



**RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE PROFISSIONAIS DO CUIDADO E MULHERES
COM EXPERIÊNCIA DE ABORTAMENTO EM AMBIENTE HOSPITALAR**
**INTERPERSONAL RELATIONS AMONG PROFESSIONAL CARE AND WOMEN WITH EXPERIENCE
OF ABORTION IN HOSPITAL ENVIRONMENT**

**LAS RELACIONES INTERPERSONALES ENTRE PROFESIONALES DEL CUIDADO Y MUJERES CON
EXPERIENCIA DE ABORTO EN EL ENTORNO HOSPITALARIO**

Ana Lúcia Medeiros¹, Leila Paes Landim², Maria Clemilde Mouta Sousa³, Rômulo Wanderley de Lima Cabral⁴,
Sérgio Ribeiro Santos⁵

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção de mulheres com experiência de abortamento sobre as relações com os profissionais do cuidado em ambiente hospitalar. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em uma maternidade pública de João Pessoa/PB/Brasil, com cinco colaboradoras, utilizando a história oral temática como referencial metodológico. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob o Protocolo nº 043/2009. **Resultados:** do material empírico coletado surgiram dois eixos temáticos: percepção das mulheres sobre a experiência de abortamento e percepção das mulheres sobre o atendimento e a relação interpessoal. Os dados revelaram que os profissionais do cuidado não demonstraram interesse em criar vínculos com as mulheres, dificultando o relacionamento interpessoal. **Conclusões:** há necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais para desenvolver o processo de cuidar, resgatando suas formações humanísticas, valorizando a pessoa humana, por meio da adoção de condutas para uma assistência integral e sem discriminação. **Descritores:** Relações Interpessoais; Aborto; Unidade Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of women with abortion experience on relations with professional care in a hospital setting. **Method:** a descriptive study with a qualitative approach, conducted in a public maternity hospital in João Pessoa/PB/Brazil, with five participants, using oral history as a methodological reference. Research approved by the Ethics Committee of the Federal University of Paraíba under Protocol No. 043/2009. **Results:** empirical data collected from two main themes emerged: women's perception about the experience of abortion and women's perception about the service and interpersonal relationship. The data revealed that care professionals showed no interest in bonding with women, making it difficult interpersonal relationships. **Conclusions:** There is need for sensitization and training of professionals to develop the care process, rescuing his humanistic training, valuing the human person, through the adoption of pipelines for comprehensive health care without discrimination. **Descriptors:** Interpersonal Relations; Abortion; Unit Hospital of Gynecology and Obstetrics.

RESUMEN

Objetivo: conocer la percepción de las mujeres con experiencia de aborto en las relaciones con la atención profesional en un entorno hospitalario. **Método:** se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, realizado en una maternidad pública en João Pessoa/PB/Brasil, con cinco participantes, utilizando la historia oral como una referencia metodológica. La investigación aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Paraíba en virtud del protocolo N ° 043/2009. **Resultados:** los datos empíricos recogidos a partir de dos temas principales: la percepción de las mujeres sobre la experiencia del aborto y de la percepción de las mujeres sobre el servicio y la relación interpersonal. Los datos revelaron que los profesionales de atención no mostró interés en unión con las mujeres, lo que la relaciones interpersonales difíciles. **Conclusiones:** existe la necesidad de sensibilización y formación de profesionales para desarrollar el proceso de atención, el rescate de su formación humanística, la valoración de la persona humana, a través de la adopción de ductos para el cuidado integral de la salud sin discriminación. **Descriptores:** Relaciones Interpersonales; El Aborto; La Unidad del Hospital de Ginecología y Obstetricia.

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde da Mulher da Faculdade Santa Emília de Rodat. Pesquisadora do Grupo de Estudo e Pesquisa sobre Administração e Informática em Saúde/GEPAIE/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: aninhapits@gmail.com; ²Enfermeira, Especializanda em Enfermagem Obstétrica, Enfermeira Assistencial da Maternidade Frei Damião. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: lpaeslandim@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta IV do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba/UFPB. Coordenadora do Grupo de Pesquisa sobre Hanseníase no Estado da Paraíba/CNPQ/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: mariaclmilde@yahoo.com.br; ⁴Enfermeiro, Mestre em Saúde Pública, Professor do Departamento de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Faculdade Santa Emília de Rodat. Pesquisador do GEPAIE/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: romulopits@gmail.com; ⁵Enfermeiro, Doutor em Sociologia, Professor Associado do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Coordenador do GEPAIE/UFPB. João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: srsantos207@gmail.com

INTRODUÇÃO

A questão do abortamento tem sido amplamente discutida, com diferentes enfoques, passando pela ética, política, movimento organizado de mulheres, igrejas, setores da saúde, aspectos jurídicos, entre outros. O problema é ainda mais abrangente nos países onde o abortamento é considerado ilegal, como no Brasil, uma vez que nesses países sua verdadeira dimensão não está adequadamente documentada, devido à falta de registros confiáveis.¹ Assim, sua prevalência se baseia em estimativas, principalmente em registros de base hospitalar do sistema público de saúde, não havendo registros provenientes de serviços privados.²⁻³

Observa-se, que a problemática do aborto em todo o mundo relaciona-se diretamente com a legislação de cada país, influenciada por questões de âmbito social, cultural, moral e religiosa. Na maioria dos países existem leis que permitem a interrupção da gravidez, de acordo com condições específicas, as quais dependem dos modelos socioeconômicos e ideológicos de cada época e de cada nação. Assim, há países nos quais o aborto é legalizado em qualquer situação, já em outros só é permitido apenas em casos que envolvam questões médicas, orgânicas ou humanitárias, entre estes grupos encontra-se o Brasil.⁴

O abortamento é reconhecido como sendo a interrupção da gestação com conceito pesando menos de 500 gramas ou com idade gestacional inferior a 22 semanas completas.⁵ Se classifica quanto à forma de expulsão do ovo em espontâneo ou induzido.⁶

Na primeira metade da gravidez o abortamento espontâneo é o mais frequente episódio hemorrágico, necessitando de assistência médica e especializada em ambiente hospitalar. Ele é clinicamente diagnosticado entre 10% a 15% do total de gestações, ocorrendo cerca de 80% dos abortamentos espontâneos nas primeiras 12 semanas de gestação.⁷

O abortamento não espontâneo, provocado ou induzido consiste na interrupção da gravidez, por meio do uso de agentes físicos ou químicos, com consentimento ou não da gestante e participação ou não de leigos ou profissionais de saúde. Essa prática é classificada como insegura, a qual é responsável por sérias consequências à saúde da mulher.⁸

Nesse sentido, o processo do abortamento põe em risco a vida da mulher, expondo-a a intercorrência em sua saúde, com repercussões no âmbito

biopsicosocioespiritual. Portanto, ao procurar o serviço de saúde para atendimento, a mulher, além de necessitar de tratamento de urgência para sua condição física, está vulnerável às reações dos profissionais que a atende e que são participantes do contexto social, no qual permeiam atitudes negativas acerca do abortamento.⁹ Sendo assim, as relações interpessoais no âmbito da vida hospitalar são, até certo ponto, superficiais, pois, o foco da atenção parece ser o problema da saúde do indivíduo, e não o indivíduo-pessoa. Nesse sentido, há profissionais competentes nos procedimentos técnicos, mas com dificuldade em interagir com os clientes, principalmente se esses apresentam problemas de saúde estigmatizantes, como é o caso do abortamento.¹⁰

O interesse em estudar o tema proposto foi por entender que ele envolve diversos aspectos, necessitando ainda de compreensão pelos distintos setores de nossa sociedade. Assim, este estudo partiu da perspectiva de conhecer como foi para a mulher vivenciar o processo de abortamento em ambiente hospitalar, independente de como ele ocorreu, se espontâneo ou provocado, e como se estabeleceu a relação entre os profissionais de saúde.

Esta pesquisa busca contribuir para a construção do conhecimento acerca do processo de cuidar no contexto da saúde da mulher e a importância de uma relação que permita um cuidado humanizado entre os trabalhadores da saúde e a clientela.

Diante das considerações apresentadas, surge o seguinte questionamento: qual a percepção das mulheres com experiência de abortamento em ambiente hospitalar acerca da relação com os profissionais de saúde?

Com o intuito de obter resposta para este questionamento, foi traçado o seguinte objetivo: compreender a percepção de mulheres com experiência de abortamento sobre as relações com os profissionais do cuidado em ambiente hospitalar.

MÉTODO

Estudo do tipo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa, o qual foi desenvolvido numa maternidade pública do município de João Pessoa/Paraíba/Brasil. As participantes foram orientadas quanto ao objetivo do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se os aspectos éticos e de confidencialidade preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹¹ O caminho metodológico foi a história oral temática, uma interface da

história oral, que é um processo sistêmico de uso de depoimentos traduzido do oral para o escrito, tendo a finalidade de recolher testemunhos e analisar processos sociais, favorecendo os estudos de identidade e de memória cultural.

A história oral estrutura-se no direito de participação social, permitindo preencher espaços para uma cultura explicativa dos atos sociais, respeitando-se as diferenças e a compreensão das identidades e dos processos de suas construções narrativas.¹²

As colaboradoras da pesquisa foram usuárias da maternidade que aceitaram participar do estudo, e que buscou este serviço para a realização de abortamento ou para tratamento de suas complicações. O serviço escolhido foi reconhecido como centro de referência na atenção aos casos de abortamento.

No método da história oral, a seleção dos colaboradores depende da formação de uma colônia. A colônia são os elementos amplos que marcam a identidade do grupo a ser estudado, conforme o tema escolhido.¹² Neste estudo a colônia foi composta pelas mulheres com história de abortamento admitidas na maternidade.

A partir da identificação dessa colônia, forma-se uma rede que é uma subdivisão da colônia, que funciona como indicativo do modo de se articularem as entrevistas, são as pessoas escolhidas para serem os colaboradores, denominação usada no método da história oral para os participantes da pesquisa.¹² O critério para a formação da rede baseou-se na disponibilidade e no querer participar, considerando a necessidade de pelo menos três encontros com a colaboradora para a elaboração do material empírico. Desse modo, neste estudo a rede foi constituída por cinco mulheres com diagnóstico de abortamento.

A técnica de coleta do material empírico foi realizada por meio de entrevista, com a utilização de um gravador. Nesse método, o processo de entrevista é dividido em três etapas, as quais são classificadas em pré-entrevista, entrevista propriamente dita e pós-entrevista.¹²

Neste estudo, a pré-entrevista ocorreu na maternidade pública escolhida, local que se encontravam as mulheres com diagnóstico de abortamento, nas enfermarias repousando ou aguardando a alta hospitalar. Nesta etapa foi apresentado o projeto, esclarecidos os objetivos do estudo e identificou-se as colaboradoras dispostas a participarem da pesquisa. Este momento correspondeu ao primeiro contato com as colaboradoras, sendo

uma preparação para o encontro no qual se realizou a gravação das entrevistas que foram agendadas, de acordo com a disponibilidade das colaboradoras.

A entrevista propriamente dita é a etapa na qual são colhidos os dados importantes para a realização da pesquisa, é quando ocorre a gravação das entrevistas. A entrevista conteve questões de corte relacionadas ao objetivo da investigação, além dos dados de identificação das participantes, constituindo uma ficha técnica. As perguntas de corte, que acompanharam o estudo, foram: Durante a sua experiência de abortamento em ambiente hospitalar como a senhora se sentiu? Durante a experiência de abortamento como ocorreu a relação entre a senhora e os profissionais de saúde?

O local decidido pela maioria das mulheres para a realização da etapa da entrevista foram suas residências. No entanto, uma colaboradora foi entrevistada na maternidade um dia após a pré-entrevista, pois como ela residia em um município distante de João Pessoa - Paraíba combinou-se realizar a entrevista no dia seguinte, após a alta hospitalar.

A pós-entrevista segue a realização da entrevista. Nesta fase, foi comunicado as colaboradoras o andamento do trabalho e explicado como ocorreu o processo de construção do documento, como também combinado outro encontro para conferência do material da entrevista. Ainda no momento da pós-entrevista foi discutido sobre a escolha do nome fictício de cada colaboradora, garantindo-lhe o anonimato na pesquisa. Assim, foram escolhidos nomes de *flores*, de acordo com a preferência e a característica de cada colaboradora.

Após a coleta do material, transformou-se todo o relato das entrevistas em texto conforme as etapas: transcrição, que consiste na mudança do relato oral gravado para a linguagem escrita, esta etapa foi efetuada, logo após a realização das entrevistas, permitindo que alguns vícios de linguagem e palavras repetidas fossem eliminados, para uma melhor compreensão do texto, sem, contudo perder a identidade do discurso da colaboradora; a textualização é a etapa em que o texto adquire característica de narrativa, são suprimidas as perguntas de corte e fundidas as respostas, nessa etapa, foi escolhido o tom vital que correspondeu à frase que serviu de epígrafe para guiar a leitura das entrevistas; e por fim, a transcrição, que é etapa da recriação do texto em sua plenitude, podendo haver interferência do autor no

texto, segundo acertos combinados com o colaborador.¹²

A análise do material empírico foi realizada com base nos pressupostos adotados por Bom Meihy, por meio dos quais as entrevistas foram consideradas a parte central e de partida para as análises, sendo lidas repetidas vezes com o objetivo de extrair os temas centrais focados nas experiências relatadas. Em seguida foram construídos os eixos temáticos com base no tom vital das entrevistas que guiaram o processo de discussão por meio de um diálogo com a literatura.

O estudo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, registrado sob o número 0433/2009.

• Conhecendo as histórias

Na abordagem interpretativa adotada para este estudo, procurou-se descrever cada experiência da maneira como ela foi vivenciada, na perspectiva daquele que a vivenciou. Cada narrativa revelou um tom vital diferente e possibilitou a compreensão de fenômenos concretos por meio da ligação entre o mundo interno de cada indivíduo e o mundo externo que o cerca, além de ter-se evidenciado a dialética existente entre os eventos e a sua significação, ou seja, como acontece a relação entre os profissionais do cuidado com a cliente e sua percepção sobre este processo. Portanto, iniciou-se essa etapa apresentando cada colaboradora com seu respectivo tom vital que se destacou na sua narrativa para posteriormente discutir o significado das falas das quais foram identificados dois eixos temáticos, que conduziram à discussão por meio de um diálogo com a literatura.

Girassol: mulher alegre, decidida e batalhadora. Tinha 24 anos, vivia em união estável, possuía primeiro grau incompleto, trabalhava nos afazeres domésticos. Em relação aos antecedentes obstétricos, engravidou três vezes, teve dois abortos e tem um filho com nove anos. Quanto a sua história de abortamento, foi atendida na maternidade acompanhada pela mãe, apresentando os principais sinais e sintomas clínicos: gestação de aproximadamente 16 semanas, com dores no baixo ventre e sangramento vaginal. O diagnóstico inicial identificado foi abortamento incompleto, sendo solicitada a curetagem uterina. Em seu relato destacou o tom vital:

Os médicos não me deram nenhuma explicação, nem do primeiro que perdi, nem agora do segundo, se eu não posso mais ter filho, ele devia me orientar para eu me

cuidar e não engravidar de novo, orientação nenhuma eu tive. Essa orientação é importante porque esse momento é muito difícil.

Violeta: uma mulher calma que demonstrava muito carinho e simplicidade. Tinha 31 anos, vivia em união estável, possuía o primeiro grau completo. Morava com os pais, uma irmã e sua filha de dois anos. Seu parceiro residia em outro município, por motivo de trabalho. Já teve duas gestações e um aborto. O primeiro contato com Violeta, ela já tinha recebido alta hospitalar, estava na enfermaria aguardando seus familiares irem buscá-la. No seu discurso chamou a atenção o seguinte tom vital:

Quando eu fui à maternidade, foi tudo bem [...]. E também na curetagem o médico foi legal comigo, mas estava triste porque perdi!

Azaléia: tinha 19 anos, uma jovem de sorriso singelo, voz passiva e coração cheio de sonhos a serem conquistados. Solteira, vivia com os pais, concluiu o segundo grau e tinha planos de fazer faculdade. Antecedentes obstétricos: Gestou e abortou uma vez. Foi admitida na maternidade acompanhada pela prima com os seguintes sinais e sintomas: amenorreia de nove semanas e discreto sangramento vaginal. Esta colaboradora passou cinco dias internada, seu diagnóstico foi de abortamento retido e o procedimento realizado foi à curetagem uterina. Segundo Azaléia, a explicação que lhe deram para o motivo de todos esses dias internada foi que seu colo uterino não estava dilatando o suficiente para a realização do procedimento cirúrgico, apesar das intervenções adotadas. Sobre sua experiência em ambiente hospitalar ela narrou o seguinte tom vital:

Em nenhum momento eu me senti sozinha, apesar de não estar com um acompanhante. Não me senti sozinha porque sempre as enfermeiras estavam ali comigo.

Magnólia: tinha 21 anos, era uma mulher determinada, sabia o que queria, demonstrava firmeza na voz e ao mesmo tempo deixava transparecer seu carinho pelas coisas da vida. Tinha o primeiro grau completo. Vivia em uma união estável e tinha duas filhas pequenas. Foi admitida na maternidade, acompanhada pela cunhada, com diagnóstico inicial de abortamento incompleto. O procedimento solicitado foi à curetagem uterina. Sobre sua experiência de abortamento em ambiente hospitalar, a colaboradora revelou o seguinte tom vital:

Lá na maternidade me atenderam muito bem. Muito bem mesmo! [...] Só tem uma diferença. Lá na parte do pré-parto tem o pessoal para a gente conversar, desaparecer

mais um pouco. Lá na enfermaria não! A gente fica mais sozinha pensando no que aconteceu, e isso é muito ruim.

Rosa: Tinha 34 anos, vivia em união estável, cuidava do lar e tinha o segundo grau completo. Quanto aos antecedentes obstétricos já teve duas gestações, da primeira nasceu uma menina que tem quatro anos, a segunda culminou em abortamento, motivo de sua internação na maternidade. Era uma mulher calma de voz mansa e jeito carinhoso. Gostava de falar de sua filha e do desejo de ter outra criança. Foi admitida na maternidade acompanhada pelo esposo e pela sogra. As informações colhidas no seu prontuário sobre sua história clínica revelou o seguinte: amenorreia de três meses, dores no baixo ventre e sangramento vaginal com perda fetal. O diagnóstico inicial foi abortamento incompleto e o procedimento solicitado foi à curetagem uterina. Na sua narrativa o tom vital foi o seguinte:

Achei o atendimento muito bom [...] Eu me senti bem durante a internação. Eles tratam a gente muito bem [...] Mas acho que o médico que me atendeu deveria falar o que é que eu deveria fazer para engravidar e não perder mais. Mas ele não falou. Quais os cuidados que eu tenho que tomar para engravidar?, qual médico que tenho que procurar também? Mas não falaram não, e eu queria muito ter mais um filho.

● Revelando os significados das histórias

Para melhor compreender, por meio de suas falas, as percepções sobre a experiência de abortamento em ambiente hospitalar foi realizada a análise empírica das cinco entrevistas com as colaboradoras. Para tanto, identificou-se eixos temáticos a partir do tom vital dessas entrevistas, da leitura e do estudo do material produzido. Os tons vitais foram organizados, de acordo com os temas evidenciados, procurando atender aos objetivos propostos pelo estudo.

Nessa perspectiva, extraíram-se das narrativas os seguintes eixos temáticos: Percepção das mulheres sobre a experiência do abortamento; Percepção das mulheres com experiência de abortamento sobre o atendimento e a relação interpessoal.

● Percepção das mulheres sobre a experiência de abortamento

Estudos revelam que a experiência de abortamento para as mulheres é um momento muito difícil, independentemente de como ele ocorreu, se espontâneo ou provocado, podendo despertar sentimentos que marcam profundamente suas vidas.⁹⁻¹³

Para as mulheres que vivenciam o processo de abortamento, sua experiência é física,

emocional e social. Geralmente, elas expressam suas queixas físicas, buscando solução, entretanto com relação as suas vivências e sentimentos, é comum predominar o silêncio.⁸

Isto ocorre devido aos diferentes aspectos que envolvem a problemática do abortamento, incluindo questões de âmbito legal, moral, religioso, social e cultural, que normalmente impedem as mulheres com experiência de abortamento a expressarem seus sentimentos, sobretudo quando a experiência é de abortamento provocado.¹⁴

No caso do processo de abortamento induzido a culpa, a depressão e a psicossomatização são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres, indicando quão profundamente o aborto às sensibiliza, fazendo-as sofrer física e emocionalmente.⁹

Dessa maneira, ao ser atendida em um serviço de saúde, a mulher em processo de abortamento pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente.⁸

Sobre essa questão, Girassol revelou o seguinte:

[...] fui bem atendida, bem recebida na maternidade [...] Mas não é sempre assim como aconteceu comigo. Tem médico que massacra muito as mulheres por conta disso, né? Pensa que é aborto provocado. Mas, graças a Deus comigo não aconteceu isto! Mas, tem mulheres que sofrem muito por conta disso [...] (Girassol).

Percebe-se no depoimento da colaboradora Girassol que é do conhecimento das mulheres a realidade de que muitas vezes a problemática do abortamento é encarada nos serviços de saúde de maneira discriminatória e desumana, o que conseqüentemente poderá despertar sentimentos de medo e vergonha nas mulheres em processo de abortamento, retardando a busca de cuidado em ambiente hospitalar.

Diferentes situações conferem algumas especificidades diante da experiência de abortamento para cada mulher, tais como idade, presença ou não do parceiro, condições de moradia, fatores socioeconômicos, religião, distância do marido que trabalha fora, desejo ou não de ter o filho.¹⁴

Os discursos das colaboradoras Violeta e Rosa revelaram suas percepções sobre a experiência do abortamento:

Este tipo de experiência é ruim, não gostei de jeito nenhum. Porque a gente sofre [...] Eu fiquei muito nervosa quando cheguei,

muito nervosa mesmo [...] Esta experiência foi muito difícil para mim. Muitas vezes deu vontade de desistir, me deu vontade de ir embora. Toda noite eu chorava querendo ir embora e nada [...] (Violeta).

Durante este acontecimento eu não estava com medo, só estava meio triste! Porque tinha perdido [...] Fiquei muito triste [...] eu não sabia que estava grávida [...] (Rosa).

A análise dos discursos das colaboradoras Violeta e Rosa nos permitiu apreender que a experiência de abortamento gerou sentimentos como tristeza, sofrimento, dor, perda, medo, nervosismo e desespero. Assim, é de suma importância que os profissionais dos serviços de saúde que atendem mulheres em processo de abortamento sejam capacitados a adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia com estas mulheres. A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposições de valores, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos essenciais do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Portanto, diante de todas as implicações que influenciam a realidade da questão do abortamento em todo o mundo¹³, é imprescindível que durante a assistência prestada às mulheres em situação de abortamento, sejam valorizados, sobretudo o acolhimento e a orientação, os quais são elementos essenciais para uma atenção de qualidade e humanizada.

• Percepção das mulheres com experiência de abortamento sobre o atendimento e a relação interpessoal

No atendimento às mulheres em processo de abortamento, é importante o reconhecimento de que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos ao acolhimento, à orientação e à humanização.

O acolhimento é aqui compreendido como o tratamento digno e respeitoso, o qual inclui a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o direito de decidir de mulheres e homens, assim como, o acesso e a resolutividade da assistência. Já a orientação exige o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.⁸

Quanto à atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento, é essencial à existência de uma abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade e a dignidade da pessoa humana, não se

permitindo qualquer ato de discriminação ou restrição do acesso à assistência à saúde.⁸

Neste estudo, quando indagadas sobre o atendimento durante a hospitalização, as colaboradoras Rosa e Azaléia responderam o seguinte:

Fui bem atendida, bem recebida na maternidade [...] Eles me atenderam muito bem [...] Eu me senti bem durante a internação [...] Graças a Deus, eles tratam a gente muito bem! [...] (Rosa).

Quando eu fui à maternidade, foi tudo bem [...] E também na curetagem os profissionais foram legais comigo [...] Gostei muito, muito do atendimento [...] Não demorou muito tempo para ser atendida [...] (Azaléia).

Nessas falas, Rosa e Azaléia consideraram o atendimento durante a internação como uma experiência boa. Pode-se perceber que Azaléia relatou o atendimento emergencial rápido como fator que qualificou a assistência. Esse aspecto de não demorar no atendimento as mulheres com diagnóstico de abortamento torna-se positivo, pois considerando a situação delas como de emergência, quanto mais rápido elas receberem o atendimento adequado, menores serão os riscos de complicações. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, destaca que a atenção tardia ao abortamento e as suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres.⁸

Além disso, vale considerar que outros estudos relacionados ao atendimento prestado às mulheres com história de abortamento em ambiente hospitalar já revelaram a demora do atendimento como forma de preconceito e discriminação a este público específico.^{9,14,15} Portanto, o fato de algumas colaboradoras desse estudo afirmarem ter gostado do atendimento, já demonstra certa progressão na questão do atendimento à mulher com história de abortamento na maternidade escolhida, não havendo nenhum relato de preconceito e discriminação durante o atendimento.

Contudo, as colaboradoras Magnólia e Rosa relataram demora de atendimento no dia de receber a alta hospitalar, como podemos analisar nas seguintes falas:

Só uma coisa que não gostei foi o fato do médico ter se esquecido de ir assinar minha alta hospitalar, no outro dia. Ele apenas passou pela enfermagem, nem olhou para mim nem para as outras mulheres. Por conta disso, fiquei até 11h00min da manhã esperando esse médico chegar, e no fim, nem recebi o atestado médico para entregar no meu trabalho [...] (Magnólia).

[...] achei que a médica demorou muito para chegar no dia que eu recebi a alta. Ela só chegou lá pelas 10h30min da manhã. Meu marido veio desde cedo me buscar e não dava certo. Ele foi e voltou duas vezes, porque estava trabalhando. E no fim quando a médica chegou só fez assinar o prontuário e pronto, foi embora, mal falou comigo [...] (Rosa).

As situações aqui apresentadas nos fazem refletir sobre a essência do verdadeiro ato de cuidar e de sua importância na vida do ser humano. Já que se constatou por meio dos relatos das colaboradoras, aspectos da falta de um cuidado integral e de qualidade prestado a elas, como se observa em trechos das falas das colaboradoras Magnólia e Rosa, nos quais revelaram que os médicos mal falaram ou olharam para elas durante o momento da visita, demonstrando, portanto, total falta de atenção.

Assim sendo, os profissionais do cuidado, devem estar aptos para lidar com este tipo de realidade e desfazer do próprio modo de pensar por um instante ao lidar com pessoas tão diferentes, pois só assim consegue-se ajudar, livres de preconceitos, melhorando substancialmente a qualidade da assistência.¹⁶

Nesse contexto, percebeu-se que o relacionamento interpessoal aconteceu com maior evidência quando os profissionais realizam um procedimento técnico; somente nesses momentos, os profissionais se aproximavam, tocavam e olhavam. Porém, nessa situação, os profissionais muitas vezes não aproveitam a oportunidade de associar, a isso, atitudes psicológicas visando ao relacionamento efetivo e afetivo.

É importante refletir que o cuidar é mais que um ato, vai mais além que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, consiste em uma atitude que exige ações como atenção, responsabilidade, interesse com o bem estar, preocupação para com o próximo.

A conscientização do significado do ato de cuidar é necessária para interagir com a pessoa hospitalizada, pois esta não deve ser considerada apenas um número ou uma patologia a ser tratada, mas sim, um ser humano, que necessita de cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou alguns aspectos importantes quanto ao modo que se estabeleceu a relação interpessoal entre as mulheres em processo de abortamento e os profissionais do cuidado em uma maternidade pública do município de João Pessoa - PB.

Compreende-se aqui que para os profissionais da área da saúde é fundamental

saber lidar com as pessoas, pois esta atitude implicará diretamente na qualidade da assistência prestada.

A análise das falas das colaboradoras Rosa e Azaléia revelou que estas consideraram o atendimento que lhes foi prestado como bom. Entretanto, as participantes Girasol e Violeta ressaltaram em muitos momentos de seus depoimentos, situações que nos fazem refletir sobre a dimensão da qualidade da assistência que foi prestada a estas mulheres, de acordo com o que se espera de um processo de cuidar humanizado.

As falas das colaboradoras Magnólia e Rosa revelaram ainda, algumas situações que demonstraram falta de um cuidado integral, holístico, que busque enxergar as necessidades do ser cuidado por meio de uma visão mais ampla, além de seu problema de saúde.

Observou-se também, que o relacionamento interpessoal que se estabeleceu entre as mulheres em processo de abortamento e os profissionais do cuidado ocorreram com maior evidência durante os procedimentos técnicos. Contudo, nessa situação, não se percebeu interesse por parte dos profissionais de saúde de criar vínculos com as mulheres visando buscar alternativas que as auxiliem a resolver os seus problemas.

De acordo com estas análises, é importante que os profissionais do cuidado reflitam sobre suas posturas durante o processo de cuidar, resgatando suas formações humanísticas, valorizando mais a pessoa humana, por meio da adoção de condutas para uma assistência mais empática.

REFERÊNCIAS

1. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. Rev panam salud publica [Internet]. 2004 Jan [cited 2009 Oct 13];15(5):331-6. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/22006.pdf>
2. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município de Serra - ES. Rev bras epidemiol. [Internet]. 2007 Nov [cited 2009 Oct 20]; 10(4):615-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v10n4/18.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência. Relatório. Aborto e Saúde Pública: 20 anos de pesquisas no Brasil. Brasília. [Internet]. 2008 Jan [cited 2009 Nov 22]. Available from:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf

4. Rocha MIB, Barbosa RM. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. Campinas: Núcleo de Estudos de População - Nepo/Unicamp [Internet]. 2009 Oct [cited 2010 Jan 27]. Available from:

<http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/aborto/aborto.pdf>

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

6. OMS. Organização Mundial da Saúde. International Women's Health Coalition. Abortamento seguro: orientação técnica e política para os sistemas da saúde [Internet]. Campinas, SP: Cemicamp; [Internet]. 2004 Aug [cited 2010 Feb 03]. Available from: http://www.iwhc.org/storage/iwhc/documents/abortamento_seguro_cap.1-4.pdf

7. Camano L, Souza E, Sass N, Mattar R. Guias de medicina ambulatorial e Hospitalar. Unifesp - EPM - Obstetrícia. Campinas: Manole Ltda; 2005.

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Norma técnica de atenção humanizada ao abortamento. Brasília: MS; 2005.

9. Mota IS. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: o olhar da mulher. Rev bras saúde matern infant [Internet]. 2005 [cited 2010 Feb 10]; 5(2):219-28. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a11v05n2.pdf>.

10. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5 ed. São Paulo: Gente; 1996.

11. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

12. Meihy JCSB. Manual de Historia Oral. São Paulo: Loyola; 2005.

13. Bazotti KDV, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. Texto & contexto enferm [Internet]. 2009 Jan-Mar [cited 2010 Mar 02];18(1):147-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a18.pdf>

14. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. Rev esc enferm USP [Internet]. 2003 [cited 2010 Mar 05];37(2):59-71. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/08.pdf>

15. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad saúde pública [Internet]. 2008 Nov [cited 2010 Mar 05]; 19(Sup.2):399-406. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>.

16. Fonseca EFR, Santos IMM. Loss of a life: women's perceptions post-abortion. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2009 [cited 2010 Apr 14];3(2):301-8. Available from:

http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/295/pdf_869

Submissão: 16/07/2012

Aceito: 11/12/2012

Publicado: 01/02/2013

Correspondência

Ana Lúcia de Medeiros
Rua Juiz Arnaldo Ferreira Alves, 126
Jardim Cidade Universitária
CEP: 58052-315 – João Pessoa (PB), Brasil