a experiência de dor física em decorrência dos abortamentos não se encontrou presente ou não foi enfatizada. Assim, por exemplo, no caso de Juliana, houve o relato da sua última perda, a qual precisou se submeter à intervenção médica por se tratar de um aborto retido. A experiência de dor física aparece apenas como um dos aspectos que configuraram essa experiência. Vale ressaltar também a sequência dos aspectos descritos em seu relato, isto é, do emocional ao físico, que configuraram a experiência da perda como um dos momentos mais difíceis da sua trajetória reprodutiva:

Essa foi a pior parte, a pior parte de todas desse abortamento, dessas perdas, foi esse internamento, a frustração de você estar ali já é muito grande, de você ter perdido já a terceira criança e... eles te internam... na maternidade, eu fiquei internada na maternidade, todas as crianças nascendo e só a minha morrendo. E aí tiveram que botar um medicamento na minha vagina, que chama Misoprostol, pra poder dilatar o meu útero pra poder fazer a aspiração, fazer o procedimento. Essa medicação fazia eu ter sangramento, faz você sangrar e doer também. Fora isso, você não pode nem comer nem beber nada. Então imagina, você triste porque perdeu a criança, internada numa maternidade onde você houve um bocado de choro de criança nascendo, sem comer, sem beber e sentindo dor e sangrando... a pior parte foi essa. (Juliana, 36 anos, três abortos espontâneos)

No caso das usuárias do serviço público, a experiência de intensas dores – em decorrência dos procedimentos médicos para induzir o parto de um aborto retido – foi enfatizada em muitas narrativas, constituindo uma das lembranças mais significativas da situação da perda gestacional, como pode ser visto no relato que se segue:

A terceira (perda) mesmo pra mim foi o fim, eu sofri muito, eu senti muita dor, eu gritava muito de dor a ponto de perder as minhas pernas de tanta dor..., eu fiquei chorando, chorando um tempão... o quadril parece que está abrindo tudo, dilatando, é muita dor mesmo. (Denise, 30 anos, quatro perdas gestacionais)

Vale ressaltar que a analgesia para evitar ou minimizar a dor, associada ao apoio verbal por partes dos profissionais de saúde, compõem recomendações do Ministério da Saúde para o atendimento humanizado dos casos de abortamento. (Brasil, 2005) Porém, a inexistência de condutas adequadas para o alívio da dor configurou-se, em muitos casos, como uma forma de punição imposta pelos profissionais de saúde à mulher, devido a uma suposta prática de aborto induzido. Essa questão será discutida mais adiante nesse capítulo.

Por fim, faz-se importante ainda observar que os casos de abortamento, tanto nas unidades de assistência à saúde pública, quanto na rede privada, as mulheres foram internadas na mesma ala hospitalar daquelas parturientes cujos filhos viveram. A diferença consiste na estrutura física: as mulheres da maternidade pública investigada dividiam o mesmo espaço físico, ou seja, a mesma enfermaria com as mulheres que haviam parido e seus bebês; enquanto que as pacientes da rede privada – cujo plano de saúde cobria quartos individuais – tinham a privacidade desse ambiente reservado. Sobre a adequação dessa situação, certa vez fui questionada por duas enfermeiras da maternidade pública. Relataram-me que a equipe de enfermagem discordava do compartilhamento do mesmo espaço por mulheres que haviam abortado espontaneamente (ou mesmo induzido o aborto) e aquelas que haviam parido filhos vivos. Defendiam que essas mulheres deveriam dividir a mesma enfermaria das gestantes de alto-risco, enquanto que os médicos sugeriam que dividissem a mesma enfermaria com as puérperas, na seguinte disposição: mulheres com abortamento de um lado e mulheres puérperas e seus bebês de outro. Essa última conformação, no entanto, parece contrastar com a opinião das próprias mulheres que sofreram abortamento. Ao longo dos meus dez anos trabalhando com essa temática, os relatos compartilhados revelam a dor psíquica intensificada por essa situação contrastante de dividir o momento de dor e pesar com mulheres que tinham acabado de dar luz aos seus filhos vivos.

Signos, significados e práticas que regularam as trajetórias reprodutivas: a relação com os profissionais de saúde

Outro aspecto relevante consiste nas distintas sugestões sociais que existiram no episódio particular do encontro com o outro nos diferentes contextos de assistência à saúde. Tais sugestões sociais emergiram de diferentes modos: tanto na prática e no discurso médico durante o atendimento às mulheres com história de aborto de repetição, quanto na acessibilidade aos serviços e na disponibilidade dos recursos tecnológicos.

No que tange à prática e ao discurso médico, pode-se notar que, no contexto de assistência pública, houve a sugestão explícita, por parte de alguns profissionais, para que as mulheres descontinuassem as tentativas de gravidez, após a vivência de algumas perdas, alertando-se para os riscos à saúde e vida da mulher. A partir dessas sugestões enunciadas por especialistas, podem-se evidenciar algumas das “políticas de corpo” presentes no contexto de assistência pública, isto é, algumas formas de regulação e de controle que produzem identidades e subjetividades. (MALIN, 2003) O relato abaixo ilustra essa situação:

Quando eu perco, os médicos ficam falando: ‘Oh, Mariana, vamos tentar ver se toma um remédio para evitar, ‘né’, porque se você ficar sempre só perdendo, perdendo, pode vir a acontecer uma coisa pior’, aí eu fico com medo também por causa disso, quando eles falam ‘uma coisa pior’, mas eu não sei o que é que está se passando. (Mariana, 29 anos, seis perdas gestacionais)

Uma médica de lá do posto do Manoel Vitorino, que é pra acompanhamento da minha pressão, aí ela uma vez me disse isso: ‘Você vai morrer, na próxima você morre, fica tentando, tentando, tentando’... Tem coisas que as pessoas ‘diz’ que a gente fica marcado, ‘né’? A gente fica com medo. (Cláudia, 33 anos, sete perdas gestacionais)

Além disso, a relação com os profissionais de saúde, especialmente médicos, foi marcada pela ambivalência entre o apoio instrumental e emocional, e um atendimento despersonalizado, mecânico, permeado por atitudes de pouco interesse e pela expressão de preconceitos. Assim,

ao longo das trajetórias reprodutivas das usuárias da assistência pública, a relação estabelecida entre médico e paciente foi a do tipo monológica, isto é, um tipo de relação na qual as mulheres são tratadas como se fossem objetos, não reconhecidas enquanto sujeitos, sem possibilidade de estabelecer uma relação comunicativa. (Salgado & Gonçalves, 2007) Os médicos não pareceram dar importância às suas percepções e experiências. O relato a seguir ilustra uma das muitas situações narradas sobre a relação médico-paciente:

Porque os médicos não explicam a você, ele fala, você vai pegando algumas coisas pelo alto assim, mas ele não chega, assim, 'está acontecendo isso, isso e isso'.
(Denise)

Para Martins (2003/2004), esta relação de poder estabelecida entre médico e paciente é evidenciada especialmente junto com a população de baixa renda. Afinal, essas pessoas encontram-se excluídas política e socialmente, não possuem recursos financeiros – nem o poder advindo daí –, geralmente não possuem estudo superior – não partilhando, assim, da mesma “cultura” do médico –, o que resulta, muitas vezes, na percepção dessas pessoas por parte daqueles que valorizam a dita “racionalidade” como não dignas de ter a sua autonomia respeitada.

Houve também o relato – por parte de algumas mulheres – de negligência na prestação de alguns atendimentos, como a transmissão de informações inadequadas e exame clínico descuidado – condutas associadas por algumas mulheres às perdas gestacionais experienciadas:

Eu fui 'no' Iperba, eu já tinha ido 'no' Iperba, por causa que eu 'tava' perdendo líquido, disseram que não era nada de mais, que era só pra repetir os exames pra ver se ia precisar me internar ou não, aí só que não deu tempo de fazer os exames, aí quando foi com sete meses, aí eu acabei perdendo, eu comecei a sentir assim, umas dores fortes na barriga, aí eu fui pro Caribé, quando chegou lá disseram que 'tava' com desenvolvimento de cinco meses, mas também não disseram que eu 'tava' perdendo, simplesmente mandaram ir pra casa e aguardar, mas só que eu percebi, porque quando a médica me examinou, eu senti que a luva saiu cheia de sangue, aí eu percebi que não tava nada normal, mesmo assim eu fiquei tranquila, tranquila vírgula, 'né', porque a minha pressão subiu logo. (Ana)

Assim sendo, os profissionais, de modo geral e conforme percebido pelas participantes, não escutaram as suas histórias de vida, não deram a devida importância às suas percepções, sentimentos e significados:

Esse remédio que ela mandou usar pra segurar a criança, ela achava que eu tinha algum tipo de dilatação no útero... mas na verdade não era por dilatação, era a pressão (arterial) que aumentava, eu disse a ela. Ela ficou surpresa quando eu cheguei lá... uma semana depois já fui com a pressão alta, aí ela falou: “Não entendi nada... trabalhei certinho com você, não estou entendendo nada”. Aí, eu disse: ‘Mas eu avisei à senhora que a coisa acontecia de uma hora pra outra’. (Ana)

Cabe destacar, ainda, que a conduta profissional foi, em muitos casos, marcada pela expressão de preconceitos. Por esse motivo, as mulheres foram tantas vezes acusadas pelo “crime” do aborto provocado, julgadas e submetidas a castigos e lições moralistas. Deste modo, em vez desses profissionais atuarem no sentido de acolhê-las e ajudá-las a elaborar a dor do luto, promovendo a saúde e protegendo-as de danos físicos e psíquicos ainda maiores – conforme previsto pela Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica, que reforçam os direitos dos pacientes e condenam os casos de discriminação –, agravaram ainda mais as marcas do sofrimento, do desamparo e da profunda tristeza que já vinham carregando:

Algumas (maternidades) assim achavam que abortou por abortar, aí tinha aquela certa frieza assim... Alguns falavam que eu abortava porque eu queria, só porque eu quis, a criança morreu, que eu estava tentando... E não foi. Não tive muita... É ruim ficar internada lá, não sei o que é, eu morro de medo de ficar internada. Eu não gosto. Sei lá... Ser discriminada... Quando a pessoa provoca um aborto, eu acho que é proibido, não sei. Maus tratos, pirraça, não sei... Porque é errado uma pessoa abortar uma criança. (Manuela, 26 anos, cinco perdas gestacionais)

Uma médica disse... eu perdi, eu senti muitas dores, ela apertava a minha barriga... e quando eu me queixei ela disse: ‘Isso é pra você tomar vergonha e não provocar mais aborto’... ficou marcado, porque eu não esqueci, tem coisas que acontece que a gente não esquece. Eu não tinha feito o aborto e fui acusada e na hora não consegui me defender. (Cláudia)

Quando... Uma mulher tira uma criança, os médicos não ‘dá’ muita importância, ‘deixa’ que ela sofra um pouco pra ela ter medo, pra que ela tenha juízo e não faça de novo e quando eu cheguei, acredito que eles não leram meu prontuário pra ver se era um aborto espontâneo e eles acreditaram que eu... tanto é que a médica falou: ‘Menina, o que foi que você foi fazer?’. ‘Eu não fiz nada, é um aborto espontâneo’, mas ela já tinha colocado o remédio e aí eu sofri muito, entendeu? (Denise)

No contexto de assistência privada não houve relato de práticas de discriminação, preconceito ou castigos e lições moralistas por parte dos profissionais de saúde. Entretanto, assim como na rede pública, houve muita dificuldade na comunicação do diagnóstico de perda gestacional.

Na esfera médica, parece haver muitas dúvidas sobre o que dizer e como dizer às mulheres ou casais sobre a ocorrência de uma perda gestacional. Na sessão clínica da qual participei em setembro de 2009 na maternidade pública, para a devolução dos resultados da pesquisa realizada no mestrado, essa foi a única pergunta formulada pela plateia, gerando interesse e discussão entre os médicos e residentes. Um dos médicos presentes relatou: *“Os médicos em geral não gostam de assuntos relacionados à morte, pois precisam saber lidar com a sua própria morte e isso é muito difícil... eu digo assim, a palavra errada na hora errada de médico não é incomum”* (24 de setembro de 2009).

Alguns residentes demonstraram dúvidas e incertezas sobre como agir nesses casos. Alguns referiram dar uma resposta-padrão que consistia em dizer ao casal que logo teriam outro filho, o que vai na contramão daquilo que a literatura sobre o processo de luto recomenda. Afinal, essa afirmação negligencia a dor daquela perda, que não pode ser substituída, nem aplacada, por uma nova gravidez. Baseando-me na literatura sobre o assunto, expliquei sobre a inadequação dessa conduta. A troca dialógica entre mim e os residentes, porém, foi bruscamente interrompida quando esses foram repreendidos por um dos médicos preceptores por desconhecerem certo “protocolo” de atendimento, uma informação, segundo ele, disponível na literatura médica de forma sistematizada: *“Eu fico um pouco triste quando os residentes falam sobre essas dificuldades... se*

você forem buscar informação, vocês acham de forma sistematizada, como você vê um casal desses” (24 de setembro de 2009). O médico referia-se ao trabalho que realiza em seu consultório particular com casais que sofreram perda gestacional. Em seu relato, que tem o tom de sermão para com os residentes, aborda aspectos importantes como “trabalhar o luto desse casal” e oferecer um “atendimento individualizado”, que é descrito da seguinte forma:

Em um lugar tranquilo, sentado, olhando para a paciente, de preferência no mesmo plano de olhar, sem interrupção, e você tem que explicar a ela o que aconteceu... esse não é um prato pra se comer de uma vez só, então você tem que cuidar de cada momento do atendimento, então você tem que resolver aquilo. (24 de setembro de 2009)

O processo de luto é entendido pelo médico preceptor como um processo que exige algumas etapas, mas que leva o tempo correspondente aos resultados dos exames clínicos – realizados após o aborto espontâneo – ficarem prontos. A partir daí, a paciente já pode ser orientada para uma nova gestação. O médico preceptor faz referência ainda ao procedimento especial utilizado com os casais que ele imagina que ficarão bastante abalados emocionalmente com a notícia de perda gestacional:

Se você acha que aquela notícia pode não ser bem acolhida, eu faço uma ultrassonografia e depois verifico que não tem batimentos. Mas, eu conheço a paciente e eu sei que isso vai ser um choque enorme. Eu crio primeiro uma suspeita, eles escutam a suspeita, eu encaminho ela a outro profissional. Quando ela faz isso, ela começa a elaborar que aquela gravidez que ela tanto queria que continuasse vai ser interrompida. (24 de setembro de 2009)

Essa forma dúbia e gradativa de comunicar o diagnóstico de óbito fetal é descrita por muitas mulheres – tanto na rede pública, quanto na rede privada – como uma fonte de angústia e de ansiedade. Uma das mulheres atendidas no consultório privado relatou-me que, após quatro abortos espontâneos, aprendeu a interpretar a reação dos médicos e, assim, antecipar a notícia de algum problema na gestação. Conta que na última perda experienciada, a médica mostrou-se insegura diante do

exame de ultrassonografia. Ao mesmo tempo em que afirmou ter auscultado os batimentos cardíacos fetais, quis repetir o exame em outro aparelho de ultrassom. Após repetir o exame, informou que não estava conseguindo ouvir os batimentos, mas solicitou a presença de outro médico para nova avaliação. O médico chamado, por sua vez, é objetivo e diz ao casal que havia alguns indícios de que aquela gestação não iria mais para frente, retirando-se logo em seguida da sala. Após essa sequência de contradições, a médica que os acompanhava não confirmou o diagnóstico, mas pediu ao casal que repetisse o exame alguns dias depois. Essa situação de indefinição foi experienciada pelo casal com muita ansiedade, sendo que o processo de luto só pode ser elaborado após a confirmação da perda gestacional.

Em detrimento a essas contradições, comunicar o diagnóstico de aborto espontâneo não consiste em uma tarefa fácil, especialmente quando não há nenhum indício prévio de complicação gestacional. Muitas vezes, o diagnóstico é realizado durante o exame de ultrassom, nas consultas médicas de rotina do pré-natal. Nessa ocasião, o esperado por pacientes e médicos é que seja avaliado o desenvolvimento embrionário, obtendo informações sobre o peso, tamanho e o sexo do bebê, bem como a previsão da data provável do parto. “*O processo natural do bebê é nascer!*”¹ O diagnóstico de um aborto espontâneo ou óbito fetal, assim, configura-se como um evento não esperado.

Durante o período em que estive observando consultas de ultrassom numa clínica privada, tive a oportunidade de observar alguns desses momentos de diagnóstico de aborto espontâneo, no momento da sua constatação. Chamou-me a atenção o embaraço do médico em relação às palavras que deveria utilizar para comunicar a ocorrência do aborto aos casais. Termos como “gestação incompatível” ou “gravidez que não vai mais pra frente” foram utilizados, gerando certa dificuldade de compreensão do diagnóstico por parte do casal:

1 Frase de uma mulher atendida na clínica privada. (Diário de campo, 2 de maio de 2012)

Em outro caso, quando o Dr. M. realizava o ultrassom, percebi a ausência do bebê. Ele, então, diz para a paciente que terá que fazer uma transvaginal e nesse intervalo conversa comigo, na sala dos laudos, que havia ocorrido um óbito fetal, mas que não utilizaria esta palavra 'óbito' ao comunicar o resultado para o casal. Ao voltarmos para a sala, Dr. M. volta a fazer o exame e diz que aquela gestação era incompatível. A mulher tem dificuldade de compreender que havia ocorrido um óbito. Dr. M. fala da ausência de batimentos. Então ela conclui: 'Então esta gravidez não progredirá?'. Ele confirma e diz que eles poderão tentar uma nova gravidez sem problemas. Questionei-me depois, por que não falar em óbito? Talvez ela tivesse compreendido com mais facilidade. (Diário de campo, 3 de novembro de 2009)

Pode-se perceber, assim, certa inabilidade em comunicar a ocorrência de um óbito fetal – que possivelmente relaciona-se com a dificuldade do próprio profissional em lidar com questões relacionadas à morte e ao morrer. Além disso, os profissionais de saúde parecem banalizar o término precoce de uma gestação, na medida em que o aborto espontâneo adquire nuances de “seletividade da natureza”, configurando-se como um evento “normal”, no qual reações emocionais como a tristeza tornam-se “desnecessárias”, pois o casal pode tentar engravidar novamente.

Em outra ocasião, na qual a paciente começa a chorar ao receber a notícia do aborto, refleti não só sobre a dificuldade em transmitir esse diagnóstico, mas também sobre qual seria a conduta adequada após a transmissão da notícia de um aborto espontâneo, ou seja, como os médicos e demais profissionais de saúde, como os psicólogos, devem proceder após a comunicação da perda gestacional, levando em consideração a reação emocional dos pacientes:

Hoje, durante uma das ultrassonografias que acompanho, houve um caso de perda gestacional (aborto espontâneo) diagnosticado no momento da consulta. Dr. M. utiliza o termo 'a gravidez que não vai mais para frente'... Assim que a paciente recebe o diagnóstico, começa a chorar. Dr. M. explica que pode ter sido devido alguma anomalia fetal e por isso foi melhor a perda ter ocorrido. Ao sair desse atendimento fiquei pensando: o que falar? O que dizer, enquanto psicóloga, num momento de sofrimento como esse? Será preciso dizer alguma

coisa? Enquanto profissional de saúde, senti a necessidade de dizer algo, mas não disse nada. Dr. M. disse o que ele pôde dizer, mas terá sido adequado à situação? Será que para ela, naquele momento, o que aconteceu foi o 'melhor'? Talvez devêssemos ter dito apenas 'sinto muito'. Mas essa situação... desvela a importância dos profissionais de saúde diante do desfecho reprodutivo e da dor do outro. Ou seja, o aborto é um evento que pode ser percebido ou entendido pelo médico como algo da ordem do fracasso, da impotência, especialmente quando ele é recorrente. Não há muito o que ser feito. Não há muito o que ser dito. E a dor do outro pode se refletir na frustração do próprio profissional. Talvez isso ajude a entender porque mulheres com história de aborto recorrente são tratadas como se tivessem provocado o aborto. Nesse caso, talvez a raiva, a frustração, a impotência do profissional sejam expressos em atitudes de violência verbal e/ou física contra o outro. Essa, sem dúvida, é uma situação difícil também para os profissionais. (23 de fevereiro de 2010)

A abordagem dos resultados perinatais adversos revela-se difícil e requer alto nível de competência emocional. Em muitos casos, porém, além do embarço em transmitir a notícia da perda ou de lidar com a reação emocional das pacientes, fizeram-se presentes condutas inadequadas, revelando certa insensibilidade do profissional para lidar com a situação. Muitas mulheres que atendi ao longo do tempo, inclusive usuárias da rede privada, denunciam a violência institucional à qual elas e sua família foram submetidas no momento da comunicação do diagnóstico da perda gestacional. A inabilidade na comunicação do diagnóstico e a ausência de sensibilidade podem ser observadas nos relatos que se seguem:

Acompanhei hoje o atendimento de uma senhora de 41 anos. Ela tem um filho e história de dois abortos espontâneos. Ressaltam-se as 'marcas' que ela diz ter em função das perdas. Contou que soube da primeira perda através de um exame de ultrassom, durante o qual estava sendo acompanhada pelo filho e marido. Relata que a médica que realizava o exame disse de modo inapropriado que a gravidez era anembrionária na frente do filho. Todos sofreram com isso. (26 de janeiro de 2010, contexto privado de assistência à saúde)

A paciente atendida tem história de três abortos espontâneos. Relata que no último aborto o diagnóstico foi comunicado de modo totalmente inadequado pelo médico ultrassonografista. Durante o exame ele perguntou para ela: ‘Tem certeza que você está grávida? Pois o coração não tem mais batimentos’. O relato da situação enfrentada enfatiza a falta de sensibilidade do médico na transmissão da notícia do aborto. Ela relata que aquela foi uma situação tão estressante que ‘Se [o feto] não tivesse morrido antes, tinha morrido naquele momento’. (9 de outubro de 2012)

Situações semelhantes também foram descritas no contexto público de saúde, conforme ilustra o relato a seguir:

Aí viemos para a emergência, quando chegou na emergência passamos de hospital em hospital, hospital em hospital, aí o médico falou assim: ‘O seu bebê já tá morto’, aí eu falei assim: ‘Morto?’, ele: ‘É, tá morto, pode internar ela que a gente vai fazer uma cesariana’, aí ele me internou de novo, aí entrei em desespero, não conseguia baixar a minha pressão, porque foi um caso que, sei lá, que não tivesse me avisado antes, tivesse feito nascer primeiro, ‘né’? (Joana)

A ausência de uma conduta apropriada dirigida à facilitação do processo de luto também compreendeu outro aspecto que merece destaque. Afinal, diante da perda gestacional, o comportamento característico foi marcado pela frieza em transmitir a notícia da perda, a recusa em lhes mostrar o bebê natimorto e a falta de informações sobre o ocorrido – condutas exatamente contrárias às aquelas recomendadas na literatura sobre o tema. (Estok & Lehman, 1983; Worden, 1998)

Só que, quando tirou a criança, a criança já estava morta e nem me mostraram a criança... aí eu não vi mais. Eu tentei olhar, eu queria ver... Aí eu saí procurando informação, não deram informação, não falaram nada do acontecido. (Manuela, 26 anos, três perdas gestacionais, contexto público de assistência à saúde)

Uma coisa que me incomodou bastante... depois que viram que não dava mais pra reanimar a minha menina... uma enfermeira chegou, eu assim deitada ainda, ela pegou, botou meu neném no saco... na minha frente, pegou o neném, botou ali dentro e fechou. Eu me senti mal quando fechou aquilo ali... aquilo ali já foi me incomodando, já daquilo ali já, eu já fui ficando atordoada. Aí: ‘Ah, mãe, calma, você vai ter outros’. (Mariana)

Vale ressaltar ainda a dificuldade de compreensão, por alguns profissionais de saúde, da relevância em realizar rituais fúnebres após a constatação de óbito fetal ou aborto espontâneo. Em uma conversa com uma das médicas responsáveis pelo ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública, ela contava-me sobre a sensação de estranhamento sentida ao saber que um amigo australiano fez o enterro de um bebê que pesava 270 gramas, como se o peso do bebê justificasse ou não sentimentos de pesar e rituais de luto.

Assim, apesar de algumas semelhanças, a relação entre médico-paciente foi caracterizada de forma bastante distinta pelas usuárias da rede privada de assistência à saúde, se comparadas com as usuárias da rede pública. No contexto assistencial privado, pôde-se perceber uma relação mais próxima estabelecida com o médico/ginecologista que as acompanhava ao longo das gestações e perdas. Em muitos relatos, o profissional era mencionado a partir da utilização de um pronome possessivo, “meu médico(a)”. Também, muitas mulheres relaram ter livre acesso ao médico, dispondo do seu número de celular para qualquer eventualidade. Esses aspectos parecem sinalizar uma relação mais próxima com esse profissional, o estabelecimento de um vínculo e de uma relação de confiança.

Por outro lado, se as vozes provenientes da esfera médica – dirigidas às usuárias da rede pública – sugeriam que descontinuassem as tentativas de gestação, na rede privada tais vozes sugeriam exatamente o contrário, isto é, incentivavam às mulheres a persistir em tentar ser mãe, através da gravidez. O discurso médico, especialmente dos especialistas no tratamento de aborto de repetição, enfatizava as alternativas de tratamento médico possíveis para conseguirem obter êxito gestacional. E nesse contexto, a solução tecnológica para os abortos recorrentes, longe de ser infalível, pode ser considerada mais natural do que uma solução não técnica como a adoção. Os médicos, assim, renaturalizaram o processo de reprodução humana com a ajuda das tecnologias de reprodução assistida. (Malin, 2003) A sugestão subjacente ao discurso médico para a persistência nas tentativas de gravidez, e a consequente regulação da trajetória reprodutiva, aparece no relato descrito a seguir:

Se eu não tivesse condições financeiras de estar aqui hoje, com certeza eu não tentaria mais... porque logo eu teria uma visão que, se eu perdi eles dois primeiro [fetos], eu logo teria a visão de que perderia o terceiro, então seria mais um sofrimento, então, pra quê tentar?... hoje em dia eu me sinto segura diante dos profissionais que eu estou frequentando, eu me sinto segura e também assim, eles me passam segurança, então eu acredito que vai dar certo, eu acredito que não vai demorar muito, então eu 'tou' confiante. (Flávia, 32 anos, duas perdas gestacionais)

Outro casal, atendido em uma clínica de fertilidade, também contribuiu para uma reflexão sobre essa temática. Em seu relato, que focaliza o sofrimento experienciado nas sucessivas tentativas para tornar-se pai/mãe, o casal relata: “*Se não pudéssemos ter filhos, se isto fosse dito [pelos médicos], vamos sofrer, mas seguir em frente*”. A reflexão descrita em diário de campo segue abaixo:

A tecnologia reprodutiva, então, parece contribuir em um ‘aprisionamento’ da mulher/do casal nessas tentativas sem fim para engravidar. E esta parte das suas vidas fica como uma ferida aberta que não consegue cicatrizar... Qual o limite para o uso dessas tecnologias? Quando parar? E quem decide quando parar? (17 de novembro de 2010)

Em uma palestra sobre reprodução assistida em dezembro de 2010, chamou-me a atenção o discurso do médico palestrante defendendo a tese de que “o pior fracasso é desistir”. A ideia subjacente ao discurso médico, além da demanda mercadológica para o consumo ilimitado das tecnologias médicas, consiste na valorização dos laços genéticos da procriação, considerados tão importantes que não podem ser abandonados.

Nesse sentido, outro aspecto crítico da utilização das tecnologias médicas faz-se presente quando estas falham. Nesses casos, o discurso biomédico faz referência a uma suposta causa psicológica ou emocional inerente à mulher para explicar o insucesso. Ou seja, responsabilizam as próprias mulheres por não alcançarem êxito nas tentativas gestacionais – por estarem estressadas ou ansiosas, por exemplo –, encaminhando-as, muitas vezes, para um atendimento psicológico. Um dos casos atendidos em uma

clínica de reprodução assistida privada essa acusação implícita no discurso biomédico foi desvelada. A mulher atendida tinha história de dois abortos espontâneos, sendo que o segundo ocorreu após a realização de uma série de intervenções médicas, como tratamento imunológico e fertilização *in vitro*, a partir da ovodação, conforme anotações do diário de campo:

Estou atendendo... uma paciente com história de aborto espontâneo recorrente. No segundo atendimento comigo, relata que estava sentindo muita raiva. Faz menos de um mês que experienciou o seu último aborto, após engravidar por meio de uma fertilização in vitro com óvulos doados. Explica que sua raiva advém do fato de a 'medicina' atribuir a culpa pelo aborto a ela. Sente raiva pelo 'dedão da medicina', quando fracassou, dizendo 'é você! A culpada é você!'. Ou seja, quando ocorreu o aborto espontâneo, sem que houvesse uma explicação plausível dos médicos que a acompanham, ela foi encaminhada para atendimento psicológico. (23 de outubro de 2012)

A responsabilização das mulheres pelos abortos sofridos também se fez presente entre as usuárias do serviço público. O relato abaixo evidencia essa responsabilização, tendo sido enunciado por uma mulher com diagnóstico de aborto recorrente, em uma dinâmica de grupo realizada pela equipe de psicologia no ambulatório de abortamento de repetição da maternidade investigada:

Sinto vontade de chorar quando... Eu já tive uma perda e não quero que outra aconteça novamente. Foi um conflito muito grande, porque eu me preparei para engravidar e eu perdi... Eu criei expectativa, fiquei ansiosa, perdi o bebê. O médico me disse que faltou experiência da minha parte... Eu procurei saber tudo depois da primeira perda e aconteceu novamente. (Registro das dinâmicas de grupo, 8 de outubro de 2007)

Os médicos, de acordo com Malin (2003), configuram-se como um grupo social poderoso que impõem significados sobre o mundo por ordenar e organizar as coisas de acordo com oposições binárias em sistemas classificatórios que formam hierarquias. Fronteiras simbólicas são, deste modo, construídas. No contexto das tecnologias reprodutivas, as fronteiras simbólico-culturais, bem como os processos de construção de

identidade, atuam quando tais tecnologias são usadas. Assim, a medicina constitui-se enquanto uma instituição social que, através da construção de signos e sentidos, orienta, “promulga regras de comportamento, censura os prazeres, aprisiona o cotidiano em uma rede de recomendações”. (Moulin, 2008, p. 15)

Diagnóstico de aborto de repetição: itinerário terapêutico e campo de ação

Após o reconhecimento do diagnóstico de aborto recorrente, as usuárias do serviço privado buscaram informar-se acerca da existência de algum serviço médico especializado que lhes oferecesse investigação acerca das causas dos abortos, bem como tratamento. Esta busca, em geral, ocorreu por iniciativa da própria mulher, que utilizou recursos externos, como a internet, para pesquisar acerca deste tipo de serviço. Conforme Vargas (2010), a difusão das informações sobre o tema da reprodução humana na internet ilustra a ênfase da perspectiva biomédica nos modos de divulgação de temas de saúde nos meios de comunicação. Esses modos podem ser considerados como um acréscimo ao processo de medicalização social construído historicamente. Ao mesmo tempo, porém, as possibilidades do uso da internet podem servir como instrumento de ação de empoderamento, constituindo a expressão de agência da mulher com dificuldade para levar a sua gestação a termo.

Deste modo, com o objetivo de transpor os muitos obstáculos enfrentados na trajetória reprodutiva e itinerários terapêuticos, as mulheres usuárias da assistência privada recorrem à internet como estratégia de coleta de informações sobre tratamentos para subsidiar ações futuras – como encontrar um médico especialista e, a partir disso, poder estabelecer com ele um diálogo de igual para igual. De modo geral, as usuárias da rede privada de assistência à saúde apresentaram maior familiaridade com o discurso e tecnologias médicos, compreendendo melhor o fenômeno das perdas gestacionais a partir da perspectiva da biomedicina. Assim, podem ser consideradas quase *insiders* na esfera médica;

enquanto que, por outro lado, as usuárias da rede pública podem ser consideradas *outsiders* – pela menor familiaridade com o conhecimento médico, menor acesso à informação, menor oportunidade de diálogo com o profissional de saúde etc.

Sobre esse aspecto, vale citar as formas de diferenciação dos contextos sociais conforme descritos por Goodnow (1995). A autora retoma a primeira descrição ecológica de Bronfrenbrenner e caracteriza três formas possíveis de diferenciação entre os contextos sociais: em primeiro lugar, destacam-se as dimensões espaciais: os setores do contexto social diferem um do outro, por exemplo, na medida em que eles ocupam diferentes espaços físicos ou estão próximos ou distantes em relação às pessoas. Dimensões espaciais incitam também questões sobre o acesso a esses espaços físicos e sociais ou para os domínios ou áreas do conhecimento. Considerando a questão do acesso, podem-se analisar as fronteiras entre os contextos e sua permeabilidade. Nos contextos públicos de saúde fronteiras são construídas e há pouca permeabilidade para transpô-las: as mulheres somente têm acesso aos serviços de saúde financiados pelo estado, o que, de algum modo, já limita o acesso. Além disso, na medida em que a demanda da população por esses serviços é maior do que a oferta, nem sempre eles são acessíveis: há dificuldade de agendar uma consulta ou realizar um exame médico, bem como de encontrar vaga nos leitos das maternidades. A condição financeira, assim, restringe o acesso, compondo uma importante barreira. Porém, o nível de escolaridade também se erige enquanto um importante obstáculo no acesso à informação. Afinal, o domínio do conhecimento médico pode ser de difícil compreensão para essas mulheres. Entretanto, mais do que isso, a dificuldade na interação interpessoal com os médicos pode constituir a principal barreira no acesso ao conhecimento. Esse último aspecto configura-se na segunda forma de diferenciação dos contextos sociais, ou seja, as formas de interação e participação face a face que são possíveis ou encorajadas. Em geral, as usuárias dos serviços públicos têm pouco tempo para narrar suas queixas de saúde, sendo convidadas pelos profissionais a serem breves e objetivas, relatando o

suficiente para que possam ser enquadradas em algum diagnóstico médico. Então, a conduta dos profissionais é basicamente prescritiva: recebem algum medicamento ou encaminham para a realização de algum exame. Essas práticas, por sua vez, são embasadas por determinadas justificativas para o padrão que é seguido ou esperado, compondo a terceira forma de distinção entre os contextos sociais: os contratos sociais. Tais contratos são formados pelos direitos e obrigações estabelecidos. Assim, por exemplo, há o significado coletivamente partilhado sobre a verdade científica por trás de cada ato médico, o que pode levar o profissional a assumir uma posição de onipotência diante da doença do paciente e, com efeito, diante do próprio paciente. Este último passa a ser visto como devendo se submeter a sua tutela, abdicando temporariamente da sua autonomia, do seu poder de reflexão e de decisão sobre si mesmo, de conhecimento intuitivo e vivencial de si mesmo (Martins, 2003/2004). Porém, conforme enfatiza Goodnow (1995), cabe às pessoas conhecerem esses contratos sociais para, então, aceitar ou resistir a eles. O acesso à informação, então, pode permitir ultrapassar essas barreiras, como o fazem as usuárias do serviço privado ao buscar informações na internet.

A Figura 1 ilustra a permeabilidade das fronteiras no acesso das mulheres, usuárias dos serviços públicos e privados, aos serviços e ao conhecimento médicos, à interação face a face com esses profissionais e a possibilidade de aceitar ou contestar determinados contratos sociais previamente estabelecidos.

Assim, quando as usuárias da rede privada recorreram a um serviço de saúde de referência e tiveram a primeira consulta com o médico especialista – em companhia, geralmente, do parceiro –, um “plano de ação” era traçado. Esse “plano de ação” envolvia a realização de muitos exames, sendo alguns destes de elevado custo e nem sempre oferecidos por seus planos de saúde.

Após a investigação completa e, a partir da identificação de alguma possível causa, dava-se início ao tratamento. A gravidez, deste modo, só poderia acontecer após o tratamento e a “liberação” por parte do médico

que as acompanhava. Assim sendo, em nenhum dos casos entrevistados houve a busca por atendimento médico especializado na condição da mulher já estar grávida. Isto parece indicar a existência de um planejamento prévio, construído a partir da relação estabelecida principalmente entre a mulher, o parceiro e o médico especialista.

Figura 1 – Permeabilidade das fronteiras nos contextos de saúde

Fonte: modificada a partir de Goodnow, 1995.

Vale ressaltar, ainda, a organização do ambiente em que o atendimento médico especializado era realizado, bem como os padrões de relacionamento estabelecido entre médico e pacientes. Em linhas gerais, a clínica privada localizava-se em uma avenida importante de um bairro nobre da cidade. Os atendimentos com o médico especialista eram previamente agendados por telefone com a secretária da clínica e pagos após a consulta em dinheiro. Assim, ao chegar à clínica, a mulher ou o casal aguardava na sala de espera da clínica – a qual era ocupada apenas pela secretária. Em geral, comparecia o casal à consulta e não só a mulher. O tempo de espera pelo atendimento variava de alguns poucos minutos até quase uma hora, a depender da disponibilidade do médico.

O ambiente climatizado tinha à disposição água, café e balas. A consulta médica era realizada apenas pelo médico especialista em seu consultório e durava cerca de uma hora à uma hora e meia. Durante esse período de tempo, o médico ouvia a história reprodutiva do casal, fornecia-lhes explicação sobre o caso, esclarecia quaisquer dúvidas e encaminhava-os para realizar uma série de exames.

Por outro lado, no caso das mulheres usuárias do serviço público, quatro das cinco entrevistadas estavam grávidas no momento da entrevista. A busca por um atendimento médico especializado, desta forma, foi realizada durante a gravidez ou a gestação ocorreu durante a fase de investigação sobre as causas dos abortos anteriores. Já a indicação do serviço médico especializado ocorreu através da rede social próxima, como familiares, amigos ou vizinhos. Além disso, apesar das usuárias do serviço público também realizarem muitos exames, alguns não eram acessíveis devido ao elevado custo. Outro obstáculo que essas mulheres enfrentavam consistia na dificuldade de agendar e realizar os exames cobertos pelo SUS. Isto demandava um tempo grande, o que pode justificar porque muitas das mulheres entrevistadas engravidaram durante a fase de investigação. Pode-se também considerar que, na medida em que as chances de encontrar uma etiologia relacionada aos abortamentos são cerca de 50% dos casos (Salazar Filho, Shalatter, Mattiello, Facin, & Freitas, 2001) e que essas mulheres não têm acesso a todos os exames disponíveis, a impossibilidade de prescrever algum tratamento pode ter levado alguns médicos a orientá-las a simplesmente tentar uma nova gravidez – orientação esta presente em muitos relatos.

No caso do contexto de assistência pública investigado, localizado em um bairro de classe média, os atendimentos médicos eram realizados em consultórios do ambulatório de aborto de repetição. A sala de espera desse ambulatório consistia em um ambiente amplo, com ventiladores e televisão e, na maioria das vezes, estava repleta de pacientes. Os atendimentos eram organizados por ordem de chegada, o que levava as mulheres a chegarem por volta das sete ou oito horas da manhã e serem atendidas apenas a partir das dez horas. O tempo de espera pela consulta, então, variava de duas a três horas. A consulta propriamente dita durava

em torno de dez a 15 minutos. Nesse período de tempo, o médico ouvia rapidamente a história da paciente, realizava algum exame físico (muitas vezes na presença de alguns residentes de medicina), fornecia-lhe breves explicações sobre as possíveis causas das perdas gestacionais e indicava a realização de alguns exames. Vale ressaltar ainda, que nas consultas estavam presentes, em geral, apenas as mulheres, sem seus parceiros. Sobre esse último aspecto, vale observar que em muitos casos a ausência dos parceiros se justificava, para além da questão de gênero (da maternidade como um assunto feminino), pela impossibilidade de faltar ao trabalho.

Campo de possibilidades e trajetória reprodutiva

Deste modo, o acesso a determinados recursos médicos, possibilitado pela condição financeira das participantes usuárias do serviço privado, pareceu circunscrever as suas trajetórias reprodutivas de modo a possibilitar o planejamento de uma próxima tentativa de gravidez, baseado nas etapas do próprio tratamento. Esse planejamento pareceu minimizar a incerteza diante do futuro reprodutivo.

Apesar disso, as usuárias do serviço privado relataram ainda sentir medo de vivenciar uma nova perda, mas não há relatos de percepção de risco à própria vida/saúde em decorrência de uma futura tentativa de gestação – o que, por sua vez, esteve presente nas narrativas das usuárias do serviço público. Vale ressaltar que a existência de um serviço médico especializado em aborto espontâneo de repetição é relacionada, por muitas mulheres, à sensação de segurança, deixando-as mais confiantes em relação ao futuro, para tentar uma nova gestação. Essa sensação de segurança também foi compartilhada por algumas usuárias da rede pública, referindo-se especialmente ao acompanhamento médico especializado oferecido pelo ambulatório de abortamento de repetição da maternidade pública investigada.

Outro aspecto relevante consistiu na ampliação da rede de apoio das usuárias da rede privada, na medida em que a equipe de saúde, em especial, o médico especializado em reprodução humana, é visto como fonte

de apoio instrumental de alta qualidade. No caso das usuárias do serviço público, o contexto assistencial foi caracterizado por deficiências importantes no atendimento. A relação entre profissionais de saúde e mulheres apareceu marcada, essencialmente, pela desconfiança, desrespeito e conflito. Houve uma grande demanda por informações e pela escuta clínica que não foi atendida. Porém, vale ressaltar que essa relação ambivalente estabelecida com os profissionais de saúde não foi relatada para com o médico especialista do ambulatório de abortamento de repetição, conforme ilustra o seguinte relato: *“Já aqui achei o suporte melhor, Dra. O mesmo é muito paciente, é uma pessoa que nunca se mostra estressada com a gente... eu gostei do atendimento daqui”*. (Cláudia)

Considerações finais sobre os contextos de saúde

Partindo-se do pressuposto que as pessoas em desenvolvimento estão imersas em uma semiosfera (Lotman, 2005) – um espaço semiótico –, suas trajetórias de vida são circunscritas por elementos pessoais, histórico-culturais e contextuais.

Deste modo, tanto a rede pública quanto a rede privada de assistência à saúde podem ser entendidas enquanto mediadores semióticos, ou seja, signos que regulam os processos de comunicação humana entre as pessoas (ex. entre pacientes e profissionais de saúde) e instituições (ex. entre pacientes e serviços de saúde). Mas também, atuam na condição de regulador intrapsicológico – nas mentes humanas culturalmente constituídas. (Valsiner, 2012) Afinal, tratam-se de abstrações criadas e partilhadas coletivamente, que estabelecem um campo social que opera por meio de normas construídas e têm um impacto orientador sobre a conduta das pessoas. São, assim, exemplos de campos de significação hipergeneralizado, promotores dos modos de agir, pensar e sentir das pessoas. (Valsiner, 2012)

No caso das mulheres investigadas faz-se imprescindível considerar o interjogo contínuo entre os processos biológicos ocorridos no corpo – no corpo feminino, no corpo grávido, no corpo que aborta espontanea-

mente, que sente dor, que é submetido às intervenções da biomedicina e que é alvo de interesse das tecnologias reprodutivas; dos processos intra e interpicológicos – como o pensar, o sentir, o agir, o comunicar e o interrelacionar-se – e a localização geral desses processos na semiosfera – dos contextos público e privado de saúde aos discursos socioculturais sobre maternidade e abortamento.

Nesse sentido, pode-se refletir que mulheres com história reprodutiva semelhante – marcada por perdas gestacionais espontâneas e recorrentes – buscaram os serviços de saúde aos quais tinham acesso. Acesso este possibilitado ou restringido em função da sua inserção em determinado grupo social. Nesse processo, houve a canalização coletivo-cultural dessas experiências dentro de contextos de atividade culturalmente estruturados: os contextos de saúde público e privado. Por esta razão, pode-se considerar que esses contextos operaram enquanto um nível organizacional mesogenético, canalizando a experiência subjetiva mediante o estabelecimento de uma gama de possibilidades nas quais a experiência do engravidar e abortar toma forma. Vale ressaltar que é papel do nível mesogenético a ligação entre os diferentes níveis da experiência: da infinita singularidade do fluxo microgenético à relativamente conservativa progressão da ontogenia. (Valsiner, 2012)

A caracterização detalhada dos contextos de saúde foi realizada ao longo do capítulo. Cabe aqui apenas uma breve síntese das suas principais distinções, considerando-as como uma unidade de opostos dentro da mesma totalidade: o sistema de serviços de saúde no Brasil. Assim, por um lado, o contexto público de saúde foi caracterizado essencialmente pela escassez de recursos materiais (ex. tecnologias reprodutivas), instrumentais (ex. informação) e de suporte (ex. apoio emocional dos profissionais de saúde), sendo permeado por sugestões sociais cujo fluxo geral vai no sentido contrário ao da maternidade biológica. Deste modo, define fronteiras como um limite para a realização da maternidade, ao mesmo tempo em que permite que esse limite seja ultrapassado (ex. oferecendo atendimento médico continuado ao longo da trajetória reprodutiva e, inclusive, proporcionando atendimento especializado para os casos de aborto de repetição). Por outro lado, o contexto privado de saúde foi

diferenciado pela abundância de recursos materiais, instrumentais e de suporte, sendo permeado por sugestões sociais cujo fluxo geral segue na direção da maternidade biológica. Assim, fronteiras também foram construídas, restringindo às trajetórias reprodutivas ao uso das tecnologias médicas para a concretização da maternidade biológica. Porém, tais fronteiras também revelaram certa permeabilidade, especialmente quando o uso de tais tecnologias falhou. Outras possibilidades, então, emergiram, como a autorreflexão sobre a não maternidade ou formas alternativas de alcançar a maternidade, como a adoção.

Em detrimento a essas diferenças, todas as mulheres investigadas persistiram na direção da maternidade, influenciadas pelo discurso sociocultural, que valoriza amplamente essa experiência. Deste modo, a direção seguida em cada trajetória reprodutiva foi influenciada não só pelo movimento histórico da medicalização do corpo e acesso à determinadas assistência e tecnologias médicas, mas pelos significados enredados pela esfera sociocultural – e internalizados de modo particular por cada uma das mulheres – ao signo da maternidade.

Figura 2 – Contextos público e privado de saúde

Fonte: elaboração da autora.