

## A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher"

### *The relationship between health professionals and the woman in the incomplete miscarriage: "the look of the woman"*

Ilse Sodré da Motta <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Escola de Enfermagem de Manaus. Universidade Federal do Amazonas. Rua Teresina, 495. Adrianópolis. Manaus, AM, Brasil. CEP: 69.057-070. E-mail: sodredamotta@aol.com

#### Abstract

*Objectives: to assess the quality of personal relationships between women enduring incomplete miscarriage and healthcare professionals during hospitalization.*

*Methods: exploratory case study using quality data analysis of women with incomplete miscarriage through observations and interviews from February to April, 2000.*

*Results: the personal relationship between client and professional is basically technical with no consideration of other female needs including the need for privacy and respect in the face of a problem many times not understood by healthcare professionals who during treatment are biased and judgmental in relation to the women under their care.*

*Conclusions: the practice of healthcare professionals reflect the need to consider psychological and social issues in addition to biological ones, compatible with a more humane attitude desired by healthcare professionals in different proportions.*

**Key words** *Incomplete abortion, Professional practice, Professional-patient relations, Women's health*

#### Resumo

*Objetivos: avaliar as características qualitativas da relação interpessoal entre os profissionais de saúde e a mulher com abortamento incompleto durante o atendimento hospitalar.*

*Métodos: estudo de caso exploratório, que se apóia na análise qualitativa de dados de mulheres de 15 a 30 anos, com diagnóstico de abortamento incompleto, utilizando-se observação e entrevista, durante o período de fevereiro a abril de 2000, em uma maternidade do Rio Grande do Norte, Brasil.*

*Resultados: a relação interpessoal entre cliente e profissional foi eminentemente técnica, desconsiderando-se os demais aspectos que integram o ser feminino. Além da necessidade de privacidade e respeito diante de um problema que muitas vezes não é compreendido, os profissionais de saúde, ao prestarem assistência, expuseram seus próprios preconceitos e julgamentos negativos acerca da mulher sob seus cuidados.*

*Conclusões: a prática do profissional de saúde demonstra a necessidade de assumir-se um posicionamento em que, além dos aspectos biológicos, sejam levados em conta os elementos de ordem psicossocial, compatíveis com a almejada humanização da assistência à mulher.*

**Palavras-chave** *Aborto incompleto, Prática profissional, Relações profissional-paciente, Saúde da mulher.*

## Introdução

O mundo que busca o próprio indivíduo, carregado de egoísmo, tende a esquecer o ser. Porém, é reconhecido que qualquer ação humana precisa ser direcionada, no sentido da valorização do indivíduo, em qualquer contexto no qual se encontre.<sup>1</sup>

As relações interpessoais no âmbito da vida hospitalar são, até certo ponto, superficiais. O foco da atenção parece ser o problema da saúde do indivíduo, e não o indivíduo-pessoa. Há profissionais competentes nos procedimentos técnicos, mas com dificuldade em interagir com os clientes, principalmente se esses apresentam problemas de saúde estigmatizantes. Tende-se a ficar mais distante quanto mais evidente é o estigma do outro.<sup>2</sup>

O tema aqui estudado trata das relações interpessoais entre as mulheres com abortamento incompleto em situação de hospitalização e os profissionais de saúde. De acordo com Silva,<sup>2</sup> não há como separar o emocional do fisiológico quando o assunto é o ser humano, pois a recuperação do cliente não depende exclusivamente de fatores bioquímicos, mas sim, do quanto ele se sente aceito ou rejeitado, à vontade ou constrangido, enquanto hospitalizado. Assim, os profissionais necessitam levar em consideração tais aspectos quando estabelecem uma relação interpessoal durante a assistência.

O processo do abortamento põe em risco a vida da mulher, expondo-a a intercorrências em sua saúde, com repercursões no âmbito biopsico-sócio-espiritual. 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 as atendem e que são participantes do contexto social, no qual permeiam atitudes negativas acerca do abortamento.

O presente trabalho foi realizado visando dar continuidade a outro, com a temática: "Abortamento: características das mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento numa maternidade escola do município de São Paulo".<sup>3</sup> Esse é um grupo a ser analisado em pesquisas, pretendendo uma atuação mais próxima dos profissionais junto à clientela, dadas as suas atitudes distintas com relação às mulheres parturientes e às que induzem o abortamento. Observa-se uma expressão de preconceito, até certo ponto velado, pois, quando o profissional presta assistência, chega não apenas com a habilidade técnica, mas com valores, princípios, sentimentos e crenças que se tornam explícitos no decorrer da assistência.

A introdução do tema das relações interpessoais, junto às mulheres em abortamento incompleto, salienta a real necessidade de os profissionais de

saúde atuarem aplicando os conhecimentos dessas relações na prática diária, para uma melhor qualidade da assistência

Através dos estudos das relações interpessoais pretendemos conhecer as características qualitativas da inter-relação entre o profissional de saúde e a mulher em abortamento incompleto, durante atendimento hospitalar, como também, perceber através da captação, análise e interpretação das falas das mulheres, a forma como é estabelecida aquela inter-relação.

O termo abortamento incompleto, neste estudo, refere-se ao processo de abortamento induzido ou ocasionado pela mulher, conforme os diagnósticos médico-hospitalares na instituição onde o mesmo foi realizado.

### O problema do abortamento provocado pela mulher

O processo de abortamento incompleto deixa marcas indelévels. A culpa, a depressão e a psicossomatização são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres, indicando quão profundamente o aborto as sensibiliza, fazendo-as sofrer física e emocionalmente.<sup>4</sup>

Tais marcas poderão agravar-se em decorrência de uma assistência despersonalizada e marcada por ações, relações e reações preconceituosas. A literatura refere-se à falta de um relacionamento terapêutico e humanizado entre o cliente e os profissionais de saúde, ocasionando uma assistência mecânica, fragmentada e centralizada nos aspectos técnicos, deixando de lado o cuidado humano.<sup>5</sup>

Constata-se isso quando, na prática da enfermagem obstétrica de atendimento às gestantes em maternidades públicas ou, assistindo-as na admissão, no pré-parto ou no parto, ocorrem algumas dificuldades na interrelação das clientes e a equipe de saúde. O constrangimento pode ser verificado durante o atendimento, transparecendo, em alguns profissionais, preconceitos pelo fato de perceberem indícios de as mulheres terem induzido o próprio abortamento. Silenciosas, elas não falam muito sobre o que lhes ocorreu, e, quando o fazem, justificam-no frequentemente como resultado de acidentes, como quedas, por exemplo.

Os profissionais, por sua vez, parecem não saber lidar com a mulher, o que se manifesta pelo atendimento com indiferença ou através de expressões de raiva e julgamento, tais como: "*Tenho raiva da mulher que aborta, mas mesmo assim atendo*"; ou "*Gostou quando fez, agora vem dá trabalho!*". O contato dos profissionais é direcionado ao aspecto

físico, sem, contudo, se conscientizarem da mulher como ser integral que possui uma história pessoal, buscando solução para um problema de saúde que não se limita apenas ao fato biológico.

É provável que isso se deva à formação profissional, em cujas estruturas curriculares preponderam as abordagens biológicas; o lado humano, como ser integral, com seus componentes psíquico, social e espiritual, muitas vezes não é valorizado. Desconsiderar esses outros aspectos, pode evidentemente acarretar limitações no processo do atendimento.

Albrecht,<sup>6</sup> identifica sete posturas de comportamento que representam os pecados na prestação de serviço, cinco das quais são considerados relevantes para o presente estudo. São elas: apatia, frieza, dispensa, condescendência, automatismo. Delas pode-se sintetizar que os erros mais evidentes cometidos na assistência estão permeados pelo tratamento impessoal, frio, formal, distante, e atitude de pouco interesse. Transfere-se, por vezes para outro profissional, a responsabilidade do paciente, obrigando-o a aguardar, e vendo-o, apenas, como mais um caso a receber atendimento. Acrescido a isso, encontram-se os tabus, os preconceitos, os valores e as crenças que fazem parte da cultura, e que afetam a atuação junto à clientela.

Daniel<sup>7</sup> comenta que é habitual observar profissionais eficientes no desempenho do seu trabalho, mas apáticos, indiferentes, quando não rispídos, intolérantes, na sua comunicação.

Muitas vezes, é através da conversa de assuntos gerais que a pessoa "ajudada" sente mais liberdade em expressar os pensamentos e emoções mais íntimas.<sup>7</sup> Portanto o contato interpessoal deve ser visto como elemento insubstituível ao lado de qualquer recurso mecanizado ou instrumental.

A conduta ética poderá ser notada no respeito, nas palavras, na forma de falar e nas atitudes com o outro. É importante que os profissionais de saúde encarem essa clientela como um grupo especial e que os parâmetros de atenção a ela, sejam sem censura, sem recriminação ou descortesia, proporcionando uma postura mais humana e menos estigmatizadora. Assim, os conceitos relevantes para os profissionais de saúde na assistência, são a relação terapêutica e a boa comunicação no contato interpessoal.

O relacionamento terapêutico é um processo, que abrange procedimentos técnicos, orientados por métodos sistemáticos, numa seqüência permanente de passos reproduzindo-se com regularidade em participação conjunta e objetivando uma meta de saúde.<sup>7</sup>

Esse processo pode ser implementado da seguinte maneira: a) comunicação e interação; b) afinidade quanto ao atendimento das necessidades básicas; c) conhecimento e co-participação; d) compreensão; e) aceitação; f) interesse; g) estabelecimento de confiança; h) empatia; i) aprendizagem.<sup>7</sup>

É por meio da interação terapêutica, que, segundo Stefanelli<sup>8</sup> se identificam os problemas do cliente em relação à experiência vivida no momento, podendo determinar os objetivos da assistência do profissional. Diante do cuidar, o relacionamento interpessoal possui características terapêuticas, significando isso, que a interação está direcionada a promover a conservação, a melhora e a restauração da vida por meio do envolvimento emocional e do uso de atitudes próprias de tratamento.<sup>7</sup> Essas atitudes são empregadas para designar o estado mental e a disposição interna do cuidador, expressas pelo modo de ser e por ações de ajuda terapêuticas. Essas atitudes se caracterizam pela demonstração de cortesia, interesse, bondade, empatia e calor humano.<sup>7</sup>

A comunicabilidade, um dos atributos mais notáveis do ser humano, é a "... *necessidade inata que torna possível manifestar ou exteriorizar o que se passa na vida interior.*" e *comunicação é "... um processo de dar e receber, que mobiliza todas as ações humanas.*" (Daniel; 1983: 65).<sup>7</sup> Com a habilidade de comunicação, o homem cresce em conhecimento, tem as necessidades próprias satisfeitas, consegue transmitir sentimentos e pensamentos, esclarece, interage e passa a conhecer o que os outros pensam e sentem. Stefanelli<sup>9</sup> comenta que, se a comunicação permite à pessoa a satisfação das necessidades, essa terá condições de manter um relacionamento interpessoal adequado. Assim, podemos inferir que, se o profissional possui habilidade de comunicação, terá a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal positiva ao interagir com a clientela.

Daniel (1983: 77)<sup>7</sup> cita algumas formas de comunicação que podem ser prejudiciais ao processo:

*"... Rejeitar as pessoas por ações ou palavras; ser rispido, apressado; começar a falar antes que outra pessoa termine de expressar-se; completar as fases das pessoas; fazer comentário julgador sobre os pontos de vista da pessoa; exigir explicações; testar; fazer pouco caso da comunicação do outro; menosprezar; monopolizar a conversa; disfarçar a verdade ou contar a verdade 'nua e crua'; chamar a pessoa de nomes jocosos, ou de 'tia', 'avó' entre outros; ser indiferente, apático e desinteressado."*

Assim, a promoção do cuidado em saúde compreende etapas processuais, habilidades psicossociais e de comunicação que dão qualidade à relação durante o ato de cuidar.

Desta maneira, privilegia-se a experiência das mulheres como autoras da sua história, buscando conhecer a realidade quanto ao relacionamento entre as pessoas durante a hospitalização.

O objetivo geral do presente estudo foi conhecer as características da relação interpessoal entre a mulher com abortamento incompleto e os profissionais de saúde durante o atendimento hospitalar, e mais especificamente descrever o processo de atendimento, a percepção da mulher sobre aquela relação e identificar as suas opiniões sobre a qualidade da assistência recebida.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva<sup>10</sup> com uma amostra constituída de 17 mulheres atendidas de janeiro a fevereiro de 2002 na Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, com diagnóstico de abortamento incompleto, submetidas ao procedimento de curetagem uterina. Foram os seguintes os critérios de seleção: alta registrada no prontuário, condições de deambulação; alimentação e higiene pessoal; estabelecimento de contato prévio que favorecesse uma aproximação antes da entrevista, e consentimento livre e esclarecido para participarem do estudo. Foi resguardado o anonimato, o sigilo e a privacidade das falas das mulheres entrevistadas.

Foram utilizados entrevista semi-estruturada, gravada em fita cassete, roteiro de pesquisa e observação sistemática associada ao diário de campo.<sup>11</sup>

Os prontuários das participantes também serviram como fonte de dados de identificação, havendo, portanto, triangulação na obtenção dos dados.

Durante quatro dias, foi observado todo o percurso do atendimento à mulher em processo de abortamento incompleto, com o intuito de traçar o melhor trajeto para a coleta de dados, identificando as possíveis participantes do estudo, bem como fazendo a aplicação do pré-teste da coleta de dados.

Durante a espera para a curetagem já se estabelecia um contato, com a enfermeira, que anotava os dados pessoais, procedência, história clínica e diagnóstico da mulher. Algumas aproveitavam para tomar informação sobre algo relacionado com o que lhes iria acontecer e tiravam dúvidas quanto ao procedimento e ambiente em que se encontravam.

Para a pesquisa foi realizada uma entrevista por dia.

Para a análise escolheu-se o método qualitativo, utilizando-se a análise de conteúdo, de acordo com Gomes.<sup>12</sup> Esse processo foi empreendido após as transcrições das fitas gravadas durante a entrevista.

Para a criação das categorias, partiu-se das falas das participantes, analisando, conforme proposto por Martins e Bicudo,<sup>13</sup> quatro momentos, a saber: a) leituras dos conteúdos; b) marcação e identificação das unidades de significado contidas nas falas, dando uma codificação de relevância, segundo os objetivos; c) agrupamentos dos significados relevantes, de forma a classificá-los; d) síntese das classificações, de modo a esclarecer a visão das mulheres sobre as relações interpessoais entre elas e os profissionais de saúde durante hospitalização, resultando na identificação das categorias.

Durante a interpretação, procurou-se reduzir a influência de todo o referencial teórico paradigmático. Reconhecendo, segundo Machado,<sup>14</sup> a impossibilidade de fugir de uma postura pessoal prévia, as categorias obtidas foram interpretadas à luz dos estudos das relações interpessoais. As relações foram entendidas a partir do contexto que as geraram, vividas no cotidiano das interações travadas no ambiente hospitalar.

## Resultados e Discussão

### Processo de atendimento à mulher

As mulheres participantes estavam entre 15-30 anos, 11 eram solteiras e 8 se enquadravam como primigestas. Os dados confirmam que o fenômeno "abortamento" ocorre com frequência em mulheres jovens em fase inicial de reprodução, como já constatado por Motta.<sup>3</sup> Chegavam para o atendimento entrando no setor por uma sala de recepção, cujo acesso é obstruído por um banco situado abaixo de uma janela estreita, o que dificultava a aproximação e comunicação com a funcionária. Nesse primeiro encontro eram orientadas a tocarem uma campainha e aguardarem o atendimento à porta. As auxiliares de enfermagem bolsistas faziam uma espécie de triagem e executavam as tarefas de enfermagem junto às mulheres, provocando mais retardo no atendimento devido à demanda. Percebeu-se que quando uma enfermeira assumia a triagem e o gerenciamento das atividades, a triagem ocorria de modo mais organizado, o atendimento fluía melhor.

### Na sala de preparo

Nesse local se realizava o exame e a admissão das clientes. O primeiro contato era com o profissional de saúde. Existiam três boxes, separados por uma divisória fina que não chegava ao teto, um banheiro e um espaço comum aos profissionais e à clientela, onde se processava o preenchimento dos formulários. Mesmo ultrapassando a medida mínima preconizada pelo Ministério da Saúde,<sup>15</sup> na Portaria 1884/94, o ambiente era restrito, pois era grande a demanda de clientes e o número de profissionais ocupando a sala.

O mobiliário não proporcionava bom relacionamento entre as pessoas. Havia casos em que o profissional interrogava a cliente do outro lado de uma mesa, o que é comum em atendimento. Silva<sup>2</sup> refere que a disposição da mobília no ambiente pode afetar o relacionamento das pessoas de forma positiva ou negativa. O posicionamento atrás da mesa estabelece uma relação negativa, pois confere competição, poder e defesa, como também ações separadas<sup>2</sup>.

O contato entre auxiliares de enfermagem e as mulheres envolvia o preenchimento dos dados pessoais; solicitação para retirarem a "roupa de baixo", deitarem para o exame médico; verificação da pressão arterial, temperatura, etc. Em caso de internação, encaminhavam a cliente ao banho, e a orientavam colocar uma bata própria da maternidade. Muitas vezes partes dos corpos das clientes ficavam expostas, por causa do formato da roupagem.

A equipe médica diária era composta por um médico docente, um médico residente em ginecologia e obstetrícia, e acadêmicos do sexto ano de medicina. Tanto o residente como os acadêmicos executavam o exame clínico gineco-obstétrico. Caso fosse indicada internação, era preenchida uma ficha com os dados pessoais e gineco-obstétricos anteriores e atuais. Por vezes faziam isso dentro do *box*, em situação mais reservada, durante o exame, outras vezes no ambiente comum a todos.

Foi observado um episódio, em que o acadêmico de pé, estando outras clientes no local, perguntou: "*Usou algo para abortar?*". Isso revela que o ambiente muitas vezes coopera com o profissional para que não se respeite a privacidade da vida pessoal da cliente.

A privacidade e o sigilo das conversas entre os profissionais e a clientela também ficavam comprometidos. Tudo o que era comentado entre o profissional e a cliente nesta sala, poderia ser escutado pelos que estavam no ambiente pois, no local transitavam pessoas, não ligadas ao setor, que o utilizavam como via de acesso à maternidade.

No processo de coleta de informações, alguns profissionais iniciavam um questionamento, e depois saíam sem aguardar a resposta, estando a cliente muitas vezes ainda deitada na mesa de exame ou se vestindo. Silva, discorrendo sobre isso, chama a atenção para que "*... quando fazemos perguntas, temos que esperar para ouvir as respostas*" (Silva; 1996: 39).<sup>2</sup>

Só em raras ocasiões foi observada uma explicação espontânea do profissional, no ato da interação ou posteriormente, com relação ao porque do jejum e como seria o procedimento da curetagem.

De um modo geral, os profissionais de saúde dessa maternidade eram identificados pela roupa privativa associada a um crachá. Dificilmente se apresentavam às clientes pelo nome. Em uma ocasião foi perguntado a uma cliente quem lhe havia atendido na sala de curetagem, e ela respondeu: "*... Aquela de azul*"

Em alguns momentos do atendimento foi observada a utilização do termo "tia" pelos profissionais de saúde ao dirigirem-se às clientes.

### No setor de parto

Nesse local, as mulheres esperavam o momento da curetagem uterina. Mesmo sendo internadas cedo da manhã, ocorria aguardarem o procedimento até ao meio-dia ou mesmo depois. Observou-se pouca conversa com a cliente. À medida que as clientes chegavam, ocupavam os dois leitos disponíveis, dando-se prioridade às mais debilitadas; as demais ao chegarem ocupavam cadeiras.

#### *A demora*

O procedimento da curetagem uterina era realizado quando da disponibilidade do anestesista, às vezes, ocupado noutras tarefas. Dependendo do tempo de jejum das clientes, e do tipo da ingesta, a curetagem só acontecia entre seis e oito ou mais horas de jejum. Esses fatores retardavam portanto a solução do problema de saúde da mulher.

#### *A despersonalização*

Na sala onde se procedia à curetagem, as participantes eram colocadas em posição ginecológica, às vezes aguardando algum tempo nessa posição.

O anestesista preparava as drogas anestésicas quando a cliente já se encontrava deitada na mesa, colocando-se à cabeceira. Como na sala de preparo, raramente chamava a cliente pelo nome ou identificava-se como profissional anestesista. Isso também

aconteciam com o residente e/ou acadêmico, quando da execução da curetagem.

Outro fato observado foi um profissional, ao procurar saber o nome da mulher, expressar-se da seguinte maneira: "*Quem é essa aí?*". Supõe-se que o curto período de contato entre esses profissionais e a cliente leve-os a não valorizarem a sua identificação pelo nome. Realmente na maioria das vezes, era só no momento da curetagem que entravam em contato com a cliente.

Durante a passagem de plantão no Setor de Parto, a equipe de enfermagem expressava-se da seguinte maneira com relação as clientes: "*São estas três curetagens, uma por AMIU*" (aspiração manual intra-uterina), "*... estão todas em jejum*". Isso revela mais uma vez a despersonalização das mulheres, a não-individualização, a não-particularização da assistência.

#### *O respeito*

Algumas vezes a sala de curetagem ficava com aproximadamente oito pessoas, número considerado elevado, levando as mulheres a demonstrarem constrangimento durante o ato da curetagem. Uma delas expressou: "*Todos esses aqui?*". Em outra situação, na qual se realizava o exame ginecológico, uma cliente falou: "*Tô com vergonha*", e a médica respondeu: "*... aqui todo o mundo é médico*". Cabe aqui uma reflexão, quanto à valorização do respeito à pessoa humana, sobre o direito da cliente permitir ou não que seu corpo seja contemplado por tantos, mesmo que esses sejam profissionais. Isso nos faz pensar que estamos preocupados com o "fazer", e não "como" estamos fazendo.

Miranda e Miranda<sup>16</sup> referem que a distância muito pequena pode significar uma invasão da intimidade da pessoa e um desrespeito a seu espaço ou território. Silva<sup>2</sup> cita três maneiras de se desrespeitar o território das pessoas: a violação a invasão e a contaminação. A primeira, exemplifica no presente contexto a demonstração de vergonha que a cliente expressou. As autoras comentam que a violação é a invasão com o olhar no ambiente hospitalar, o que ocorre com muita frequência. Citam um exemplo: "*... uma pessoa está fazendo um curativo na região mamária da paciente, chega outra e fica olhando, sem explicar para a paciente o que está fazendo lá*". Tal experiência de exposição do corpo no ambiente da maternidade não é raro, pois as mulheres de um modo geral estão vulneráveis à exposição.

#### *Na enfermaria*

No processo de retorno do efeito anestésico, a mulher tem oportunidade de repousar. São encaminhadas às enfermarias onde permanecem também as puérperas com seus recém-nascidos.

Nesse local, eram executados poucos procedimentos técnicos. No geral, ocorria a retirada da solução venosa, a verificação de pressão arterial e temperatura, e a administração de medicamento para dor, quando solicitado.

#### *O contato pessoal*

Havia pouca conversa entre profissionais e cliente, mesmo porque a cliente aparentemente procurava descansar e recuperar-se. No geral, o contato pessoal entre cliente e profissionais nesse ambiente se estabelecia quando da execução de alguma atividade técnica. Como eram poucos os procedimentos, o contato tornava-se restrito.

#### *Orientações da alta*

O tempo de permanência da cliente na enfermaria era curto. A alta estava baseada na condição de recuperação da cliente, a qual era rápida, na maioria, das vezes e na presença de algum acompanhante. As mulheres aguardavam a alta com ansiedade, pois com frequência ninguém da família e/ou do trabalho estava a par da sua internação.

Nesse período algumas mulheres expressavam necessidade de orientação, como demonstram as seguintes perguntas: "*... pode comer comida reimosa?*", "*... vou tomar remédio?*". Outras queriam saber como poderiam evitar a gravidez, depois da curetagem. Foi verificado que alguns profissionais durante a alta as esclareciam sobre dúvidas.

#### **Percepção das mulheres sobre o atendimento**

Foram levantadas três categorias nas falas das mulheres durante as entrevistas, que representam as suas percepções sobre a experiência vivida no transcurso da hospitalização. As categorias foram: o atendimento competente, o desrespeito à pessoa e suas subcategorias, e a presença do toque de conforto.

#### *O atendimento competente*

Quando indagadas sobre o atendimento durante hospitalização, as participantes responderam de maneira avaliativa, sem, no entanto, apontarem justificativas que transparecessem critérios de qualidade,

como mostram as falas a seguir: "... *atenção dos médicos*"; "... *cuida logo, cuida direto*"; "... *disponibilidade de "aplicar" (tratar; atender), conversar*".

Nessas falas, as mulheres consideraram o atendimento emergencial rápido e com competência, como fatores que qualificam a assistência na instituição.

Ávila<sup>17</sup>, investigando a opinião de mulheres sobre como gostariam de serem atendidas nos serviços de saúde, afirma que elas apontam: menor demora, mais delicadeza e competência por parte dos profissionais.

Aproveitando as palavras "*trata bem a pessoa*" e "*atende bem a pessoa*", enunciadas pelas participantes, foram formuladas perguntas complementares para um melhor entendimento. As mulheres indicaram os padrões de um bom atendimento da seguinte maneira: Trata bem quando: "... *dá carinho* ..." se conversa "... *deixa a pessoa à vontade, relaxada, tranquila ... com educação*". Atende bem quando: "... *olha pra você, e nota que você está com problema, vou ajudar essa pessoa por humanidade*"; "... *não fala aborrecido, não têm cara feia, é contente as pessoas faz 'conta de você' (sorriso, não deixa só, não despreza) ... muito doutor toma conta de mim, enfermeira*".

A atitude dos profissionais, demonstrada nas manifestações de atenção, amor, interesse, durante a hospitalização, foi destacada pelas participantes como importante no ato do cuidar. As suas falas confirmaram isso:

"... *atenção é o essencial, eu acho que é, porque tem certos lugares que a gente chega parece que até não chegou uma pessoa;*

... *tá interessada em salvar sua vida, ajeitar seu problema, não com ignorância*".

Percebe-se que o significado do tratar e atender bem para elas evidencia mais fortemente as atitudes interpessoais dos profissionais no momento do atendimento. Os depoimentos mostram maior valorização dessas, frente à conduta técnica dos profissionais.

Daniel<sup>7</sup> ressalta que a atenção e o amor são necessidades básicas psicossociais que devem ser supridas, e que, no "atender profissional", podem ser reveladas através das ações dos profissionais diante da assistência.

Um outro aspecto ressaltado pelas clientes é que não é suficiente, apenas, "ter" profissionais, mas que esses possam se responsabilizar em "tomar conta". Entende-se que essa expressão esteja transmitindo que, nesse momento de fragilidade física, psíquica e emocional das participantes, elas esperam que os profissionais dispensem o cuidado pleno, individualizado, sendo empáticos, interessados, compreensivos e amigos. Há necessidade de os

profissionais vivenciarem tais atitudes com o propósito de promover o bem-estar biológico, psicossocial, bem como espiritual no ato de cuidar.

As mulheres compararam o atendimento fazendo uma avaliação entre os setores pelos quais passaram. Suas falas revelam: "... *na entrada não foi nada bem, mas no final foi ótimo*"; "... *depois que eu subi foi ótimo*". Percebe-se, nessas falas, que as experiências referentes ao contato com o atendimento que receberam nesses setores foram diferentes, gerando momentos mais agradáveis em certos setores do que em outros. Pode-se inferir que tal fato esteja ligado ao próprio ambiente ou mesmo aos profissionais que as atenderam nesses locais.

#### *Desrespeito à pessoa*

As mulheres declararam que durante a realização dos procedimentos, em algumas ocasiões, os profissionais desrespeitam a pessoa. E comentaram:

"... *ela botou o termômetro aqui e, a menina foi fazer o toque*".

"... *a menina tava fazendo o toque, ela tava tirando a pressão, aí ela falou, relaxe. Aí ela tirou, acabou o toque, aí eu relaxei, aí ela falou, agora é tarde. Acho que ela podia ter tirado a pressão depois, não podia?*"

Há profissionais cuja atenção é direcionada para executar o procedimento técnico e, quanto mais rápido o faz, melhor. Mas, rapidez só é positiva, quando não fere o bem-estar da pessoa ajudada. Caso um dado comportamento profissional fira de algum modo quem recebe cuidados, é necessário repensar o modo de lidar com a clientela. Caberia ao profissional portanto desenvolver atitudes de empatia durante a situação, considerando empatia como "... *a capacidade de sentir o que se sentiria caso estivesse na situação e conseqüências experimentadas por outras pessoas*". (Daniel; 1983: 62).<sup>7</sup>

Outro aspecto ressaltado pelas mulheres foi relativa a repetição do toque vaginal.

"... *você chega aqui, têm que tocar novamente, para lá! Eu acharia que não precisava tocar de novo, num já vim encaminhada por um deles?*"

"... *examinou pra lá, pra cá, não sei se era aprendiz. Veio outro, isso machuca muito. Estavam machucando, tava batendo, tava doendo, e eu, pelo amor de Deus pára com isso. Hoje machucaram bastante*".

Ao referirem o toque vaginal como procedimento executado no atendimento, as participantes consideraram o momento do exame desagradável, como era de se esperar. Sabe-se que é um exame invasivo, porém necessário, utilizado para direcionar

o diagnóstico. No entanto, concorre para desvelar a privacidade da examinanda. Diante das circunstâncias do momento, a forma, e por meio de quem é executado, pode gerar dor, desconforto, incômodo físico, como também constrangimento. Descortina uma área íntima, deixando a mulher até certo ponto intranquã.

A presença de muitas pessoas no ambiente durante o exame vaginal concorre para que as participantes sintam vergonha e embaraço, como mostra o seguinte depoimento:

*"... achei estranho porque quando a gente entra, entram duas, três pessoas. Daqui a pouco a sala tá cheia. A pessoa fica com pouco de vergonha, ver tanta gente ali olhando. Tanta gente estranha, é homem, é mulher!"*

Como o estudo foi desenvolvido numa maternidade-escola, existe um grande contingente de acadêmicos. Muitos não levam em consideração o fato de as clientes sentirem-se envergonhadas enquanto servem de objeto ao aprendizado. A intenção junto à cliente, enquanto aluno, é aprender, extrair o máximo da oportunidade oferecida, mas isso não significa desrespeitar o direito das pessoas à privacidade.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem,<sup>17</sup> conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem - 160/93, diz o seguinte: *"Art. n.º 28. Respeitar o natural pudor; a privacidade e a intimidade do cliente; e o Código de Ética Médica",*<sup>19</sup> em resolução do Conselho Federal de Medicina n.º 1.246/88, também afirma: *"Art. n.º 63. É vedado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados".*<sup>18</sup>

Silva<sup>2</sup> aponta que no ambiente hospitalar, ao prestar assistência, a "distância íntima" do paciente só deve ser ocupada por pessoas que são próximas. Assim, não se deve descuidar do espaço pessoal que todos têm, e ao mesmo tempo estar atento aos sinais de defesa possíveis de serem observados nas pacientes.

## Conclusões

O estudo levanta alguns aspectos importantes quanto ao modo de os profissionais se relacionarem com as mulheres em abortamento incompleto. Como profissionais da área da saúde, é ponto fundamental saber lidar com pessoas.

A clientela chega ao serviço, coberta de sigilo, sentimento de culpa e medo, e se defronta com um processo de atendimento que se desenvolve em ambiente de expectativa.

As falas das mulheres, quanto à demora no atendimento emergencial, assim como, ao ambiente pequeno e apertado, leva à reflexão sobre a organização do atendimento. Se essas questões fossem melhor avaliadas, poderiam facilitar a própria dinâmica da atenção à mulheres.

Percebeu-se que o relacionamento interpessoal acontece com maior evidência quando os profissionais realizam um procedimento técnico; é quando se aproximam, tocam, olham. Porém, nessa situação, os profissionais muitas vezes não aproveitam a oportunidade de associar, a isso, atitudes psicológicas visando ao relacionamento efetivo e afetivo.

É valorizado pelas mulheres que os profissionais, nas suas relações interpessoais, transmitam aproximação humana vinculado aos procedimentos técnicos. Quanto a isso, Daniel,<sup>7</sup> refere o valor de associarmos este ingrediente, isto é, o "calor humano", a sua atividade técnico-científica, quando dirigidas aos pacientes, afirmando que é um trabalho que expressa arte e altruísmo. As participantes afirmaram que as atitudes profissionais de respeito, afetividade, interesse, têm o poder de melhorá-las psicologicamente. Tal afirmação ressalta a necessidade de se aplicarem, no cotidiano, atitudes terapêuticas, que se caracterizem pela demonstração de cortesia, interesse, bondade, empatia e calor humano.<sup>2</sup>

Do ponto de vista da prática profissional de saúde, este estudo mostra a necessidade de se assumir uma postura em que, além dos aspectos biológicos, levem-se em conta os elementos de ordem psicossocial. Esse posicionamento é compatível com a abordagem de humanização da assistência almejada com maior ou menor proporção pelos profissionais da saúde. Olivieri<sup>1</sup> comenta que o primeiro passo para o sucesso nas profissões relacionadas à saúde é ter uma boa compreensão do ser humano e das suas necessidades, atrelada à capacidade de comunicação indispensável para interagir com uma grande variedade de indivíduos em fases diferentes da vida. Deve o profissional de saúde cultivar a capacidade de relacionamento intersubjetivo, entre si e o paciente e, reforça o autor, só dessa maneira é possível interpretar o ser-doente.

É necessário compreender que estão sob a responsabilidade de um profissional, mulheres únicas, com experiências peculiares de vida. Às vezes apreensivas, temerosas, com receio de não serem atendidas ou, aceitas. Miranda e Miranda<sup>16</sup> comentam que as pessoas geralmente se sentem embaraçadas diante de seus problemas, por isso se escondem, têm medo de não serem compreendidas. Precisam de um instante para compartilhar, não apenas o fato biológico – "o abortamento" – mas



também os elementos subjetivos, ou seja, seus temores, suas dores, suas perdas.

Em suma, o assunto das relações interpessoais deve ser colocado ao alcance dos profissionais de saúde durante a formação profissional, sendo uma opção viável e necessária dentro do elenco das disciplinas dos cursos. Olivieri<sup>1</sup> afirma que os objetivos da formação do profissional de saúde dependem das necessidades da sociedade, e que, os planos de ensino nas universidades devem ser flexíveis, para permitirem a adaptação às alterações e exigências do meio.

Resgatar a formação humanística, tanto quanto a da capacitação em relacionamento interpessoal dos profissionais, são pontos básicos para a área da saúde, veiculando condutas para uma assistência mais empática. Dessa maneira, tratar-se-á de pessoas cuidando delas, preservando a excelência do relacionamento entre os profissionais e a clientela, que, segundo Manzolli,<sup>19</sup> é quando se contribui para o desenvolvimento da saúde daquelas mesmas pessoas.

## Referências

- Olivieri DP. O "ser doente": dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes; 1985.
- Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 5. ed. São Paulo: Gente; 1996. p. 15-82.
- Motta IS. Abortamento: características da população de mulheres submetidas à curetagem uterina pós-abortamento, assistidas numa maternidade-escola no município de São Paulo. [especialização]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1994.
- Osís MJD, Hardy E, Faúndes A, Rodrigues T. Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal. Rev Saúde Pública 1996; 30: 444-51.
- Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DE, organizadores. Maneiras de cuidar: maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Albrecht K. Revolução nos serviços. 2. ed. São Paulo: Pioneira; 1992. p. 55-6.
- Daniel LF. Atitudes interpessoais em enfermagem. São Paulo: EPU; 1983. p. 62-97.
- Stefanelli MC. Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente. Rev Esc Enferm USP 1986; 20: 161-83.
- Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robe; 1993.
- Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3. ed. São Paulo: Atlas; 1996.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
- Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes SF, Neto OC, Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 67-79.
- Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 2. ed. São Paulo: Moraes; 1994.
- Machado OVM. Pesquisa qualitativa: modalidade fenômeno situado. In: Bicudo MAV, Espósito VHC. Pesquisa qualitativa em educação. Piracicaba: UNIMEP; 1994. p. 35-46.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Normas e Técnicas. Manual de orientação para planejamento e programação. Projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF); 1996.
- Miranda CF, Miranda ML. Sintonizando: abrindo as portas da percepção. In: Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. 11. ed. Belo Horizonte: Crescer; 1999.
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Código de ética dos profissionais de enfermagem: resolução 160/1993. Brasília (DF); 1993.
- CFM (Conselho Federal de Medicina). Código de ética médica: resolução 1246/1988. Brasília (DF); 1988.
- Manzolli MC. Aspectos psicológicos na hospitalização. In: Manzolli MC. Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier; 1987. p. 49-58.

---

Recebido em 3 de fevereiro de 2004

Versão final apresentada em 4 de março de 2005

Aprovado em 29 de março de 2005