

MARGELI LUZIANO RIBEIRO

O CUIDADO ÀS MULHERES NO ABORTO PROVOCADO:
um olhar da enfermagem

Relatório de pesquisa apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orient^a: Prof^a. Dr^a. Marta Júlia Marques Lopes.

Porto Alegre

2008

Dedico este trabalho a minha querida filha Thais, pelo companheirismo nessa longa trajetória e por tudo que representa na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus(a), energia criadora do Universo e que nos permitiu estar aqui trabalhando para nossa própria evolução e também do coletivo que nos rodeia. Com a consciência de que ninguém cresce sem auxílio e que sempre envolvemos várias pessoas em nossa trajetória, gostaria de agradecer principalmente às pessoas que estiveram diretamente envolvidas com a construção deste trabalho, em especial às colegas do Hospital Fêmima que concordaram em participar com seu depoimento.

Agradeço também ao GEP/GHC que possibilitou a realização da pesquisa, em especial ao Rogério, sempre disponível em ajudar com a burocracia do processo!

Em especial, agradeço à minha orientadora, prof^a Dra. Marta Júlia, por ter me aceito em meio aos seus vários orientandos e ter compartilhado comigo um pouco do que admiro nela.

Com meu coração, agradeço à Tata, ao Cezar e à Vavá, por terem me ajudado na demorada tarefa de transcrição das entrevistas e também por terem me compreendido e suportado a minha ausência durante essa difícil “fase final” do curso. Também agradeço ao meu irmão Nelson por estar sempre pronto dar suporte técnico de informática!

Com admiração, agradeço à Enf^a Sílvia Tramontini, pela compreensão, incentivo e exemplo de conduta profissional que me inspiram.

Não poderia deixar de agradecer também às colegas da UTI Neonatal do hospital Fêmima, que compartilharam comigo a ansiedade desse período e por terem ajudado com as trocas de última hora. Em especial à Michele, Lisiane e Adelita, por serem exemplo de que no final tudo dá certo!

Finalmente, manifesto minha gratidão à Suzana, que carregou minha casa nas costas quando eu só fazia trabalhar, ler e escrever!

“Os problemas significativos que enfrentamos não podem ser resolvidos no mesmo nível de pensamento em que estávamos quando os criamos.”

(Albert Einstein)

RESUMO

Este estudo trata da assistência à mulheres que provocaram aborto, sob o olhar das trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Porto Alegre, RS. Trata-se de um hospital dedicado à mulher, com atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e referência para atendimento obstétrico, ginecológico e oncológico para o município de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado. O estudo tem por objetivo conhecer e analisar a abordagem terapêutica e os processos de trabalho relatados pela equipe de enfermagem, no atendimento à mulheres submetidas a procedimentos pós-aborto, na perspectiva da diretriz do acolhimento e do programa HumanizaSUS. A pesquisa teve abordagem qualitativa e partiu de entrevistas do tipo semi-estruturada com trabalhadoras de enfermagem que atuam na emergência e no centro obstétrico do referido hospital. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com abordagem temática. Foram categorizados aspectos relevantes para a abordagem terapêutica, agrupados nas temáticas que se seguem: concepções estruturantes da assistência; processo de trabalho: a ação nos serviços; organização do trabalho: as relações intra e inter-equipes; humanização e acolhimento. Foram discutidas: as práticas de cuidado em situação de abortamento; os novos referenciais relacionais aplicados no cotidiano do cuidado, bem como as dificuldades encontradas nesse tipo de atendimento. O estudo mostrou que as dificuldades relacionais resultantes do processo de trabalho fragmentado e as defesas utilizadas pelas trabalhadoras em relação à realidade que enfrentam influenciam na assistência à mulher no abortamento provocado. A falta de qualificação para o trabalho na assistência no abortamento e da compreensão da problemática do aborto no Brasil, igualmente contribui para o surgimento de julgamentos de valor e preconceitos que influenciam nesse tipo de atendimento. Os atributos e significados de humanização e acolhimento, embora base sustentadora para um novo modelo de atenção, ainda não estão plenamente presentes nesse tipo de assistência.

Descritores: Enfermagem, aborto, assistência, processos de trabalho

Abstract

This study deals with assistance to women that provoked abortion, under the gaze of nursing workers of a public hospital in Porto Alegre, RS. This is a hospital dedicated to women, with attendance exclusively by the Unified Health System (SUS), and reference to obstetric, gynecological and cancer care for the city of Porto Alegre, metropolitan region and the State. The study aims to understand and analyze the therapeutic approach and the processes of work reported by the nursing staff in the care of women undergoing post-abortion procedures, in the perspective of the hosting guideline and the program HumanizaSUS. The research had qualitative approach and left from semi-structured type interviews with nursing workers who work in the emergency and in the obstetric ward of the referred hospital. For analysis of the data was used the technique of content analysis with thematic approach. Relevant aspects to the therapeutic approach were categorized, grouped in the themes that follow: structuring concepts of the assistance; work process: the action in services, work organization: the relationships within and between teams; humanization and host. Were discussed: the practice of care in situations of abortion, the new relational references applied in the daily care, as well as the difficulties encountered in this type of attendance. The study showed that the relational difficulties resulting from the process of fragmented work and the defenses used by workers in relation to the reality they face influence in the assistance to women in the provoked abortion. The lack of qualification for the work in the assistance in abortion and of the understanding of the issue of abortion in Brazil, also contributes to the emergence of judgments of value and prejudices that influence in this type of care. The attributes and meanings of humanization and host, although supporting basis for a new model of care, are not yet fully present in that type of assistance.

Descriptors: Nursing, abortion, assistance, work process, work organization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	10
3 OBJETIVOS DO ESTUDO	16
4 METODOLOGIA.....	18
4.1 Tipo de estudo.....	18
4.2 Campo de estudo.....	18
4.3 Sujeitos do estudo.....	19
4.4 Coleta de dados.....	20
4.5 Análise dos dados.....	21
4.6 Aspectos éticos.....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	23
5.1 Concepções estruturantes da assistência.....	23
5.2 Processo de trabalho: a ação nos serviços.....	28
5.3 Organização do trabalho: as relações intra e inter-equipes.....	35
5.4. Humanização e Acolhimento.....	41
6 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....	45
REFERÊNCIAS.....	48
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados – Entrevista.....	53
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	54
ANEXO A - Carta aprovação UFFRGS.....	55
ANEXO B - Carta aprovação GHC.....	56

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado durante a administração da disciplina de TCC-2 e é requisito parcial para obtenção do título de enfermeiro, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O estudo aborda a assistência de enfermagem no abortamento provocado, discute a ação das trabalhadoras de enfermagem nesse tipo de atendimento e as relações intra e inter-equipes, no âmbito da política de humanização e da diretriz do acolhimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em voga e aquecido pela fomentação do debate em torno de sua descriminalização, o tema do aborto e sua prática merecem ser tratados como dilema que envolve vários campos de análise: jurídico, cultural-antropológico, psicológico, epidemiológico, de cuidados e de gestão em saúde. Trata-se de um tema polêmico e um grave problema de saúde pública que merece atenção, investimentos, assistência qualificada e que se justifica pelas características de suas estatísticas: o abortamento inseguro atinge principalmente as mulheres de mais baixa renda, baixa escolaridade e de raça negra (BRASIL, 2006b).

Mundialmente, como destaca a Organização das Nações Unidas (ONU), as taxas de nascimento elevadas estão associadas à pobreza endêmica, à instrução pobre e aos números elevados de mortalidade materna e infantil. Tais fatores levam a crer que a submissão a essa prática indica falhas no planejamento familiar e solução de última instância para o problema da gravidez indesejada. As Nações Unidas, em citação ao relatório do Banco Mundial, enfatiza que, dos 210 milhões de mulheres que se tornam grávidas no mundo anualmente, mais de 500 mil morrem durante a gravidez ou o parto. É fato também que, aproximadamente, uma em cada cinco dessas gestações resulta em aborto e dessas, sessenta e oito mil em óbito materno. Mais de cinco milhões ficam incapacitadas temporariamente (NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, 2007).

Lorea (2007) considera a problemática do abortamento inseguro própria das classes sociais menos favorecidas. Ele destaca ainda que o aborto, mesmo sendo prática ilegal, é uma realidade para a qual os diversos setores sociais envolvidos têm que se voltar. Em termos de saúde pública, precisa-se articular a realidade

salientada pelo autor, com a questão de que no Brasil as altas taxas de fecundidade estão associadas à renda per capita inferior (BRASIL, 2006b).

O estudo foi motivado pela inquietação provocada ao visualizar-se as dificuldades que enfrentam os profissionais de saúde na assistência às mulheres que se submeteram ao aborto, assim como a necessidade de avaliar a influência dos novos referenciais relacionais da política de humanização e da diretriz do acolhimento no cotidiano do cuidado a essas mulheres.

O estudo inicia com a elaboração da problemática que foi base para a reflexão construtora dos objetivos da pesquisa e segue com a descrição dos aspectos metodológicos e a análise dialogada com a bibliografia. Por fim, elabora-se as considerações conclusivas, buscando-se um olhar sintético sobre a análise.

2 A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

No Brasil em 2003, de acordo com os indicadores do SUS, o aborto foi a segunda causa de mortalidade materna (BRASIL, 2006b). Um número expressivo de internações hospitalares em decorrência de sua prática ocorre anualmente no Brasil: em torno de 250.000 internações, resultando num custo de 35 milhões de reais por ano. Vale salientar que esse número tem se mantido estável nos últimos dez anos, mas que diminuiu muito em relação ao início da década de 90, que era de 350 mil internações anuais (UERJ; IPAS, 2007). Essa mesma análise sugeriu o uso do misoprostol¹ como indutor da diminuição do número de internações, visto que esse vem se apresentando como a alternativa mais utilizada pelas mulheres que provocam o aborto (UERJ; IPAS, 2007). De acordo com essa pesquisa, que estimou para 2005 um número de um milhão e cinqüenta e quatro mil abortos realizados no país, foi salientado o fato de que as mulheres em situação de abortamento incompleto ou com complicações sentem constrangimento em procurar o serviço de saúde, o que pode gerar uma sub-notificação desse fenômeno. Há um aborto induzido para cada três nascidos vivos, índice considerado alto para os padrões de saúde pública (MONTEIRO; ADESSE, 2007).

A partir desses dados pode-se pressupor que fatores como preconceito e despreparo dos profissionais, além da falta de estrutura para esse tipo de atendimento específico dentro das instituições, podem estar influenciando no acesso das mulheres ao serviço de saúde para tratamento das complicações do abortamento e, conseqüentemente, influenciando nas taxas de mortalidade.

Detecta-se um avanço gradual, porém lento, no que se refere à igualdade de gênero, o que se reflete em mais riscos às mulheres que se responsabilizaram predominantemente pela anticoncepção e por gestações desejadas ou indesejadas. Silva (1996b) salienta a influência da igreja católica, majoritária entre os pobres e que, mesmo nesses tempos de AIDS, ainda se opõe ao uso de métodos contraceptivos. Revela ainda que entre os fiéis de uma determinada comunidade, as mulheres que optam pelo aborto confessam estar vivendo em pecado e entendem

¹ Droga que tem como um dos efeitos provocar contrações uterinas e assim induzir ao abortamento

que devem ser castigadas por tal atitude, condenando-se a si próprias. Quanto aos políticos, esses consideram que: “se mostrarem favoráveis ao aborto se constitui numa conduta profissional desastrosa” (SILVA, 1996). A autora refere ainda que, na sociedade latino-americana, a legalização do aborto não seria facilmente aceita, inclusive sendo refutada caso houvesse plebiscito. Mais recentemente, a ONG Católicas pelo Direito de Decidir (2006) apontou pesquisa do IBOPE, na qual os resultados foram:

[...] 76% dos católicos se mostram favoráveis ao aborto legal nos serviços públicos de saúde. O número chega a 75% para o quadro geral de brasileiros. Ao serem questionados moradores de capitais com renda superior a dez salários mínimos, o índice de aprovação chega a 83%.

Lorea (2006) também critica a influência da Igreja nas leis de um Estado que se diz laico, como o Brasil. Atenta também para o fato de que comprovadamente há divergência entre o pensamento da população católica e o discurso da hierarquia da Igreja e que o direito de diversidade deve ser garantido. Por fim, declara que não há obstáculo jurídico para a descriminalização:

Assim, não havendo obstáculo jurídico à descriminalização do aborto no país, resta aos legisladores reformar a lei vigente, para descriminalizar o aborto, atendendo os compromissos assumidos pelo Brasil perante organismos internacionais de proteção dos direitos humanos e assegurando a eficácia das liberdades laicas (p. 185).

Conforme Rocha (2006), “transformações mais profundas deverão estar associadas ao conteúdo da democracia, no que diz respeito aos avanços quanto à questão da igualdade nas relações sociais”, quando se refere à questão do aborto.

No Brasil, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) pode ser considerado uma alavanca para essas modificações no que concerne às questões de gênero e, mais especificamente, à do abortamento como prática que representa o interesse específico desse trabalho. Esse plano estabelece como prioridade: “Promover a atenção obstétrica, qualificada e humanizada, inclusive a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, visando reduzir a mortalidade materna, especialmente entre as mulheres negras” (BRASIL, 2004a). R

Recentemente, o novo PNPM, aprovado pela 2ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, estabelece como eixo prioritário as ações para a saúde das mulheres, direitos sexuais, reprodutivos e de autonomia sobre o corpo (VIEIRA, 2007). Encerrada no último dia 20 de agosto de 2007 em Brasília, a conferência recomendou a descriminalização do aborto em proposta aprovada pela maioria das

participantes e enviada ao poder executivo. Conforme o autor anteriormente citado, o executivo deverá encaminhar ao Congresso Nacional um projeto de lei autorizando a interrupção voluntária da gravidez até a 12º semana de gestação, por decisão das mulheres, e ainda até a 20º, se a gravidez resultar de estupro. Na mesma conferência foi reivindicado “tratamento qualificado e humanizado” na área obstétrica para as mulheres que se submeterem ao aborto, ainda que ele não esteja previsto em lei. Esses fatos apontam para a necessidade de atualização dos profissionais de saúde, a qualificação e o aperfeiçoamento da atenção com integralidade nesse campo da assistência.

Essa, no entanto, é uma questão complexa que necessita ser olhada de diferentes ângulos. No âmbito legal da questão, por exemplo, Rocha (2006), cita o código penal:

Nesse código, no capítulo intitulado "Dos Crimes contra a Vida" (e definidas penas) o aborto provocado pela gestante ou com seu consentimento (art.124) e o aborto provocado por terceiros - sem consentimento da gestante (art.125) ou com seu consentimento (art.126). Está ainda previsto o aumento das penas nas situações de abortamento induzido por terceiros quando, deste ato, resultar lesão corporal de natureza grave ou morte da gestante (art.127). Por fim, um único dispositivo (art.128) dispõe sobre a não punição da prática do abortamento quando provocado por médico: nas situações do denominado aborto necessário - se não há outro meio de salvar a vida da gestante - e do aborto de gravidez resultante de estupro (p.369).

Portanto, o aborto como questão complexa, não se esgota em práticas terapêuticas eficazes.

Um ponto importante a ser salientado no sentido de se avaliar o impacto nas estatísticas que ocorrem em virtude do aborto ser uma prática ilegal, é o fato de que apenas as mulheres das classes menos favorecidas procuram o sistema público de saúde para tratar as conseqüências da prática a que se submetem. Com efeito, nas classes sociais mais favorecidas as mulheres podem recorrer às clínicas clandestinas, nas quais se pode caracterizar essa prática como comércio de prestação de um serviço caro e, supostamente pelo preço cobrado, elas têm acesso a um atendimento de melhor qualidade, minimizando conseqüências adversas (LOREA, 2007).

Do ponto de vista das mulheres, pesquisa de Mariutti e Boemer (2003) indica manifestações importantes de dor, perda, tristeza, solidão e tratamento desconfortante quando hospitalizadas: Sentimentos de culpa, medo, preocupação

com o corpo e com a consciência, além do desejo de rever projetos de vida e da valorização de métodos de contracepção indicam um quadro complexo no qual a intervenção ética de enfermagem passa a ser obrigatória.

Em outra pesquisa realizada com pacientes internadas para curetagem pós-aborto, Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) revelam que a equipe de enfermagem atua de modo impessoal, havendo necessidade de cuidado que supere os procedimentos técnicos. Salienta também que o profissional não está isento do juízo de valor e que este juízo fica impresso no modo de cuidar, muitas vezes traduzido pelo descaso ou pela repetição de uma prática automática de atos, reproduzindo um saber técnico e burocratizado, o que contrasta com o conceito de cuidado, referido no mesmo trabalho:

O cuidado não deve se resumir em ações e intervenções em saúde, mas, antes, deve constituir-se no desenvolvimento de atitudes e em espaços de genuíno encontro intersubjetivo, do exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem se deixar resumir a ela; antes, deve promover um encontro entre cuidador e cuidado visando uma relação mais simétrica entre ambos (MARIUTTI, ALMEIDA, PANOBIANCO, 2007).

Rocha ao entrevistar Maria Isabel Baltar, professora da Universidade Estadual de Campinas, também chamou atenção para a violência institucional que vivenciam as mulheres, o que evidencia o contexto histórico de julgamento moral, por parte dos profissionais para com elas: “Às vezes ficam horas para serem atendidas, em sofrimento, porque médicos e enfermeiros querem que paguem pela opção, como uma forma de punição” (ROCHA, 2006). Tais dados corroboram a necessidade de abordagem do tema e o posicionamento adequado dos profissionais de saúde que assistem essas mulheres, no sentido de assegurar atendimento qualificado.

Recentemente, em resultado preliminar de compêndio unindo referências dos últimos vinte anos de pesquisa sobre aborto no Brasil, o Ministério da Saúde apurou o perfil da mulher que aborta no Brasil: a faixa etária que concentra o maior número de abortos é dos 20 aos vinte e nove anos, sendo que o aborto em adolescentes representa menos de 10% do total; 70% se dizem vivendo em situação conjugal estável ou segura e a maioria participa do mercado de trabalho. Com efeito, mais da metade declara utilizar algum tipo de método anticoncepcional, em particular o uso de anticoncepcionais orais e a maioria já tem filhos (entre 70,8 e 90,5%). Esses dados podem estar sinalizando o uso irregular ou equivocado da pílula e que o aborto é um instrumento de planejamento reprodutivo relevante quando há falhas ou

uso inadequado dos métodos contraceptivos. Das mulheres que declararam a indução do aborto, entre 50,4 e 84,6% se utilizaram do misoprostol, sendo que a aquisição ilegal da medicação é tarefa predominantemente masculina. A amplitude dos dados se deve à variação dos resultados das várias pesquisas compiladas no estudo, realizadas nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2008).

Além dos dados epidemiológicos, o mesmo estudo identificou brechas onde as pesquisas ainda não penetraram: sabe-se muito pouco sobre as questões simbólicas da mulher que aborta, sobre a tomada de decisão e sobre o impacto do aborto em sua trajetória reprodutiva ou em seu bem-estar. As questões religiosas são superficialmente analisadas nos estudos de base populacional (porém sabe-se que a maioria dessas mulheres são católicas) e suas ocupações são em áreas tradicionalmente femininas, como emprego doméstico, comércio e categorias informais como cabeleireiras e manicures ou estudantes (BRASIL, 2008).

Um dos consensos do estudo é o fato do misoprostol em conjunto com o acesso imediato às emergências dos hospitais ter modificado o panorama da morbimortalidade materna, reduzindo os riscos de óbito por hemorragias ou infecções. No entanto, sabe-se pouco a respeito do aborto em clínicas privadas, bem como das mulheres que residem fora dos grandes centros urbanos. Foram pouco exploradas também as seqüelas para os fetos por uso de misoprostol na tentativa de indução do aborto (BRASIL, 2008).

Não obstante, o fato dos estudos near miss (quase-óbito) indicarem que o aborto induzido ainda é importante causa de mortalidade materna, sendo identificado como antecedente em 40% dos casos, adicionado à tendência das mulheres em omitir casos de abortamento em virtude do medo de punição, mantém alerta a vigilância dos riscos à saúde que envolvem o aborto e mostra que a ilegalidade além de trazer conseqüências negativas para a saúde das mulheres, pouco coíbe a prática e perpetua a desigualdade social (BRASIL, 2008).

Paralelamente, as complicações do abortamento são emergências comuns e a atenção é freqüentemente precária, feita através de métodos improvisados e artesanais que podem resultar em seqüelas graves e riscos de vida (PINTO, 2007). Embora o cuidado hospitalar seja ainda centrado nas necessidades físicas, para as pacientes é um momento difícil, que inclui medo de julgamento, ambivalência frente

à decisão, culpa, dor física e psicológica, além da necessidade de apoio familiar muitas vezes inexistente.

Opondo-se a essa realidade e no intuito de modificá-la, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Nesse ínterim, por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004b).

Dentro da PNH, o Acolhimento aparece como diretriz, propondo um novo modo de operar os processos de trabalho com mudança nas relações profissional/usuário, com a introdução dos significados de responsabilização e resolutividade, ampliação da capacidade de escuta e pactuação de respostas mais adequadas aos usuários. Esse novo modo de pensar e produzir as ações de saúde objetiva a substituição das ações pontuais e isoladas, descomprometidas com responsabilização e formação de vínculo (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, o "antigo" modo de se produzir saúde, com foco no procedimento e na doença em detrimento do sujeito e suas necessidades, é considerado uma "lógica perversa", com conseqüências para trabalhadores e usuários, tornando o processo de trabalho solitário e fragmentado.

Lógica essa, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, menor qualidade da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, e não inclusão dos saberes que os usuários têm sobre sua saúde, seu corpo e seu grau de sofrimento. (BRASIL, 2004b, p.8)

Especificamente em relação à problemática do aborto, foi publicada em 2005 a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que tem por objetivo representar um guia de apoio para os profissionais e os serviços de saúde, introduzindo novas abordagens no acolhimento e atenção com base nas necessidades das mulheres em processo de abortamento. Além disso, fornece respaldo para a equipe de saúde nas questões relativas a aspectos clínicos, éticos e jurídicos desse tipo específico de assistência, buscando assim assegurar a saúde e a vida (BRASIL, 2005).

A partir desse panorama, constitui-se o objeto de estudo desse trabalho conclusivo. Essa problemática fez parte de meu cotidiano de trabalho como Técnica de Enfermagem em uma emergência de hospital público que acolhe mulheres que

se submeteram ao aborto. Identifiquei e me envolvi com as dificuldades vivenciadas por pacientes e profissionais, anteriormente à implantação da relativamente nova política de humanização. Percebi também os reflexos dessas dificuldades na implementação da terapêutica, na abordagem e no exercício do cuidado a essas mulheres por parte desses profissionais. Por outro lado, avalio que o aborto se caracteriza como problemática de saúde pública, para o qual nossa atenção, enquanto enfermeiros, precisa estar voltada, já que a presença junto a essas mulheres nos torna interlocutores privilegiados para assistir com integralidade, considerando a complexidade desse evento nas suas vidas.

Pelo fato de ser uma prática ilegal e moralmente condenada por vários setores sociais, como o Estado e a Igreja, o abortamento provocado intimida, impõe medo de punição e se define como questão legal, social e espiritual, além de problemática de saúde. As influências culturais advindas, muitas vezes, de crenças e valores pessoais a respeito do aborto, o torna um ato carregado de culpa e um “erro” de quem o pratica. Essas representações culturais e institucionais punem quem pratica, incentiva ou auxilia, limitando o poder de decisão da mulher sobre o seu corpo e a sua vida. Essa construção também influencia na interação entre cuidadores e pacientes.

A partir desses elementos constituem-se as questões que nortearam este estudo e que se traduzem por: como se posiciona a profissional de enfermagem frente à mulher em situação de abortamento provocado? Como se dá, e em que bases éticas se sustenta o cuidado prestado a essas mulheres? Quais as limitações e dificuldades nos processos de trabalho que constituem as práticas terapêuticas? Como se articulam, na prática, as políticas de humanização?

3 OBJETIVO DO ESTUDO

Conhecer e analisar a abordagem terapêutica e os processos de trabalho da equipe de enfermagem no atendimento às mulheres submetidas a procedimentos pós-aborto em um hospital público de Porto Alegre, na perspectiva da diretriz do acolhimento do programa de Humanização do SUS.

Pressuposto interpretativo

Acredita-se que o abortamento provocado traduz um momento delicado para profissionais e pacientes, pois engloba causas diversas, construções coletivas a respeito da situação, saberes e emoções. Por outro lado, os “relativamente novos” pressupostos terapêuticos de humanização e acolhimento vêm preconizando uma nova forma de “ser” entre os atores sociais dentro do hospital, com relações mais fluidas e mais produtivas do ponto de vista humano. Dessa forma, na prática do cuidado, os profissionais de enfermagem se deparam com situações que, muitas vezes, lhes exigem mais do que simples práticas normativas ou conhecimento técnico apreendido ao longo da trajetória acadêmica e profissional. Pensa-se que, nessas condições, as práticas mantêm-se normativas e (im)permeáveis à flexibilização dos processos e das relações de trabalho entre os diferentes profissionais envolvidos e entre profissionais e usuárias.

4. METODOLOGIA

O objetivo do estudo evidenciou a necessidade de uma abordagem que contemplasse os processos de trabalho da enfermagem no cuidado às mulheres, sua organização e os argumentos técnicos, éticos, subjetivos e ideológicos que dão sustentação às suas práticas.

Nesse sentido optou-se pela abordagem qualitativa como mais adequada, pois considerando o que diz Neves (1996): “compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados”. Nesse contexto, encurta distâncias entre o sujeito e o objeto, entre o meio acadêmico e o cenário da prática.

Dalla Zen (2004) igualmente valoriza a integração dos fenômenos que ocorre nesse tipo de abordagem quando afirma que: “é somente a partir da reunião, da rejunção e da síntese que se pode entender o significado de uma realidade que é, em si mesma, complexa.”

4.1 Tipo de estudo

O estudo seguiu a tipologia da pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, considerando-se o campo da subjetividade e do simbolismo presente neste tipo de estudo (MINAYO, SANCHES, 1993). De acordo com as autoras, a abordagem qualitativa:

[...] realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas (MINAYO, SANCHES, 1993).

4.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi a unidade de emergência e o centro obstétrico do Hospital Fêmeina, integrante do Grupo Hospitalar Conceição, de Porto Alegre, RS. Trata-se de um hospital dedicado à mulher, com atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para atendimento obstétrico, ginecológico e

oncológico para o município de Porto Alegre, a região metropolitana e o interior do Estado.

A emergência foi selecionada por ser a porta de entrada da paciente que interna para procedimentos pós-aborto. Já o centro obstétrico foi selecionado por se tratar do local em que a paciente passa pela intervenção mais invasiva do tratamento: a curetagem. Pode-se considerar esse o momento mais crítico da internação, pressupondo-se que a passagem pelo Centro Obstétrico seja o momento de contato mais intenso entre a paciente e a equipe de saúde. Essa opção demonstrou-se acertada, considerando-se que a maioria das pacientes têm alta diretamente do Centro Obstétrico, indo para a unidade de internação apenas àquelas com casos de aborto infectado que necessitam internação para antibioticoterapia.

4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam na emergência do hospital e no Centro Obstétrico onde as pacientes recebem as intervenções de “rotina” pós-abortamento adotadas pelo hospital. As equipes de enfermagem destes setores são compostas pelos turnos manhã, tarde, noite A e noite B. A jornada de trabalho é de seis horas diárias nos turnos da manhã e da tarde e à noite é de doze horas a cada trinta e seis, ambas as jornadas totalizando cento e oitenta horas mensais. No Centro Obstétrico trabalham, tanto na manhã quanto pela tarde, uma enfermeira e nove técnicas de enfermagem. À noite as equipes são compostas por uma enfermeira e oito técnicas. Na Emergência, as equipes de enfermagem são compostas da seguinte forma: pela manhã uma enfermeira e duas técnicas, à tarde uma enfermeira e três técnicas; à noite apenas uma técnica, tanto na noite A quanto na noite B, de modo que as equipes dos setores que constituem o campo do presente estudo totalizam quarenta e sete profissionais. O grupo de enfermeiras e técnicas de enfermagem para a pesquisa foi estimado com base na sua proporcionalidade nas equipes, bem como entre os setores.

O critério utilizado para delimitar o número de sujeitos entrevistados foi o de saturação dos dados. Conforme Ghiglione e Matalon (2005) é dispensável fixar um

número antecipadamente, sendo preferível fazê-lo à medida que as entrevistas forem realizadas e parando quando a utilidade decrescer visivelmente, ou seja, quando as informações começarem a se repetir.

Considerando esses critérios e a composição das equipes foram entrevistadas quatro técnicas de enfermagem e duas enfermeiras de diferentes equipes. O tempo de trabalho das entrevistadas na instituição é superior a um ano, em virtude de ser necessário certo período de apropriação da assistência e interação intra e inter-equipes para formarem-se vínculos e impressões avaliativas a respeito do processo de trabalho.

A profundidade das questões formuladas e a necessidade de elementos para análise compreensiva que não se assenta em argumentos balizaram a saturação. Outro elemento considerado na saturação foi o da temática da prática do aborto como controversa e polêmica, gerando inquietação e apreensão por parte tanto da pesquisadora quanto das entrevistadas. Foi necessário construir um clima de cumplicidade e confiança para que as entrevistadas se manifestassem abertamente.

Considerou-se passíveis de inclusão todos os profissionais com um ano ou mais de tempo de serviço nos referidos setores, excetuando-se os que estavam em férias, licença maternidade ou licença-saúde no momento da realização da pesquisa.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas, com questões concernentes ao objetivo da pesquisa, que constam do apêndice A.

De acordo com Minayo (1996), esse tipo de entrevista contempla perguntas estruturadas (fechadas) e abertas, com oportunidade para o entrevistado discorrer sobre o tema proposto. Para a autora, a relevância desse tipo de instrumento está na expressão da consciência coletiva presente no pensamento individual, pois tanto o comportamento individual como o social são influenciados por modelos culturais internalizados.

As entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, com data e hora marcadas previamente, de acordo com a concordância e disponibilidade dos profissionais em participar da pesquisa. Por se tratarem de unidades com fluxo

variável de pacientes, pode ocorrer a indisponibilidade do profissional em ser entrevistado na data e hora marcadas, fato esse que motivou esperas e novos agendamentos. As entrevistas foram gravadas com a autorização do participante e depois transcritas, para melhor sistematização e análise.

A principal dificuldade foi o fluxo intenso de pacientes que, por vezes, exigiu repetidas marcações. Optou-se, então, por esperar no setor até a diminuição do fluxo para que as entrevistas pudessem ser realizadas, com a concordância das entrevistadas. Esse fato gerou espera de até três horas e meia.

4.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com a abordagem temática. Para Minayo (1996), a análise temática consiste em: “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p.209).

A autora divide a técnica em três etapas, as quais seguimos, são elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos ou exploração.

A pré-análise compreendeu, inicialmente, um contato exaustivo com o conjunto dos dados (leitura flutuante), no intuito de “impregnar-se” de seu conteúdo. Seguiu-se da “Constituição do Corpus”, ou organização do material segundo critérios de representatividade, pertinência, homogeneidade, para que possa responder a normas de validade. Prosseguiu-se com a formulação de hipóteses e objetivos provisórios, ou seja, estabeleceu-se pressupostos iniciais flexíveis que permitissem hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios. Nesta fase foram determinados a forma de categorização e a modalidade de codificação.

A segunda etapa compreendeu a exploração do material, transformando os dados brutos e objetivando para compreender o texto e agregar os dados.

Finalmente, procedeu-se o tratamento dos resultados, colocando-se em evidência as informações obtidas e realizando-se as interpretações previstas, propondo e articulando as interpretações previstas na teoria ou abrindo caminho por entre dimensões teóricas sugeridas pelo material.

Essas etapas permitiram a estruturação das seguintes categorias: concepções estruturantes da assistência no abortamento; processo de trabalho: a

ação nos serviços, organização do trabalho: as relações intra e inter-equipes; humanização e acolhimento: normativos ou pressupostos?

4.6 Aspectos éticos

Este estudo seguiu as determinações da resolução 196/96 (BRASIL, 1996) do Conselho Nacional de Saúde, que legisla sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição após aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-COMPESQ – EEUFRGS. Os sujeitos do estudo foram esclarecidos a respeito da justificativa e dos objetivos da pesquisa conforme resolução citada anteriormente. As entrevistas foram autorizadas mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Informado, conforme apêndice B.

O relatório da pesquisa ficará à disposição no centro de documentação do GHC, bem como na biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS. O trabalho também será colocado à disposição do GHC para publicação em sua revista técnico-científica, caso a instituição julgue adequado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A perspectiva de análise buscou conhecer e compreender a visão e a prática da equipe de enfermagem no atendimento às mulheres que procuram atendimento por abortamento, no hospital em estudo. Para isso, explorou-se o processo de trabalho das enfermeiras e técnicas de enfermagem que atuam na emergência e no Centro Obstétrico do serviço. Geralmente as altas ocorrem no centro obstétrico, permanecendo no hospital e chegando até a unidade de internação apenas as pacientes com abortamento infectado e necessidade de antibioticoterapia.

O atendimento emergencial do hospital em estudo é direcionado às mulheres, nas especialidades de ginecologia, obstetrícia e oncologia. A paciente que chega na emergência relatando abortamento ou com sangramento vaginal que seja indicativo de abortamento, ali recebe seu primeiro atendimento, quer se caracterize como uma emergência de fato ou apenas internação para posterior curetagem. Na emergência se conduz o processo da internação e a orientação à paciente e ao(s) familiar(es) ou acompanhante(s) sobre o que irá ser feito. Diagnosticado o abortamento em curso ou aborto retido, a paciente é encaminhada ao Centro obstétrico para curetagem.

Nesse cenário construiu-se as análises que seguem, considerando os aspectos relevantes para a abordagem terapêutica, os quais foram agrupados nas seguintes categorias: concepções estruturantes da assistência no abortamento; processo de trabalho: a ação nos serviços, organização do trabalho: as relações intra e inter-equipes; humanização e acolhimento: normativos ou pressupostos?

5.1 Concepções estruturantes da assistência no abortamento

No que se refere à identificação quanto ao abortamento ser espontâneo ou provocado, bem como sobre influências pessoais (de valores ou condutas morais) no atendimento prestado, buscou-se identificar como esses elementos interferem no cuidado e no tratamento das pacientes. Assim investigou-se como esses elementos influenciaram no planejamento das ações e no processo de trabalho em si.

Quanto à identificação da situação de abortamento (se o aborto foi espontâneo ou provocado), constatou-se que o principal argumento é técnico e

aponta para o risco de contaminação que, por sua vez, depende do modo como foi provocado:

Tem que ser identificado porque assim ó, ter um abortamento espontâneo, [...] o risco de contaminação é bem menor do que aquele que é provocado (Entrevistada 4).

é super importante tu identificar se é espontâneo ou provocado, em função do atendimento que essa pessoa vai ter, tu tem que entrar com antibiótico[...] (Entrevistada 5)

A única pessoa que identifica, quem identifica é o médico no boletim. Ele coloca: usou citotec ou abortamento espontâneo, ou abortamento em curso, normalmente é o médico que identifica, não somos nós (Entrevistada 4).

Se foi provocado, tem todo o risco de infecção né, que é maior, enfim, como fez, se foi provocado. Eu sempre vejo as pessoas, e faço esse tipo de abordagem no sentido de que ninguém tá aqui pra saber porque tu fez isso, a gente só quer saber em função do procedimento, pra saber como a gente vai agir a partir disso, pro teu bem, pra tua saúde (Entrevistada 2).

No entanto, fica evidente, em algumas falas, que há julgamento e “conduta inadequada” por parte dos profissionais da equipe de saúde, no caso do aborto ter sido provocado, conforme evidencia a fala das trabalhadoras:

[...] eu acho que é muito criticado e não é visto o que é pra ver, no caso, como é que é a vida dessa pessoa [...] (Entrevistada 4).

[...] os conservadores são mais imperativos no seu julgamento, mais negativos no seu julgamento, inclusive tratam mal as pacientes em função desse valor, sei lá como é que chama isso... (Entrevistada 3).

[...]As mais humildes, que tu vê que são mais massacradas, elas têm problema em dizer e além delas serem massacradas lá fora quando elas entram aqui são duplamente massacradas... Pelo médico, é claro (Entrevistada 3).

[...] as funcionárias que nós temos na emergência, pelo menos eu, na minha equipe, são pessoas assim, bem envolvidas, bem maduras. Claro que nós temos pessoas em todos os níveis, que tem seus pré-conceitos, entendeu? Essas coisas... Mas não é a normalidade do grupo (Entrevistada 5).

A enfermagem se protege e afirma que quem discrimina e trata mal são “os outros”.

BUDÓ et al., ao citarem Helman, esclarecem que a cultura é um dos componentes de influência na vida das pessoas e que essas influências são uma mistura complexa herdada pelos indivíduos na sociedade e que se evidencia pela forma como vêem o mundo e pelas suas relações intersubjetivas (p.37).

Também se sabe que os sujeitos vivenciam suas condições e a elas reagem por meio de idéias, comportamentos e projeções, que estão associados a emoções

e sentimentos e que representam um modo sócio-cultural e psico-afetivo de traduzir a vida. Com efeito, esses modos de ser ainda são filtrados pela trajetória de cada um (MANDÚ, 2004).

Outras vezes é identificada a necessidade de tratamento igualitário, admitindo-se um cuidado maior às pacientes que “perderam o bebê”:

[...] Aliás, o espontâneo essa é muito bem cuidada, porque ela perdeu o bebê (Entrevistada 5).

Só que tem aquele negócio que eu te falei: muda porque as pessoas levam pro lado pessoal, aí acaba mudando, vamos supor: abortamento espontâneo: - Ai, coitada! Já tem um tratamento diferente. Aborto porque provocou ou muitas vezes tem garotas de programa que vêm aqui, que enfim né, que fazem alguma coisa assim... (Entrevistada 4).

De acordo com PRADO (1996), uma das formas com que se apresentam os conflitos referentes à questão do aborto, é o condicionamento sócio-cultural que induz as mulheres necessariamente à maternidade, culpabilizando-as por recusarem uma gravidez. Percebe-se que as atitudes se modificam em virtude do aborto espontâneo ser encarado como uma fatalidade, não sendo o mesmo caso do abortamento provocado, que tende a ser encarado como irresponsabilidade da mulher em não se utilizar dos métodos de contracepção.

Em algumas falas, o processo de diferenciação fica oculto, pois dizem haver necessidade de um melhor tratamento, revelando que o tratamento pode estar sendo inadequado e indicando que há uma forma “normativa” que seria ideal para esse atendimento.

[...] pra nós, né, é uma coisa que tem que ser profissional, não interessa o que a paciente pense, se o aborto for espontâneo ou provocado, né, tem que tratar da mesma forma (Entrevistada 5)!

PITTA (1999) em seus estudos sobre trabalho e sofrimento salientou os mecanismos de defesa que se desenvolvem dentro da organização, que são estruturados socialmente e que tendem a se tornar aspectos consolidados da realidade a qual os membros da instituição entram em acordo. A esses mecanismos nomeou de “sistemas sociais de defesa”. A análise da fala acima revela a defesa que é caracterizada pela despersonalização ou negação da importância do indivíduo e que inclui a lógica de que todos os pacientes devem ser tratados da mesma maneira, como se não houvessem individualidades e personificações, constituindo assim um modo de cuidar indiferenciado.

Essa indiferenciação em virtude de julgamentos e posicionamentos pessoais também ocorre de modo reservado, na forma de comentários entre os profissionais:

[...] esses comentários, pra mim, eles ficam mais entre nós, tipo assim, na salinha, o comentário... mas não que a paciente sofra algum tipo de discriminação, eu pelo menos não vejo, não sei se existe (Entrevistada 2).

A questão assim se existe algum comentário ou não, né, as pessoas elas não, né, elas comentam com algumas pessoas, entre colegas, mas não no caso pra paciente, né, porque o jogo é correto e não pode interferir no teu atendimento, né (Entrevistada 1)?

Se é provocado ou não, as pessoas têm a tendência a tentar se manterem neutras, mas às vezes acontece assim, até porque a paciente se manifesta de um jeito diferente (Entrevistada 6).

Nesse aspecto pode-se refletir sobre a comunicação entre pacientes e profissionais. SILVA (1996a) ressalta que a comunicação não se dá apenas verbalmente, mas implica num conjunto de expressões, movimentos e reações que são decodificados pelo interlocutor atento, conforme será abordado posteriormente neste estudo. Contudo, vale ressaltar que: "Todas as reações físicas obedecem ao comando mental, e o que leva uma pessoa a agir, em primeira instância, é sempre a emoção" e que "não há como separar o emocional do fisiológico quando o assunto é ser humano" (SILVA, 1996a, p.15). Nesse sentido, mesmo que não se faça uso de linguagem verbal diretamente com as pacientes, há possibilidade de que se deixe transparecer julgamentos através das paralinguagens, da linguagem corporal e até mesmo do silêncio.

De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2005), entre os referenciais de bioética na assistência está o da justiça, que diz: "o(a) profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, evitando que aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros interfiram na relação com a mulher" (p. 16).

Nesse sentido, uma "mudança de paradigma" que inclua tratamento igualitário para as pacientes é reconhecida por algumas profissionais e é vivenciada em alguns grupos. Pensa-se que essa "nova" perspectiva pode estar relacionada a uma formação profissional mais recente, já contemplando os princípios do SUS de igualdade e integralidade da assistência.

*[...] Os mais jovens... É muito legal de observar isso, os mais jovens, **os mais humanos eu diria**, né, já compreendem mais, acolhem com mais carinho, eu diria inclusive que elas se mostram mais pra esses que acolhem mais num primeiro momento. É o posicionamento pessoal de cada um, é isso aí (Entrevistada 3).*

[...] mudar essa visão de que só porque uma fez aborto espontâneo e a outra realizou, não tratar diferente (Entrevistada 4).

De acordo com Lopes (1997), “a concepção de integralidade da pessoa assistida constitui uma base de concepção para estruturação de serviços que se organizam em torno da responsabilidade global pelo doente” (p. 387), portanto, é um conceito que diz respeito à organização da instituição e também à cultura institucional. O conceito de integralidade vem sendo discutido desde os anos 80 nas políticas de saúde e foi consolidado como princípio constitucional, colocando na pessoa o foco das ações de saúde. Porém, na realidade da maioria dos serviços ainda predomina o foco na terapêutica médica, sendo a doença ou a “perturbação do corpo” o que estrutura a assistência (LOPES, 1997).

Nas entrevistas, percebe-se que o princípio da integralidade não está plenamente presente e, quando aparece nos relatos, remete a exterioridade, como se fossem construídos fora da instituição, academicamente. Nesse caso observa-se, entre as trabalhadoras que participaram deste estudo, a questão da integralidade como elemento estruturante da assistência é citada apenas por aquelas que cursam ou já cursaram a graduação em Enfermagem pois as trabalhadoras que o citaram são técnicas de enfermagem que cursam ou já cursaram a graduação em Enfermagem, enfatizando o caráter normativo, puramente conceitual.

[...] e a gente tá tendo uma cadeira de cuidado humano, introdução ao ato do cuidado humano e justamente muita coisa da integralidade que nós estamos aprendendo, e eu vou te dizer uma coisa, tá sendo muito bom pra mim, porque eu tô mudando o meu pensamento assim, ó: 90, quase 100%, do que eu pensava antes (Entrevistada 4).

[...], o tratamento tem que ser igual, integral, né (Entrevistada 1)?

De acordo com Kell, o processo de construção e implementação da integralidade pode representar um dos maiores desafios em termos de saúde no Brasil hoje, pois implica na ruptura de formas “tradicionais” de assistência que estão profundamente enraizadas por serem identificadas como o melhor da ciência, mas que traduzem o isolamento do trabalho técnico-especializado.

Avançando na mesma discussão, a partir dos elementos programáticos da humanização e do acolhimento, se segue a análise. Na emergência, onde a paciente recebe seu primeiro atendimento, os significados dessas diretrizes político-filosóficas não são claramente definidos pelas trabalhadoras. Dessa forma, não existe clareza

no estabelecimento de práticas que incorporem essas definições. As falas atestam esse desconhecimento, mesmo o puramente normativo:

Já ouvi falar... Sinceramente, é como eu te falei, eu não sei muito bem, nunca fui a essa palestra de humanização, eu acho... A gente não tem muito espaço, porque às vezes tá muito tumultuado aqui a emergência, às vezes tem essas palestras e a gente não vai (Entrevistada 4).

Eu na real não conheço muito a respeito dessa política de humanização, vi alguma coisa no hospital, se falou, se chamou atenção para humanização, humanização, humanização... (Entrevistada 3).

A mim não influenciou de maneira nenhuma, porque como eu falei, eu não conheço! (Entrevistada 4)

No centro obstétrico também aparece esse desconhecimento quanto à diretriz do acolhimento e sua utilização como ferramenta para qualificar a assistência, que pode ser ilustrado na fala seguinte:

[...] a questão do acolhimento pra mim eu vejo que se deixar bem claro cada situação o porquê, ela vai sair satisfeita (Entrevistada 1).

As trabalhadoras parecem ter o acolhimento como recurso interno, pessoal, não como princípio ou ferramenta de trabalho. Essa questão será discutida mais adiante, nas falas específicas relativas aos elementos implicados no processo e organização do trabalho.

5.2 Processo de trabalho: a ação nos serviços

O processo de trabalho em enfermagem diz respeito aos modos de operar o cotidiano, que pode ser tomado de várias formas, desde a simples reprodução rotineira da técnica até uma forma que inclua a reflexão problematizadora com protagonismo dos sujeitos na produção das ações de saúde.

Gariglio e Radicchi (2008), ao citarem Merhy, enfatizam que o processo de trabalho em saúde representa um espaço de percepção e identificação também dos campos organizacional e político, dos modos de gestão e das ações dos trabalhadores na construção de modelos. Do mesmo modo, nesse “espaço” se concretizam os compromissos éticos e políticos de quem governa e os modelos de assistência, traduzidos na relação que se estabelece entre os trabalhadores e usuários (GARIGLIO, RADICCHI, 2008).

Na instituição em estudo, a equipe de enfermagem reconhece o serviço de atendimento à mulher em abortamento como eficiente e competente, como demonstra a fala:

Todo mundo age, a meu ver, se compromete um pouco [no sentido de partes do trabalho] com esse trabalho. (entrevistada 4)

Igualmente nas falas seguintes se observa as afirmações relativas à competência e à estrutura interna do processo de trabalho. Na percepção da trabalhadora, o atendimento flui de forma humanizada e com a equipe de trabalho integrada.

eu acho a seqüência muito bem né, bem elaborada. [...] Multiprofissional, acho que é bem integrado (Entrevistada 1).

Então eu acho que no geral o atendimento, ele é bem organizado e humanizado. E a seqüência é uma coisa rápida (Entrevistada 1).

Essa fala será analisada sobre outros aspectos no decorrer deste estudo, contudo, o que se quer ressaltar neste momento, é a questão da eficiência técnica que pode estar sendo utilizada para encobrir outros aspectos da assistência, que são ligados a disputas de poder intercategorias profissionais no espaço organizacional. De acordo com Lopes (1997), ressaltar a eficiência e a habilidade técnica como fundamentos da qualificação do serviço pode servir de refúgio frente à dificuldade em transformar em valor real aquilo que é fundamento da ação da enfermagem: o cuidado. Esse cenário se estabelece à medida que a competência técnica, ligada essencialmente ao saber médico, é legitimada simbolicamente, amparada na trajetória de vantagens e de prestígio que essa categoria profissional adquiriu ao longo do tempo. Outros aspectos dessa relação serão retomados quando da abordagem das interações e da comunicação, na organização do trabalho.

Considerando a questão da “rapidez”, tanto na emergência quanto no atendimento no Centro Obstétrico observa-se que o fluxo de pacientes é bastante intenso e em virtude disso o ritmo de trabalho é bastante acelerado. Assim, o trabalho tende ao mecanicismo, centrado no procedimento e na burocracia, de forma seqüencial.

A gente faz a parte de internação e muito administrativo também, isso não me exclui da assistência também, eu fico punctionando junto com as técnicas. Nós temos todas as nossas técnicas, todas “funcionam” ali né, em toda a assistência. Realmente eu faço uma liderança de enfermagem, né (Entrevistada 5).

Então eu acho que no geral o atendimento, ele é bem organizado e humanizado. E a seqüência é uma coisa rápida (Entrevistada 1).

[...] toda a equipe se envolve, a equipe médica e a equipe de enfermagem, assim, a gente procura agilizar pra paciente ser assistida [...] (Entrevistada).

[...] nós só colocamos na nossa folha de evolução o que nós fizemos, evolução não, os dados a gente pergunta assim: se fuma ou se não fuma, se tem alguma doença ou se não tem e colocamos os sinais vitais e o motivo assim ó: curetagem após aborto. A gente só coloca isso (Entrevistada 4).

[...] a média que a paciente fica, a paciente fica duas horas e a gente libera assim, vai, faz a curetagem, dependendo da idade gestacional demora um pouco mais, quinze, vinte minutos .Faz a curetagem, vai pra sala de recuperação, aí em média cinco a dez minutos a paciente já ta consciente porque, eles dão a quantidade mais ou menos pra aquele período ali do procedimento né, na recuperação meia hora, se tá em condições já se alimenta, né, a gente conversa, né, antes de ir pra casa daí a paciente sai, a gente levanta a paciente, põe ela sentadinha vê como é que ela ta, tá bem recuperada, acompanha até o banheiro, né, vai ao banheiro, tá tudo bem, tem acompanhante aí, né, resultados normais dos exames, é chamado o familiar, entrega as roupas, a paciente se veste, né, se alimenta e é liberada pra casa (Entrevistada 1).

Nas falas acima o que aparece é o trabalho taylorizado, onde o tempo e o comportamento condicionado são recortados sob as medidas da organização do trabalho. A ritualização seqüencial do trabalho despersonaliza a paciente e o atendimento. Algumas palavras atestam a necessidade de fazer “funcionar” o serviço com rapidez e agilidade. As trabalhadoras referem também que há solicitação por parte das pacientes para que o atendimento seja rápido

As pacientes saem satisfeitas assim, porque é rápido [...] (Entrevistada 1).

[...] eu observo que elas querem que seja tudo rápido, eficiente e quando não acontece elas expõem realmente (entrevistada 1)!

Dejours (1992), estudioso da organização do trabalho, refere que a rapidez coletiva é uma defesa coletiva frente ao ritmo imposto pela organização. Diz o autor que, num nível simbólico, os trabalhadores se tornam mais fortes que a organização, pois conseguem ser mais rápidos do que a mesma exige.

Nas falas acima o que pode estar acontecendo é a projeção da defesa sobre as pacientes atendidas, como que justificando essa preocupação exacerbada com a rapidez. O autor acima também salienta o fato de que não podemos subestimar o benefício mental de uma operação de caráter simbólico. Por outro lado, as pacientes também solicitam rapidez por se tratar de um procedimento que traz, muitas vezes, sofrimento e “é bom que termine rápido”.

Conforme Motta (2005), há profissionais que direcionam sua atenção para a execução do procedimento técnico, porém salienta que a rapidez somente representa um aspecto positivo quando não fere o bem-estar da pessoa cuidada.

Nesse sentido, pensa-se que o cuidado tem uma dimensão mais abrangente do que a recuperação do bem-estar físico. No cuidado à mulher que está em processo de abortamento, há que se pensar igualmente na recuperação do seu bem-estar emocional e social, o que é confirmado por Motta, ao inferir conseqüências físicas e emocionais tais como culpa, depressão e psicossomatização nessas mulheres.

Koerich et. al. (2006), salienta o ato de cuidar como sendo a alma dos serviços de saúde, “pois o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se acredita ser possível atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar.” (p. 182)

Considerando esses elementos de análise, no que se refere a eficiência do serviço e como as trabalhadoras a entendem na sua prática, observa-se novamente correlação com a rapidez.

A espera, quando ocorre, parece ser por questões relativas à movimentação de pacientes (fluxo intenso) ou pela situação clínica da paciente, como demonstram as falas seguintes:

[...] a gente dá uma olhada e de repente passa ela na frente, às vezes tem espera de 3 horas, mas se tem uma mulher com sangramento, ou uma perda, sabe, enfim, os sintomas que podem detectar que tenha alguma situação de risco para mãe ou até então, se a gente não sabe que é aborto, para o bebê a gente logo dá assistência (Entrevistada 5).

A gente procura colocar as situações assim, que às vezes realmente tá lotado, que tem uma seqüência, que às vezes não se pode curetar naquele momento, que o colo tá fechado, aí tu tem que pegar e conversar com a paciente, explicar porquê que tá demorando, às vezes elas perguntam: porque ela pode e eu não posso, né, se é a mesma situação? Na verdade não é a mesma situação, às vezes uma é um aborto infectado, outras um aborto espontâneo, colo aberto, então isso, essas questões mexem com a cabeça das pessoas que tão em volta que não sabem, não têm o conhecimento (Entrevistada 1).

Constata-se que há questionamento quanto à eficiência da equipe de saúde por parte das pacientes, de que a “demora no atendimento” supostamente se daria em virtude de discriminação, porém esse fato parece não se confirmar na prática.

Entende-se que, por ser um momento difícil, que envolve sentimentos dissonantes de culpa, medo, sensação de vulnerabilidade e ansiedade frente ao

desconhecido, além de decisões muitas vezes contraditórias para si próprias, as pacientes podem solicitar rapidez no sentido de que sua ansiedade e angústia sejam logo aliviadas. Contudo, é necessário considerar que, além do fluxo de pacientes muitas vezes exigir um ritmo acelerado de trabalho, também existe uma insegurança provocada nas trabalhadoras frente a esses atendimentos. Assim, algumas trabalhadoras relatam necessidade de maior interação com as pacientes.

[...] porque eu ia falar com as pacientes, [...] e nã, na, nã, e as minhas colegas: ah, não sei o quê, rápido, é sem muita... tipo assim, me pegou de surpresa, porque é meio que uma grossura, entre aspas, assim a forma de que eu acho que são tratadas assim[...] (Entrevistada 4)

Nas falas acima fica evidenciado que o processo de trabalho não deixa muito espaço para “humanidades” e que a rapidez no atendimento chega a ser imposta pelos “outros” membros da equipe. Ainda assim, algumas trabalhadoras conseguem estabelecer um espaço de comunicação com as pacientes. Na fala abaixo, a trabalhadora ironiza ao referir, que muitas vezes, o elevador que as conduz ao Centro Obstétrico é o único espaço em que conseguem estabelecer a escuta e a troca:

[...] e é engraçado porque com a gente, já no elevador, super legal, um lugar super-legal pra bater um papo desses, “muito humano”, é claro... (Entrevistada 3)

De acordo com a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, “a atenção humanizada às mulheres em abortamento, é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde (Brasil, 2005, p. 16). A mesma norma ressalta ainda que:

“A capacidade de escuta, sem pré-julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional adotar “atitude terapêutica”, buscando desenvolver escuta ativa e relação de empatia, que é a capacidade de criar comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro.” (p. 17)

Nesse sentido, Motta (2005), em pesquisa com mulheres no pós-abortamento ressalta o que as pacientes consideram importante no ato de cuidar: as manifestações de amor, atenção e interesse durante a hospitalização.

Constata-se no serviço em estudo que a oportunidade de escuta e interação muitas vezes ocorre na sala de recuperação do centro Obstétrico, somente após ter sido realizada a curetagem.

[...] Observo sangramento, e qualquer alteração a gente comunica os médicos e, eventualmente, alguma coisa assim mais, a gente dá um suporte emocional, porque algumas estão mais abaladas. Hoje até tinha uma ali que começou a chorar depois, eu disse: Tu quer alguma coisa? Tu quer falar alguma coisa? Ela disse: é que eu fui forte até agora... aí quando termina, que elas se dão conta, porque até então tem a ansiedade da curetagem, e aí no final, principalmente, chega aqui na SR, elas meio que desabam, assim, nesse sentido (Entrevistada 2).

[...] E às vezes na recuperação daí elas choram né, porque se dão conta que já passou, aquele sentimento assim de perda, né, é complicado, às vezes não consegue vivenciar aqui porque tem outras pessoas próximas, né (Entrevistada 1).

[...] aquele momento difícil acaba passando tão rápido, quando tu vê a paciente já tá acordando na sala e tá na sala de recuperação e daí pergunta: ah, já terminou, aonde é que eu tô? – Ah, já tá na sala de recuperação já, viu, não te falei que ia ser rápido, tá tranquilo, né? – Ah, mas eu não vi nada! - É, realmente, que bom que tu não viu nada, não sentiu nada, que tá bem, que tá acordada... (Entrevistada 1).

Motta (2005) também atribui um sentimento de alívio nas mulheres durante esse momento, podendo representar então uma boa oportunidade para acolher, escutar e orientar. No entanto, os serviços limitam-se a “fazer andar a fila” e raramente apostam em qualificar suas equipes focalizando outras dimensões da ação terapêutica que extrapolam a técnica.

Essas dimensões complexas do “cuidado humanizado” exigem, além da qualificação das equipes, uma ambiência adequada.

Recentemente, houve uma reforma de ampliação e adequação da área física de emergência do hospital em estudo. Essa reforma ocasionou mudanças na clínica e possibilidades de ampliação do atendimento. No entanto, fica evidente nas falas da trabalhadora de enfermagem que há necessidade de acrescentar-se outras modificações relativas às “relações humanas” no ambiente da emergência, como constata a trabalhadora na fala seguinte, referindo-se à falta de “calor humano”:

Houve uma ampliação da área física, é um lugar grande, que a gente gasta muito mais energia inclusive pra caminhar, tal tal tal... Mesmo com essas melhoras físicas, que absurdo, né?[...] Uma coisa muito mais importante que é o calor, essa coisa assim que é o calor não pintou, não apareceu... É só essa fachada (Entrevistada 3).

Como tu disse: muito chique aqui, né? E eu sem saber tuas coisinhas te disse: muito chique, mas mais nada... É uma pena, só a casquinha... E é isso (Entrevistada 3).

De fato, o Ministério da Saúde aponta a ampliação do acesso sem sobrecarregar as equipes como um dos pontos críticos do processo. Do mesmo modo, não é objetivo da constituição de uma ambiência propícia ao cuidado

prejudicar a qualidade das ações ou transformar o serviço da saúde em produtor de procedimentos apenas.

O conceito de ambiência refere-se:

ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Por exemplo, abrange elementos como iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças. (Falk et. al, 2006, p. 137)

A melhoria do espaço físico é a etapa inicial para que também se possa ampliar a escuta, superando a prática tradicional, centrada exclusivamente na dimensão biológica e recolocando a perspectiva humana na interação entre profissionais e usuários (BRASIL, 2004b).

No hospital em estudo e, particularmente, no centro Obstétrico, as trabalhadoras citam a área física como principal problema a ser solucionado:

Nesse ponto eu acho que poderia haver... é uma questão de área física, né, disponibilizar uma outra, um espaço assim que ficasse um pouco mais afastado pra não haver essa coisa dela ver a mãe com o recém-nascido... E começar a chorar... E pensar em tudo o que ela perdeu, que poderia ter vivenciado e não aconteceu [...] (Entrevistada 1).

O principal é a questão da área física, assim... Porque se for espontâneo é difícil, e mesmo provocado, a culpa toda... a gente não sabe os motivos, mas geralmente é muito desespero, né. Não é nem não querer a criança, é o desespero da consequência, enfim. Então eu acho que é quase um ato de crueldade (Entrevistada 2).

Esse dilema parece ser comum a vários hospitais e Motta (2005) também mencionou-o em seus estudos locais que utilizam uma área física comum para atendimento ao parto e ao abortamento. As pacientes que irão fazer a curetagem pós-aborto permanecem no “pré-parto” e após o procedimento ficam junto com as puérperas e seus bebês na “sala de recuperação”. Essa forma de organizar o fluxo não é ética e fere o princípio da não-maleficência orientado na norma técnica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), pois pode contribuir no aumento das feridas psicológicas geradas nas mulheres pelo processo de abortamento.

[...] com a reforma do CO vai acontecer porque o pessoal tá dizendo que já vai acontecer, né? Pra elas seria melhor, a questão do atendimento tá excelente, só a recuperação que às vezes dá esse conflito, né, que é difícil mesmo, né? (Entrevistada 1)

Essa problemática parece ter sido reconhecida pela instituição em estudo juntamente com outros problemas de fluxo no Centro Obstétrico e se cogita uma reforma no setor, conforme nos explicita a fala anterior.

5.3 Organização do trabalho: as relações intra e inter-equipes

Veronese (2006), ao refletir sobre as articulações teóricas entre subjetividade e trabalho, cita a análise de Dejours (1994) sobre o conceito de organização do trabalho, em termos de conteúdo da tarefa, da distribuição de responsabilidades, das relações de poder, do sistema hierárquico e da posição em que cada trabalhador é alocado. De acordo com os autores citados, tais fatores, relacionados com as relações no trabalho, têm impacto sobre a dinâmica psíquica dos trabalhadores.

Os progressos de diversas áreas que se juntam ao saber médico, bem como os princípios do SUS e as políticas de saúde mais atuais, vêm incrementando a assistência e a dinâmica das relações dentro do hospital.

Na “nova” concepção de atendimento integral, o tratar e o cuidar se conjugam, envolvendo a cooperação e a interdependência, onde a complementaridade passa por disputas de espaço e justaposição de interesses diversos, próprios aos diferentes segmentos profissionais (LOPES, 1997, p. 381)

Hoje, se sente “necessidade” de diferentes segmentos profissionais para dar conta da complexidade do atendimento em saúde: é a multidisciplinaridade. Nas entrevistas, as trabalhadoras atestam essa necessidade, sugerindo o apoio de equipe multiprofissional que detenha conhecimento na assistência à mulher em processo de abortamento:

[...] eu não sou psicóloga, né, acho até que deveria ter um profissional aqui (Entrevistada 3).

[...] nós deveríamos ter um serviço social, mais atento, um serviço psicológico de atendimento. A gente pensa que essas mulheres deveriam ter um acompanhamento, sabe? Uma coisa que tu nota nessas mulheres, é o sofrimento, sabe? Elas fizeram o aborto, mas o sofrimento delas ali... (Entrevistada 5).

Essa necessidade identificada pelas trabalhadoras é condizente com a norma técnica de atenção, que indica esse tipo de atendimento:

No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. Deve-se considerar que os enfoques da Psicologia e do Serviço Social podem ser diferenciados no trato das questões emocionais, relacionais e sociais. A Enfermagem também tem papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde. (BRASIL, 2005, p. 18).

Contudo, mesmo havendo o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe e da multiprofissionalidade, as equipes são fragmentadas e persiste o isolamento na “ponta”, como atesta a fala seguinte:

Somos nós, técnicas de enfermagem, mais ou menos 3 funcionárias, como técnicas, a gente atende lá na parte da frente do acolhimento, a enfermeira, que muitas vezes ela não tá lá na frente com a gente, mas ela também é envolvida né, até porque às vezes tem exemplos de pacientes muito jovens assim e às vezes o envolvimento é maior[...] (Entrevistada 4)

Ainda citando Lopes (1997), é a importância atribuída ao grupo profissional e o reconhecimento de sua colaboração na atenção, processo que é ligado ao prestígio e às aquisições construídas historicamente, que vai determinar o sucesso de cada grupo em ter respaldo em suas necessidades nas disputas de poder dentro da organização. Historicamente, a classe médica consolidou seu poder e seu saber clássico no âmbito do hospital, o que determinou à enfermagem a imagem de um papel auxiliar. Esse conflito é visível nas interações entre os atores dentro do hospital e nos diferentes processos de comunicação que ocorrem. No entanto, muitas vezes, a enfermagem não sente essa dominação, pois ela se dá num campo simbólico e a prática serve para relativizar posições e hierarquias.

Embora não presente diretamente nas falas das entrevistadas, um fato que ilustra esse conflito ocorreu durante uma entrevista em que, um profissional da equipe médica interrompeu-a repentinamente e, sem pedir licença ou apresentar-se, entregou uma medicação para a profissional de enfermagem, solicitando a devolução da mesma à farmácia.

O que assistimos nessa falta de interação pode ser considerado precarização das relações de trabalho que ainda se evidencia na realidade de muitos serviços e indica a posição menos confortável ocupada pelas auxiliares e técnicas de enfermagem enquanto categoria sócio-profissional, apontada também por Lopes (1997). De acordo com a autora, há uma “acomodação” às regras e acordos tácitos, que significa um refúgio, pois as trabalhadoras de menor qualificação não conseguem garantir “o respeito mínimo ao qual as direções e todo o pessoal do comando lhes deve” (p.382).

Mesmo frente a essas dificuldades, também evidencia-se o modo como a enfermagem consegue se posicionar perante a equipe, principalmente no tocante a garantir a proteção da paciente atendida, como demonstra a fala seguinte:

lam colocar uma pós-cureta lá no pré-parto, aí tinha trabalho de parto, e tinha pós-parto, porque tava tudo lotado, eu disse: não, aqui não. [...] me pareceu muito absurdo porque tinha trabalho de parto lá junto [...], eu acho que deve ser ruim. Eu acho isso crueldade (Entrevistada 2).

Pelo fato de estar próxima às pacientes em tempo integral, a enfermagem estabelece um canal de comunicação mais aberto com as pacientes. O papel de suporte emocional muitas vezes é assumido pela enfermagem, como demonstram as falas das trabalhadoras:

[...] dependendo do estado da paciente a gente vai ver o que vai fazer mais assim em termos de conversar, explicar, tem umas que estão bem tranquilas, tem umas que estão surpresas, desesperadas, outras com muita dor... a nossa ação é mais de acordo com o que a paciente apresentar (Entrevistada 6).

a gente dá um suporte emocional, porque algumas estão mais abaladas. Hoje até tinha uma ali que começou a chorar depois, eu disse: Tu quer alguma coisa? Tu quer falar alguma coisa? (entrevistada 2).

[...] além de dar toda essa assistência, esse envolvimento emocional que eu sempre tive com as pacientes, de querer dar mais, se tão chorando eu quero que elas saiam daqui sem chorar, essa busca de sempre procurar confortar o emocional (entrevistada 3).

Esse papel assumido pela enfermagem, ao mesmo tempo que representa uma parte importante do seu “território”, também condiciona e consolida seu papel “auxiliar”, a medida que a assistência também sofre influências da dinâmica capitalista, ou como nos diz Lopes (1995):

Como avaliar uma assistência que considera sentimentos, que valoriza os atos banais da vida e os transforma em valor? Difícil, para uma assistência que, hoje, se baseia na ocupação do leito-dia, na rapidez do restabelecimento cronometrado, no cálculo da relação custo-benefício como definidor da quantidade de efetivos de enfermagem (p. 185)

Sincronicamente, a questão da mecanização do trabalho, a qual já foi abordada em tópico anterior, também alimenta os diálogos curtos, com conversas “assépticas” ou questionamentos que somente influenciarão o atendimento clínico:

nós só colocamos na nossa folha de evolução o que nós fizemos, evolução não, os dados a gente pergunta assim: se fuma ou se não fuma, se tem alguma doença ou se não tem e colocamos os sinais vitais (ainda falando muito rápido) e o motivo assim ó: curetagem após aborto. A gente só coloca isso (Entrevistada 4).

[...] também conversa com a paciente, posiciona, né, chama anestesista, aí o anestesista chega né, vai, conversar com o paciente, faz o preparo pro anestésico, é aberto o material, enquanto isso a gente vai conversando com a paciente, o plantão obstétrico entra, né, no caso o gineco, né, entra, conversa com a paciente, né, faz o preparo. todos conversam assim, no geral todos já dão uma noção, vão explicando o que vai ser feito, [...] toda a

seqüência, as dúvidas assim: quando eu posso ir embora, quando a paciente tá em sala a gente já conversa, dependendo do resultado do teu hemograma, se tiver tudo bem, daí o médico deve te liberar em duas horas (Entrevistada 1).

A comunicação com os médicos também aparece nas falas de um modo sistemático, com a troca de informações referentes aos determinantes das condutas médicas, principalmente. as falas atestam esses elementos:

[...] se a paciente ta com sangramento ativo a gente vê quanto ta sangrando, qualquer alteração a gente avisa o plantão (Entrevistada).

[...] aí a gente faz o boletim dessa paciente, trocamos a roupa e em seguida já falamos pro médico (Entrevistada 4).

Bom, primeira coisa que a gente faz, a gente lidera o grupo de enfermagem e “até” discute com os médicos nessa nossa emergência[...] (Entrevistada 5).

Como salienta Lopes (1995), os médicos vêm se distanciando dos pacientes e utilizando-se das mediações da técnica e da enfermagem, pois esta permanece no seu cotidiano de proximidade com os sujeitos cuidados. Observa-se, no entanto, diálogos breves e concisos, pois os médicos geralmente não consideram as trabalhadoras da enfermagem capazes de opinar sobre a evolução do paciente. Conforme a mesma autora:

“a comunicação entre esses dois atores é de caráter puramente informativo, centrada nos procedimentos e não no paciente. [...] Avaliações e impressões que se centram no paciente não fazem parte desse diálogo” (p.176)

A liderança, assim como as relações dentro da organização hospitalar, é fortemente marcada por posições hierárquicas. Com vantagens legitimadas simbolicamente pelo prestígio adquirido ao longo dos anos, a classe médica não se configura como liderança direta da equipe de enfermagem (esta posição é da enfermeira), mas é reconhecida por esta como determinante de suas ações dentro da equipe de saúde.

Na emergência, onde a enfermeira não está presente o tempo todo por assumir outras unidades conjuntamente, sua figura não é percebida como liderança e a figura de líder não é identificada, como mostram as falas das técnicas:

Todo mundo age, a meu ver, se compromete um pouco com esse trabalho (Entrevistada 4).

Não existe liderança, de jeito nenhum. Existe é a manifestação de cada profissional que atende: o médico e a gente da enfermagem (Entrevistada 3).

As enfermeiras se percebem como líderes das equipes de enfermagem, mas em termos de atendimento, a liderança é do médico;

A gente lidera o grupo de enfermagem (Entrevistada 5).

Há liderança do médico, é ele que determina o que vai ser feito. Até assim a parte de conversar quem tá ali dentro às vezes faz isso, o técnico, o enfermeiro, enfim... mas determinar a conduta é o médico (Entrevistada 6).

No Centro Obstétrico a enfermeira também é percebida como líder da equipe, porém a figura do médico é apontada como definindo as condutas:

Eu acho que a liderança em termos de procedimento é o médico, o que fazer, o que não fazer, quando fazer. A gente interfere, tenta ajeitar quando dá, mas enfim... (Entrevistada 2).

Na questão de liderança né, e profissionais que estão envolvidos, o plantonista e a equipe que faz a parte técnica né, a equipe que eu digo é a enfermeira (Entrevistada 1).

Historicamente, a relação entre médicos e os demais profissionais da equipe de saúde vem sendo marcada pelo controle e pela regulamentação por parte dos primeiros (MACHADO, CORREA, 2002).

De acordo com Moreira (1999), os profissionais de enfermagem queixam-se da relação com os profissionais médicos, em virtude de uma hierarquia fortemente verticalizada, demarcada pelo uso da autoridade ancorada na supervisão e gerência das ações.

É necessário acrescentar a essas reflexões que essa hierarquização das relações a qual nos referimos se constitui também de valores simbólicos e vocacionais da enfermagem, por ser um exemplo de concepção de trabalho feminino, baseada em um sistema de qualidades ditas naturalmente femininas, produtoras de desigualdades na sociedade (LOPES, 1996). Essas codificações sociais são fortes e internalizadas o suficiente para permitir que se tornem invisíveis a ponto de serem amplamente exploradas pelo “mundo do trabalho”.

Embora não seja o foco deste estudo discutir relações de gênero, esse tema merece ser citado em virtude da constituição das relações e das lideranças no ambiente hospitalar (LOPES, 1996).

Ainda no que diz respeito a organização e relações de trabalho, diferentes reações são manifestadas pelas profissionais de enfermagem que denotam dificuldades geradas pela assistência ao abortamento: angústia, sentimento de

impotência, tristeza e agressividade perante ao aborto são pontuadas nas falas a seguir:

[...] as pessoas ficam angustiadas sim, principalmente quanto mais adiantada for a gestação mais angústia, porque tu sabe o que tu vai ver. Claro, tem pessoas mais agressivas, ou mais sentimentais e tem pessoas mais neutras, mas a gente percebe que toca sim! (Entrevistada 6).

A realidade é agressiva. É, é muito agressiva (Entrevistada 5).

Outra coisa que a gente percebe é quando o aborto é em adolescentes... uma ansiedade maior, né... Ou quando é em mulheres que já tiveram abortos repetidos... então tem mais a ver assim com o que vai tocar a pessoa naquele momento (Entrevistada 6).

[...] mas assim, impotência pelo porquê que essas coisas não podem ocorrer de outra forma (Entrevistada 6).

PITTA (1999) ressalta que a situação de trabalho das profissionais de enfermagem suscita sentimentos fortes e contraditórios, dentre os quais: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, inclusive ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos. De acordo com essa autora, isso se deve, em parte, ao modo mais contundente com que recai sobre o serviço de enfermagem a responsabilização do exercício das tarefas, pois deve prover cuidados contínuos aos pacientes nas vinte e quatro horas do dia.

No caso específico do abortamento, esses sentimentos também podem ser despertados por essa prática ser contrária à cultura hospitalar de manutenção e prolongamento da vida ao máximo possível, o que de acordo com a autora acima citada é uma característica do ser humano moderno.

Falar de morte se constitui em ousadia não admitida nas relações sociais habituais, cabendo aos que trabalham no hospital produzir a homeostasia entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito (PITTA, 1999, p.32)

Também há trabalhadoras que negam ou se distanciam emocionalmente da prática para se proteger, conforme se evidencia na fala:

[...] eu nem procuro perguntar ou saber, porque daí tu evita envolvimento, tu atende pelo procedimento, pelo estado, não pelos motivos. (Entrevistada 2).

No caso da fala acima, o mecanismo de defesa utilizado foi o distanciamento e a negação de sentimentos, onde os sentimentos precisam ser controlados e as identificações perturbadoras evitadas (PITTA, 1999). As estratégias defensivas basicamente auxiliam os indivíduos a minimizarem sentimentos de culpa, dúvida, incerteza e ansiedade. Correspondem a um ajuste da psique, adequando-se e

ajustando-se para garantir um grau mínimo de satisfação com a profissão escolhida, quando do enfrentamento de situações consideradas desagradáveis, repulsivas ou aterrorizadoras.

Dejours (1992) define diferentemente os mecanismos de defesa do trabalhador, chamando-os ideologias defensivas, que podem se apresentar frente aos conteúdos ergonômicos ou significativos da tarefa. Quanto a este último, salienta que a insatisfação frente ao conteúdo significativo implica um sofrimento que é, antes de tudo, mental.

As trabalhadoras também percebem como violência a prática do abortamento tanto em relação ao feto como à mulher que se submete:

Então, isso é uma violência, então a gente não tá contra o aborto, a gente tá contra a violência que essa mulher, sei lá, foi levada a fazer, ou fez por opção, enfim. Sabe? É muito delicado esse campo. (Entrevistada 5)

por toda essa agressão que a mulher sofre, né... (Entrevistada 6)

Ainda citando o mesmo autor, se faz necessário acrescentar que a satisfação com o trabalho pode se dar no campo simbólico. Como diz o autor “é o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo. Isso depende do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico” (DEJOURS, 1992, p.62).

Houve também a percepção, por parte das trabalhadoras, de que se faz julgamento e do reconhecimento das dificuldades e limitações do ser humano, com a intersecção entre os papéis sociais e o seu papel de cuidadora:

[...] É que é difícil né, porque as pessoas são humanas, o ser humano não consegue separar muitas vezes (Entrevistada 5).

Eu acho que eu tenho bastante gás, sou bem emotiva, sou até meio babaca, sempre fui, tu sempre soube... mas chega uma hora que eu não tenho mais de onde tirar pra dar, eu sei, eu me puxo, a vida tem me mostrado, eu tento me puxar, não, não não, agora que tá difícil? Agora que tu tem que dar! Mas às vezes eu não tenho, né? (Entrevistada 3).

5.4 Humanização e Acolhimento: normativos ou pressupostos?

Apesar do desconhecimento em relação aos significados e às diretrizes da política de humanização, a qual já foi relatada anteriormente, as trabalhadoras conseguem perceber que o atendimento deveria ser conduzido de uma forma “diferente” da que é realizada, como é relatado nas falas seguintes:

A meu ver acolhimento é uma coisa diferente do que é feito aqui. Aqui o acolhimento pra eles é verificar pressão, temperatura e perguntar o motivo da consulta. Isso aqui não é acolhimento. (Entrevistada 4)

[...]Acolhimento não é uma coisa tão simples assim, é muito mais que isso. Acho que não chega a ser acolhimento mesmo, a palavra mesmo já fala né?! (Entrevistada 4)

A trabalhadora, na sua reflexão, se vale do significado da palavra acolhimento para questionar o modo como a paciente é recebida na emergência.

De acordo com a cartilha da PNH, “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, implica em atitudes de aproximação e de inclusão. Entretanto observa-se nas falas acima uma crítica ao modelo de acolhimento estabelecido “tipo triagem”, simplesmente para o estabelecimento de prioridades no atendimento. Essa forma distancia-se do que é sugerido pela diretriz, que pretende firmar esse princípio como um dos de maior relevância ética, política e estética da Política Nacional de humanização do SUS. (BRASIL, 2006a).

Contudo, o próprio Ministério da Saúde admite a dificuldade na mudança dos processos de trabalho, aludindo à dinâmica da expansão e da acumulação predatória do capital no mundo, a responsabilidade pela precarização das relações de trabalho. Com efeito, esse sistema ao mesmo tempo que exclui grande parte da população do acesso às condições mínimas de subsistência, impacta as relações subjetivas, reduzindo-as ao seu mero valor mercantil de troca.

...Entretanto, temos de admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas (Brasil, 2006a).

Quando indagadas a respeito de mudanças ocasionadas pela política de humanização e a diretriz do Acolhimento, as respostas são negativas, no sentido de não perceberem mudanças ou mesmo das diretrizes não serem colocadas em prática:

[...] Não sei te dizer exatamente... Mesmo não conhecendo eu acredito que não mudou muito, porque o pensamento é o mesmo assim... (Entrevistada 4).

Contudo, a iniciativa da instituição de reformular a área física da emergência, representa um esforço inicial de adequação aos novos modos de produzir saúde preconizados para construção e legitimação do Sistema Único de Saúde:

A proposta do acolhimento, articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços (co-gestão, ambiência, clínica

ampliada, programa de formação em saúde do trabalhador, direitos dos usuários e ações coletivas) é um dos recursos importantes para a humanização dos serviços de saúde (BRASIL, 2006, p.16).

As falas também evidenciam, além do desconhecimento, a desacreditação das políticas, evidenciado pelas respostas das trabalhadoras:

A política não. Eu acho que a política não chega aqui. Nem sei se chega a algum lugar pra falar a verdade (Entrevistada 6)

Não, não sei se é meu, se é eu que não enxergo [referindo-se ao fato de não ver na prática a aplicação das políticas], mas a princípio não (Entrevistada 2).

O acolhimento e a humanização nesses setores se dá por um esforço dos profissionais em atender bem, utilizando-se de mobilização dos seus recursos internos e da qualificação recebida (ou não) para tal, sem necessariamente contar com apoio ou incentivo institucional.

Eu acho que a política de humanização, pelo que eu vejo, o pessoal já praticava aqui, a questão de que tu tem os teus valores, né, a forma como tu vê o mundo e como tu gosta de atender e as pessoas assim... (Entrevistada 1).

Eu não percebo mudança alguma assim, nesse processo, pra mim continua igual. Não sei como era antes, mas desde que eu entrei aqui as coisas são assim (Entrevistada 2).

Essa falta de retaguarda institucional, de um apoio mais efetivo para que consiga estabelecer essa relação de escuta, de ficar perto, em situações que muitas vezes representam realidades extremas e contrárias aos valores dos profissionais, surge como desabafo na entrevista:

Então eu acho que tinha que ter uma outra pessoa junto com a gente, né? Agora não agüento mais, então vai lá, entende? (Entrevistada 3)

Na emergência especificamente, setor que a enfermeira assume com outros conjuntamente, esse fato se torna mais aparente, pois sua figura representa para as técnicas essa fonte de apoio:

É, na verdade a assistência deveria prever, até no atendimento a mulher abortando, eu que tô de fora, muitas vezes, que não tem tempo pra isso... (Entrevistada 5).

[...] a enfermeira, que muitas vezes ela não tá lá na frente com a gente, mas ela também é envolvida né? (Entrevistada 4).

Acho que tinha que ter mais uma enfermeira aqui, uma só, uma só que se importasse com as coisas assim, com as pacientes, com a gente, né... (Entrevistada 3).

Cabe lembrar que o conceito de humanização refere-se a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004b) e que a composição da equipe deve privilegiar a multidisciplinaridade. A norma técnica de atenção à mulher em abortamento refere, além da integração de psicólogos e assistentes sociais nesse atendimento, a presença da enfermagem e salienta a sua importância, como presença transversal durante todo o processo de hospitalização:

A Enfermagem também tem papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde. (BRASIL, 2005, p. 18)

Deslandes (2004), ao discorrer sobre a humanização da assistência hospitalar, faz uma síntese que correlaciona como os problemas relativos à comunicação repercutem de forma negativa no cuidado prestado. Da mesma forma, coloca a inexistência de troca de informações e a falta de diálogo como responsáveis por promoção da violência, além de comprometer a qualidade do atendimento, mantendo os profissionais reféns de condições inadequadas de trabalho. Assim sendo, a humanização também é vista como ampliação da comunicação entre trabalhadores e usuários e entre trabalhadores e gestores.

Pensa-se que essa ampliação do processo comunicacional pode ser a via primária de problematização das questões cotidianas que referem-se à humanização mas que tem por base questões também relativas aos processos de trabalho e à organização do trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

As análises das entrevistas e a discussão proporcionada pelos pressupostos interpretativos levou-nos a identificar algumas dificuldades dos setores da instituição em estudo no que se refere à assistência à mulher que se submeteu ao aborto.

Embora já decorrido vinte anos da implantação do SUS, suas políticas e diretrizes, ainda se observa que a gestão hospitalar tem dificuldade em modificar o modelo pré-estabelecido e cristalizado de atenção centrada no desempenho técnico-profissional. Nesse sentido, na situação analisada neste estudo, o atendimento tem por foco a terapêutica em detrimento da mulher assistida. Os mecanismos de defesa das trabalhadoras em relação à realidade que enfrentam acabam por manter esse modelo de atenção, pois fortalecem a ritualização seqüencial do trabalho.

As dificuldades relacionais entre profissionais e entre profissionais e usuárias visualizadas na instituição em estudo são semelhantes às encontradas de um modo geral nas instituições do Sistema Público de Saúde, já foram relatadas e de certa forma previstas pelo Ministério da Saúde, como resultado do processo de trabalho fragmentado:

A fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado (BRASIL, 2004c, p.5)

Os atributos e significados de humanização e acolhimento, embora base sustentadora de um novo modelo de atenção, ainda não estão claros dentro da instituição e são traduzidos como simples melhora do “padrão de atendimento ao cliente”, não sendo ainda compreendidos como melhoria relacional que traz benefícios também para os trabalhadores. Essas constatações são citadas como dificuldades na implementação da PNH, assim como o fato de ser o usuário considerado “alvo” das ações de saúde, como objeto de intervenção do saber profissional. Raramente o trabalhador é incluído nesse processo e quando acontece, geralmente é no sentido de salientar-se que “também é ser humano” (o que pode estar sinalizando que essa evidência está sendo ocultada de alguma forma pelo próprio processo de trabalho), e que por isso merece igualmente “ganhar alguma atenção dos gestores” (BRASIL, 2004c).

Na atualidade, não se evidenciam discussões efetivas a respeito da problemática suscitada pelo abortamento e das práticas assistenciais, assim como parece não haver investimentos na qualificação dos trabalhadores. De acordo com o Ministério da Saúde, no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe, o baixo investimento na qualificação de trabalhadores “diminui a possibilidade de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades” (BRASIL, 2004c, p.5).

A falta de qualificação e implementação de ações efetivas e a desacreditação das políticas evidencia a falta de estratégias definidas em relação ao atendimento à mulher em situação de abortamento. Por outro lado, o fato de não poderem contar com estratégias de seu trabalho adequadas, faz com que prestem uma assistência normativa e contribuam para perpetuar o modelo de atenção fragmentado. A falta de qualificação para o trabalho e particularmente sobre a assistência no abortamento e da realidade do aborto no Brasil, igualmente contribui para o surgimento de julgamentos de valor e preconceitos na assistência.

É necessário salientar a relevância da formação educacional como instrumento de qualificação da assistência, que na instituição em estudo se dá através das trabalhadoras que investem na sua formação fora da instituição. Esse fato aparece como um ícone de mudança no modo de pensar e nas relações entre os sujeitos. Apesar do modo normativo com que são conceituados os princípios da humanização e do acolhimento na maioria das instituições de ensino, são sinalizadas mudanças iniciais e fundamentais para efetivação do comprometimento profissional. De acordo com o Ministério da Saúde, a qualificação é um pilar importante para a consolidação do atual sistema de saúde:

O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida (BRASIL, 2004c, p.5)

Observa-se que a assistência não se dá na integralidade, pois aspectos como aconselhamento, orientação sobre anticoncepção, oferta de métodos anticoncepcionais no pós-abortamento imediato e referenciamento para continuidade da assistência em unidade básica ou serviço especializado, se

necessário, sequer são abordados pela equipe de saúde com as pacientes. Esse fato pode decorrer em virtude de vários aspectos, alguns já relatados anteriormente, como carências no contingente de profissionais de saúde nos setores envolvidos, equipe multidisciplinar minimalista ou desconhecimento de estratégias efetivas desse tipo de assistência. Cabe nesse momento salientar a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente (BRASIL, 2005).

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção é uma medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos (BRASIL, 2005). Nesse sentido, se faz necessário reconhecer que a instituição tem co-responsabilidade com a implantação das políticas, visando o rompimento com o antigo modelo e a consolidação do acolhimento como ferramenta para o processo de trabalho.

Finalmente, deve-se considerar a magnitude dos dados referentes à hospitalização por abortamento, que confirmam a curetagem pós-aborto como o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas internações do serviço público de saúde. Deve-se considerar também que, a mortalidade, apesar da sua relevância, é apenas uma das conseqüências dessa complexa problemática. Sendo assim, é de extrema importância e urgência a priorização da qualificação da assistência às mulheres em situação de abortamento pelas instituições ditas especializadas nesse tipo de atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. **Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisa no Brasil**. Versão preliminar, Brasília, 2008. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf>. Acesso em 30 mai 2008.

_____. Ministério da saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, 2004b. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/05_0050_FL.pdf. Acesso em 27. mai. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Acolhimento no SUS**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_pnh_acolhimento.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2007.

_____. Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Série A, Normas e Manuais Técnicos, Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2008.

_____. Ministério da saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2007.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://200.130.7.5/spmu/portal_pr/destaques_plano_nacional_pr.htm>. Acesso em: 30 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, 2004c. disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_0923_FL.pdf>. Acesso em 03. jun. 2008.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et. al. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, vol.41, nº. 1, p. 36-43, Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a04.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2008.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR. **Pesquisa IBOPE/CDD mostra opinião de brasileiros após a vinda do Papa Bento 16**. Set. 2006. Disponível em: <<http://catolicasonline.org.br/conteudo/editorial08.htm>>. Acesso em 13 nov. 2007.

DALLA ZEN, Ana Maria. A comunicação científica como literatura: o lugar do sujeito na construção do conhecimento. **Em questão**, Porto Alegre, vol.10, nº1, p. 11-22, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://revcom2.portcom.intercom.org.br/index.php/revistaemquestao/article/view/3647/3437>>. Acesso em: 17 out. 2007.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo, Cortez editora, 1992, 168 p.

DESLANDES, Suely F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 9, nº. 1, p. 7-14, Jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em: 13.06.2008.

GARIGLIO, Maria Terezinha; RADICCHI, Antônio Leite Alves. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 13, nº. 1, p.153-163, Jan./Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100020&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 13 jun. 2008.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin. **O inquérito**: teoria e prática. 4. ed. Oeiras, Portugal, Celta Editora, 2005, 336 p.

KELL, Maria do Carmo Gomes. **Integralidade da atenção à saúde**. Texto adaptado. Disponível em: <www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>. Acesso em: 09 jun. 2008.

KOERICH, Magda Santos ET. AL. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, vol. 15, nº especial, p. 178-185, 2006.

LOPES, Marta Júlia Marques. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 50, nº 3, p. 381-390, jul./set. 1997.

_____. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. *In: Gênero & Saúde*. LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. Porto alegre, 1996, Artes Médicas, 156 p. p. 55-62.

_____. Quando a voz e as palavras são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. *In: Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar*: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. Porto Alegre, 1995, Artes Médicas, 203 p. p. 153-188.

LOREA, Roberto Arriada. **Cultura na mesa**. Apresentação de Lena Kurtz e Josmar Leite. Rádio FM cultura, Porto Alegre. 24 ago. 2007, entre 12 e 13 hs.

_____. Acesso ao aborto e liberdades laicas. **Horizontes. Antropológicos**. Porto Alegre, vol.12, nº. 26, p. 185-201, Jul./Dez. 2006. Disponível em: Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010471832006000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 nov. 2007.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet; CORREA, Marilena Vilela. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, vol. 11, nº 3, p. 159-166, Set. 2002. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v11n3/v11n3a06.pdf>>. Acesso em: 16 mai 2008.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 12, nº. 4, p. 665-675, Ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a13.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2008.

MARIUTTI, Mariana Gondim; BOEMER, Magali Roseira. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de enfermagem da USP** São Paulo, 2003; 37(2): 59-71. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/201.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2007.

MARIUTTI, Mariana Gondim; ALMEIDA, Ana Maria de; PANOBIANCO, Marislei Sanches. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 15, nº. 1, p. 20-26, jan./fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2007.

MOREIRA, Marta Cristina Nunes. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol. 7, nº 1, p. 55-65, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13449.pdf>>. Acesso em 16 mai. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de S.; **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo - Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1996, 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 237-248, jul./set. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1993000300002&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2007.

MONTEIRO, Mário Francisco Giani; ADESSE, Leila. Estimativa de aborto induzido no Brasil e grandes regiões. In: XV **Encontro nacional de estudos populacionais**. Caxambu, MG, Brasil, 18 a 22 set. 2006. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2007

MOTTA, Ilse Sodré. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, vol. 5, nº. 2, p. 219-228, Abr./Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n2/a11v05n2.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2008

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Aborto mata 68 mil mulheres por ano**. Notícias, Washington, 18 jul. 2007. Disponível em: <www.onu-brasil.org.br/view_news.php?id=5826>. Acesso em: 22 ago. 2007.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v.1, nº3, 2ºsem./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>>. Acesso em: 24 out.. 2007.

PINTO, Albineiar Plaza. Complicações do aborto clandestino no Brasil. **Fazendo gênero**. Goiânia, nº29, jul./out. 2007. Disponível em: <www.transasdocorpo.org.br/pdfs/FazGen29.pdf>. Acesso em: 12 set. 2007.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4 ed. São Paulo, Hucitec, 1999.

PRADO, Danda. Aspectos importantes a serem debatidos nas questões pertinentes à legalização do aborto. *In*: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas**. São Paulo, 1996. UNESP, 220p. p. 215-220.

ROCHA, Maria Isabel Baltar da. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista brasileira de estudos da população**. São Paulo, v. 23, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982006000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2007.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio: A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde**. 2 ed. São Paulo, Editora Gente, 1996a, 133 p.

SILVA, Rebeca de Souza. Aborto na América Latina. *In*: SCAVONE, Lucila. **Tecnologias reprodutivas**. São Paulo, 1996b. UNESP, 220p. p.135-147.

UERJ, Instituto de Medicina Social; IPAS Brasil: **Magnitude do aborto no Brasil**, 2007. Disponível em: <www.ims.uerj.br/downloads/ipas_ims_seminario_aborto.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2007.

VERONESE, Marília Veríssimo. Subjetividade, trabalho e solidariedade. **Aletheia**, Canoas, nº. 24, dez. 2006, p. 105-113. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1413-03942006000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 jun. 2006.

VIEIRA, Isabela. **Conferência Nacional de Mulheres recomenda a legalização do aborto**. Agência Brasil, 21 de Ago. 2007, documento eletrônico. Disponível em: <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/08/21/materia.20070821.4281110817/view>>. Acesso em: 9 set. 2007.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados - Entrevista**IDENTIFICAÇÃO:**

Categoria profissional: () téc. enfermagem () enfermeiro

Sexo: () fem. () masc.

Idade: ___ anos.

Tempo que trabalha neste serviço: ___ anos ___ meses

Setor em que trabalha: () emergência () centro obstétrico

1 Quais profissionais estão envolvidos com o tratamento das complicações do aborto? Existe liderança de algum profissional?

2 Fale (descreva) seu processo de trabalho – o que você faz na assistência – nesse setor.

3 A assistência de enfermagem sofre influências pessoais (valores, condutas morais, etc.) conforme varia o tipo de atendimento prestado? Quais influências?

4 Como são tratadas as questões relativas ao abortamento, se foi espontâneo ou provocado? Como isso é identificado? Essa diferença influencia de alguma forma no planejamento das ações, na organização e no processo de trabalho?

5 No seu processo de trabalho, você identifica algo que considere passível de mudança no atendimento a essas mulheres?

6 De que forma a política Nacional de Humanização influenciou ou influencia o processo de trabalho no cuidado à paciente que se submeteu ao aborto?

7 O acolhimento, como diretriz do PNH modificou de algum modo o atendimento?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título da pesquisa: O cuidado às mulheres no aborto provocado: um olhar da enfermagem.

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que tem por objetivo principal conhecer e analisar a abordagem terapêutica e os processos de trabalho da equipe de enfermagem no atendimento às mulheres submetidas a procedimentos pós-aborto neste hospital. O tema escolhido se justifica pela importância do acolhimento frente à diretriz de humanização do SUS.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de enfermagem Margeli Luziano Ribeiro sob a supervisão e orientação da prof^a. Dra. Marta Júlia Marques Lopes.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de trinta minutos onde você irá responder a sete perguntas pré-estabelecidas. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados.

Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo, sendo os mesmos armazenados por cinco anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a resolução 196/96).

Eu, _____, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro também que fui informado sobre:

* Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados com esta pesquisa.

* De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento e a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para a minha vida profissional ou pessoal.

* Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

* Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido, em caso de dúvidas ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora Margeli L. Ribeiro, telefone (51)30311760 ou celular (51)81718921, e-mail: mana1302@gmail.com ou com sua orientadora, prof^a. Dra. Marta Júlia M. Lopes no telefone (51)33085251, e-mail marta@enf.ufrgs.br e também no endereço da Escola de Enfermagem da UFRGS: Rua São Manoel, 963, bairro Santa Cecília, Porto Alegre.

*Também que se houverem dúvidas quanto a questões éticas poderei entrar em contato com o Dr. Neio Lúcio Fraga Pereira, coordenador do Comitê de ética em pesquisa do GHC pelo telefone (51)33572407.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do entrevistado



Nome:

Data: __/__/____.

Assinatura da pesquisadora

Nome:

Data: __/__/____.

ANEXO A - Carta aprovação UFFRGS

**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: Nº 20
Versão dezembro/2007

Pesquisadores: Margeli Luziano Ribeiro e Marta Júlia Marques Lopes

Título: O CUIDADO ÀS MULHERES NO ABORTO PROVOCADO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM

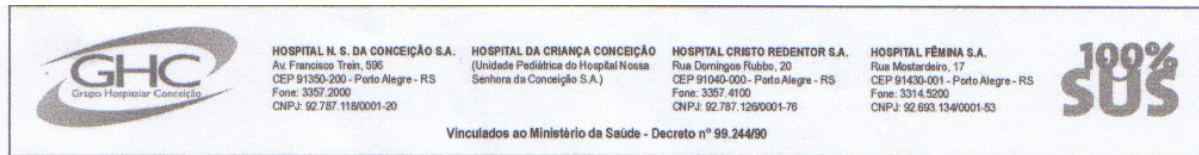
A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 19 de dezembro de 2007.

Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo
Coordenadora da COMPESQ Enf-UFRGS

Prof. Dra. Lilian Cordova do Espírito Santo
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO B - Carta aprovação GHC



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CEPHNSC – GHC**

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 26 de março de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC, em reunião extraordinária de 26 de março de 2008, analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 031/08

FR: 178058

Título Projeto: O cuidado as mulheres no aborto provocado: Um olhar da enfermagem.

Pesquisador(a): Margeli Luziano Ribeiro

Orientador(a): Marta Júlia Marques Lopes

PARECER:

Documentação: Aprovados


Aspectos Metodológicos: Aprovados

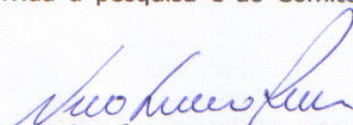
Aspectos Éticos: Aprovado

Parecer final: Este projeto, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo III. Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Enfermagem - 4.04.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


 Dr. Lauro Lutz Hagemann
 Assistente de Coordenação de Pesquisa
 Gerência de Ensino e Pesquisa
 GEP/GHC


Dr. Neio Lúcio Fraga Pereira
 Coordenador CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC fone/fax: (51) 3357-2407 – e-mail: pesquisas-gep.@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
 IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
 Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
 FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378

