

Experiências de atendimentos a mulheres: é possível ver o que não está dito?

Bianca Moraes¹ (Orcid: 0000-0001-9074-8191) (moraes_bia@yahoo.com.br)

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: Este estudo se propõe a narrar práticas de cuidado de profissionais de saúde a mulheres em uma emergência de uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro. Por meio da observação participante, buscou-se compreender o que mobiliza os profissionais nos encontros com as mulheres e seus acompanhantes e como realizam seus atendimentos. Buscou-se dar visibilidade a aspectos deste encontro não percebidos. Em formato de narrativas, o artigo aponta os seguintes processos encontrados no cotidiano das práticas de cuidados: Invisibilidade – Ninguém percebe e Silenciamentos - Sabe que é errado. São questões de tensionamentos sobre o não dito, algo que se encontra naturalizado no cotidiano, somente possível através do estranhamento daquilo que era familiar, sendo esta vivência um espaço de repensar nossas próprias posturas.

► **Palavras-chave:** Práticas de cuidado em saúde. Mulheres. Profissionais de saúde.

Recebido em: 26/01/2021 Revisado em: 14/01/2024 Aprovado em: 26/04/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434093pt>

Editora responsável: Daniela Savi Geremia Pareceristas: Cristiane Colonese e Pricilla Beltrame

Introdução

Este artigo se propõe a trazer narrativas de práticas de cuidado sobre a atuação de profissionais de saúde frente a mulheres que buscam a emergência em uma maternidade hospitalar da rede pública na cidade do Rio de Janeiro. Uma reflexão que convida a repensar posturas e posicionamentos frente aos casos que serão dialogados nesse texto. Trata-se de um tema que busca refletir o dia a dia dos trabalhadores da saúde, a partir do incômodo a naturalizações que por vezes vivemos em nosso contexto laboral.

É apontado como inquietação inicial o próprio processo de trabalho da autora, que atuava em uma maternidade pública como enfermeira, e a partir do momento que passa a enxergar práticas que julgavam mulheres muitas das vezes mobilizadas pela apresentação corporal, por vezes em contextos de vida mais vulneráveis, se coloca a questionar sobre suas próprias práticas de cuidados. Ao se ampliar passou a perceber que já não era possível agir de forma protocolar frente às usuárias que atendia, especialmente quando se tratava de mulheres em processo de abortamento, fosse esse espontâneo ou induzido. Aqueles encontros precisavam de mais generosidade e solidariedade.

O artigo é um fragmento da dissertação de mestrado da autora, que foi defendida e aprovada pelo Instituto de Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Breve contextualização sobre como tem sido a assistência às mulheres em situações de abortamento

A garantia à assistência ao aborto tem amparo legal nos casos de violência à mulher, risco de vida da gestante e situações comprovadamente de fetos anencéfalos. Uma garantia que vem sendo questionada tanto por frentes conservadoras que visam limitar o direito ao aborto, quanto por frentes progressistas que buscam ampliar essa garantia. Um debate público que tem sido extremamente complexo e delicado ao longo dos anos.

Conforme a Pesquisa Nacional do Aborto de 2021, apesar de os dados apontarem redução, o aborto segue sendo uma importante questão de saúde pública (Diniz *et al.*, 2023a). No que se refere à assistência a esse direito pela saúde, o acesso ainda é restrito, limitado a alguns hospitais de grandes centros urbanos (Jacobs; Boing,

2022a). É importante dizer que as lacunas no acesso ao aborto podem levar mulheres a situações de interrupção da gestação de forma insegura e, por vezes, clandestina (Jacobs; Boing, 2022b), e ainda que este acesso não dependa somente da decisão da mulher, mas da avaliação de profissionais de saúde, certamente ele é influenciado por questões éticas, religiosas, sociais, culturais e morais.

O contexto legislativo e histórico sobre aborto não foi suficiente para sua garantia e oferta às mulheres e estas seguem com dificuldade em acessar serviços de aborto legal (Giugliani *et al.*, 2021; Madero; Diniz, 2016). Apesar da garantia constitucional, na prática o baixo acesso ao aborto amparado por lei ainda é marcado por profundas iniquidades e pode ser reflexo da falta de informação, questões morais e concentração geográfica dos hospitais (Jacobs; Boing, 2022b; Madero; Diniz, 2016). Há escassez de serviços para garantia do aborto legal, principalmente no interior do país.

Dentre alguns pontos de dificuldade na garantia da oferta ao aborto legal, está a sensibilização e a capacitação das equipes para composição de equipe multiprofissional para os atendimentos. Há, ainda, entendimentos distintos entre profissionais, sobre se há ou não necessidade de cobrar o boletim de ocorrência do caso, em casos de violência à mulher, para que atendimento seja realizado. Para Madero e Diniz (2016), a cobrança desses documentos tem sido menor, mas ainda acontece. E ainda há profissionais em objeção de consciência que negam o acesso ao procedimento.

No que se refere ao aborto, tanto em situações de amparo pela lei ou não, sempre foi um evento comum da vida reprodutiva de todas as mulheres, em todas as épocas (Diniz *et al.*, 2023a; Diniz *et al.*, 2023b). No contexto de clandestinidade e insegurança, são as mulheres pobres, negras e jovens que possuem os maiores riscos de adoecimento e óbito: “podemos enxergar o racismo e a opressão baseada no gênero e na classe social como determinantes estruturais da saúde” (Giugliani *et al.*, 2021, p. 60). Segundo Diniz *et al.* (2023b), o aborto é mais comum entre as mulheres negras do que entre as brancas.

De acordo com a pesquisa Nacional do Aborto realizada no ano de 2021, uma em cada sete mulheres aos quarenta anos teve um aborto na sua vida (Diniz *et al.*, 2023a). Em comparação com a mesma pesquisa realizada no ano de 2016, em termos aproximados, uma em cada cinco mulheres aos quarenta anos referiu ter feito um aborto, tendo metade utilizado medicamentos (Diniz *et al.*, 2017). Houve redução na proporção de mulheres que necessitaram ser hospitalizadas para finalizar o aborto (Diniz *et al.*, 2023a).

Nos países em desenvolvimento, cerca de 7 milhões de mulheres por ano são hospitalizadas em decorrência de aborto inseguro, e quase todas as mortes por esse tipo de aborto podem ser evitadas. Dentre as mediações, destacamos abortos induzidos legalmente e atendimentos precoces para evitar complicações (OMS, 2019).

No que se refere à clandestinidade, a realização do aborto inseguro pode passar pelo uso de chás, utilização intravaginal de objetos, bem como a utilização de medicamento (Souza *et al.*, 2010). A autora, em seu contexto de trabalho, percebe que conhecemos em momentos distintos a mulher que busca por atendimento ao aborto, seja com amparo legal, em situações de aborto espontâneo ou ainda em consequência de um aborto realizado de forma insegura. Quando o aborto tem o amparo legal e a mulher consegue acessar um serviço público, a conhecemos desde antes da intervenção, reduzindo riscos de práticas em ambientes inseguros e certamente intervindo na redução da mortalidade materna. No entanto, quando a mulher chega ao serviço de saúde em consequência de um procedimento realizado de forma insegura, somente a conhecemos quando sua vida já está em risco, quando já está em curso alguma complicação em distintos graus. É preciso enxergar e se incomodar com esse fato.

É relevante apontar que, para realizar o aborto legal, além da necessidade de capacitação dos profissionais de saúde quanto a abordagem e a não obrigatoriedade de cobrança de documentos, como o boletim de ocorrência, há outra questão que está relacionada à disponibilidade dos profissionais médicos em realizar o procedimento quando amparado por lei, assim como de todos os profissionais em atender, acolher e encaminhar.

Quando falamos em aborto induzido abrangendo aqueles realizados de forma insegura, inclusive àqueles que teriam viabilidade legal, mas que a mulher não conseguiu acessar um serviço público, por vezes há necessidade de atendimento dessa mulher em um serviço de saúde quando já se encontra em situação de gravidade, para isso, há necessidade de acolhimento e abordagem respeitosa, qualificada e responsável.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no que se refere à assistência à saúde está relacionada a uma atitude de bondade e favor por parte dos profissionais de saúde, ou até a uma dimensão espacial, como uma recepção com um ambiente confortável. No entanto, tais perspectivas, quando tomadas de forma separada dos processos de trabalho, há uma redução do acolhimento a uma ação isolada e

descomprometida com processos que busquem responsabilização e produção de vínculo. Assim, é preciso entendê-lo como produção de saúde (Brasil, 2010).

O acolhimento pode ser visto como uma postura ética, que busca dar resolutividade às demandas trazidas, através da responsabilização dos profissionais de saúde, e combate aos processos de “anestesiamento” da escuta e de produção de indiferença frente ao outro. Pressupõe o compartilhamento de saberes e angústias (Brasil, 2010). O ato de acolher somente é exercido a partir dos encontros, das relações estabelecidas no cotidiano, como possibilidade de produção mútua dos sujeitos. Um processo diário de reinvenção de vidas.

A noção de integralidade nos ajuda, pois oferece caminhos importantes para reconceituar essa questão. Para além de sua ampla discussão de sentidos, de uma forma abrangente, ela se revela como recusa ao reducionismo dos sujeitos e deve, necessariamente, pautar as práticas profissionais por uma perspectiva dialógica, com uma escuta cuidadosa que busque entender as necessidades das pessoas (Mattos, 2009).

Afirmamos que acolher enxergando vivências e singularidades requer um olhar cuidadoso e uma escuta solidária. É um exercício de percepção do que nem sempre está dito e a valorização do que é dito e trazido como demanda.

Caminho metodológico

Se um homem parte numa expedição decidido a provar certas hipóteses e é incapaz de mudar seus pontos de vista constantemente, abandonando-os sem hesitar ante a pressão da evidência, sem dúvida seu trabalho será inútil (Malinowski, 1984, p. 22).

Como já relatado, este trabalho é um fragmento da dissertação de mestrado da autora. O campo de pesquisa foi o setor de emergência de uma maternidade pública na cidade do Rio de Janeiro. Para vivência do campo, optamos pela metodologia de observação participante, em que a proposta de imersão no campo se coloca como um dispositivo não só de investigação, mas de interação com realidades, questões, vidas e, a partir de então, como oportunidade para repensar junto ao outro nossas singularidades.

Iniciamos com a proposta de observação dos atendimentos médicos e de enfermagem, mas, no decorrer do trabalho de campo, incluímos impressões de conversas fora do contexto dos atendimentos. Posicionávamo-nos diariamente nas

salas de atendimento, solicitando autorização para observação a cada pessoa envolvida nos atendimentos. A pesquisa foi realizada durante um mês, sempre permanecendo na unidade no mínimo um turno no dia, que poderia ser manhã, tarde ou noite; por vezes, foi possível estar em mais de um turno.

A emergência é uma das portas de entrada da unidade, um setor de alta rotatividade. É composta por uma sala principal onde ficam enfermeiras e técnicas de enfermagem, onde são verificados os sinais vitais das usuárias que chegam e realizada a classificação de risco. O setor possui, ainda, salas para atendimento médico.

O objeto inicial da pesquisa eram os atendimentos às mulheres em situação de abortamento confirmado e em suspeita, mas bem rapidamente tivemos que ampliar o objeto, para incluir todos os atendimentos às mulheres que naquele setor passavam. Dentre os motivos para tal escolha, está a dificuldade de seleção das mulheres, tendo em vista a dificuldade para se identificar com clareza o processo de abortamento de forma tão imediata. Fomos percebendo que identificar as mulheres em situação de abortamento estava no campo da experiência profissional e ainda do julgamento. Então optamos por olhar para tudo o que nossos olhos e sentidos pudessem perceber naquele espaço frente a todos os atendimentos ali prestados.

A pesquisa foi aprovada em Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social sob o parecer nº 170.626. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconizado para pesquisas de campo com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012.

Todos os atendimentos e percepções foram relatados em um diário de campo. A categorização foi definida a partir do que os casos mobilizavam, ora por falas e conversas que chamaram a atenção, ora pelo contexto da vivência no que se referia aos atendimentos. Optamos por agrupar casos em contextos próximos. Nas narrativas que serão apresentadas, usaremos nomes aleatórios para garantia do sigilo das participantes observadas. Em tempo, é importante afirmar que as experiências relatadas nesse texto não puderam ser transmitidas de forma racializada nesse tempo histórico, tendo em vista a falta de olhar da autora, à época.

Estranhar o familiar

Relatamos um encontro inundado pela ampliação do olhar através de nosso reposicionamento a repensar nossa própria atuação. Olhar para dentro foi um produto

de tudo que foi vivenciado, foi uma tarefa de interagir, renarrar, criando instrumentos para reflexão, tensionamento e, quiçá, mobilização de quem quer que seja.

Utilizando a noção de *Habitus*, Bourdieu e Chartier (2011) afirmam que se trata de disposições submetidas a experiências e transformadas por estas. Este campo analítico é um novo *Habitus*, o estranhamento do familiar, do que estava naturalizado, invisível, colocando-nos em um posicionamento antes não vislumbrado.

Roberto Da Matta (1978) afirmou que, para vestir a capa do etnólogo, é preciso aprender uma dupla tarefa: transformar o exótico em familiar e/ou transformar o familiar em exótico. O problema reside em tirar a capa de membro de uma classe e de um grupo social para poder estranhar alguma regra social familiar e, assim, descobrir o exótico no que está petrificado em nós, pela reificação e pelos mecanismos de legitimação. Tomando a “capa do etnólogo”, descrevemos o que até então não era perceptível aos nossos olhos.

Resultados e Discussão

Invisibilidade – Ninguém percebe!

Em um cotidiano de trabalho de muita correria, enfrentamentos, competição e disputa de poder, acabamos direcionando nosso olhar para o que entendemos como foco do nosso trabalho, que por vezes se relaciona às questões clínicas apresentadas pelas usuárias dos serviços de saúde. Nem sempre conseguimos enxergar a pessoa que estamos atendendo em singularidade, saberes e vivências.

Olhemos juntos: Juliana, acompanhada pelo marido, chega à unidade com diagnóstico de aborto retido,¹ com resultado de exame de ultrassonografia em mãos. Passa pela classificação de risco pela enfermeira e segue para o atendimento médico em uma sala reservada. Juliana se senta ao lado da mesa onde estava sentada a médica que a atenderia e seu marido se posiciona logo atrás da sua cadeira. São solicitados seus exames e ao olhá-los, a profissional confirma o aborto. A médica conversa com Juliana sobre a possível conduta e sai da sala informando que faria uma ligação para ver o que seria: “colocar o remédio ou fazer a curetagem”.

No ambiente sem a profissional, Juliana e seu marido conversam sobre qual procedimento seria melhor, concluindo que seria o remédio. Ao retornar, a profissional solicita que Juliana retire a calcinha e se deite na maca para ser examinada. Após o exame, é explicado que seria utilizado o remédio, mas também

que Juliana seria submetida a curetagem. Neste momento, há um silêncio na sala que dura alguns longos segundos.

Então, Juliana quebra o silêncio para fazer uma pergunta: “Vai demorar?” e a profissional diz que a curetagem é um procedimento rápido, mas o colo do útero poderia “demorar para abrir”, logo isso poderia atrasar um pouco a sua alta.

O companheiro de Juliana nesse momento pergunta: “Posso ficar com ela?” e a ele é dada a seguinte orientação: “Agora ela vai para o centro obstétrico para colocar o remédio e depois vai para a enfermaria. Na enfermaria tem horário de visita”. Pergunta ainda se há dúvidas e a resposta é negativa, mas logo em seguida Juliana pergunta: “Quais são os cuidados após a curetagem?”, tendo como resposta: “Você tem direito a quinze dias em casa”.

Durante o atendimento, o companheiro estava suspirando, olhando para o chão e para o teto. Juliana se mostrava angustiada. Sentada, balançava as pernas e por vezes direcionava seu olhar ao companheiro. Teria sido esse um atendimento que gostaríamos de ofertar ou receber? Sugerimos a reflexão. Contudo, parece ter sido criterioso em cumprir com o que seria protocolo frente à queixa. Para o caso de Juliana, a solução foi internar para fazer o procedimento de curetagem.

Teria sido invisível o que foi perceptível a partir da observação? A angústia de Juliana e todos os sinais corporais dela e de seu companheiro não foram suficientes para gerar uma conduta de valorização do que nos pareceu ser um sofrimento diante do que ambos estavam vivendo?

Tomados pela responsabilidade técnica, há um direcionamento da prática de cuidado com a valorização da queixa. Seria possível perceber além do que estava sendo apresentado? Somos treinados a focar nosso olhar no sintoma, na clínica, estando em tempos de ritmo de trabalho de profunda correria, recursos humanos reduzidos, como olhar e perceber pessoas com histórias, experiências e afetações? Como acolher?

Implicar em nos afetar é antes de tudo um desalojar, em que repensar posicionamentos, condutas e ações fazem parte do processo. Experimentar o encontro. Experiência é algo que se relaciona com “o que nos passa, o que nos toca”, e ainda “experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece” (Bondiá, 2002, p. 21). O sujeito da experiência precisa pausar para que algo possa acontecer. Refletir, pensar, enxergar, ouvir, aprender a lentidão, cultivar a arte do encontro (Bondiá, 2002).

Durante todo o atendimento, aconteciam conversas em altas vozes sobre questões particulares das profissionais que estavam do lado de fora da sala, dificultando o diálogo entre a profissional, Juliana e seu companheiro.

Olhemos para outra história: Rosália chega à emergência para atendimento, estava com nove semanas de gestação, também apresentando quadro de aborto retido. No atendimento, a médica pergunta: “Já te explicaram isso aqui?”, no momento da fala, segura o resultado do exame de ultrassonografia. Então Rosália responde: “Sim”.

A profissional explica sobre a possibilidade de ficar internada e, observando a expressão facial de Rosália, pergunta: “Por que você se assustou quando falei que poderia já ficar internada hoje?”. A resposta de Rosália foi em tom tão baixo que não foi possível ouvi-la.

Foi solicitado que Rosália retirasse a roupa para ser examinada. Vale dizer que não havia um espaço privativo para que a usuária pudesse se despir para o atendimento. Envergonhada, retira a calça e permanece de pé, em posição curvada, ao lado da maca. A profissional fala: “Tira a calcinha e deite-se”. Rosália demonstra um sorriso tímido e então acaba de retirar sua roupa e se deita. “Não precisa ter vergonha, pois todo mundo é acostumado com isso”, diz a médica. É preciso valorizar a percepção da profissional primeiro com o susto de Rosália frente à possibilidade de internação e depois diante da vergonha perceptível em se despir.

Rosália se deitou na maca. Não havia nenhum pano próximo que ela pudesse utilizar para se cobrir, tentando amenizar a vergonha que naquele momento era nítida, aos poucos foi relaxando e foi examinada. Após o exame, toque vaginal, foi solicitado que continuasse deitada e assim ela permaneceu. A médica que a estava atendendo, sem falar nada, saiu da sala. Rosália ficou olhando para o teto.

Ao retornar, a profissional se senta e começa a escrever. Entra uma segunda médica na sala de atendimento, que fala com a que já estava sentada, pega uma luva e indo na direção de Rosália fala que irá dar um “toque”; após esse procedimento as duas médicas falam, em voz baixa, somente foi possível ouvir a seguinte frase: “Lá em cima nós conversamos”.

Ainda naquele cenário, entra uma terceira profissional para devolver um equipamento que tinha sido retirado daquele espaço, se debruça por cima de Rosália, que permanecia deitada na maca, para colocar o aparelho em uma prateleira que estava localizada acima da maca. Era um equipamento para ouvir batimentos cardíacos do feto nas mulheres gestantes.

Após a saída das profissionais que entraram na sala na qual estava acontecendo o atendimento, a médica que iniciou o atendimento fala para Rosália: “Pode levantar e colocar a roupa”. Ela então levanta com o corpo curvado e se veste. A profissional termina de preencher a papelada e encaminha Rosália até a equipe de enfermagem para prosseguimento da internação.

Nesta história é interessante notarmos o cuidado inicial da médica com Rosália. Houve um susto de Rosália frente à notícia da necessidade de internação, bem como um nítido constrangimento ao ser orientada a retirar sua roupa naquele espaço sem privacidade. Será possível perceber o que nem sempre é dito em palavras? O corpo expressa significados nem sempre valorizados e perceptíveis por nós, trabalhadores da saúde. Será que aquela médica tão submersa em sua rotina de trabalho e correria de atendimentos não conseguiu perceber Rosália em suas expressões corporais? Por que tantas pessoas circulando em um ambiente que não tinha privacidade para a mulher que estava sendo examinada?

É importante dizer que a observação foi autorizada por todas as pessoas envolvidas durante o atendimento. Pareceu-nos ser um processo de invisibilização, em que o outro deixa de ser percebido em suas singularidades e necessidades frente ao não dito. Será possível, em ritmos tão intensos de trabalho, nos comprometermos em perceber e acolher os sujeitos? Enxergarmos pessoas e não somente queixas? Voltamos a essa questão.

O espaço do atendimento, enquanto espaço de “domínio público”, de acesso liberado a todos aqueles que ali trabalham, fortalece a lógica de objetificação e invisibilização das pessoas que ali se encontram. Repensar práticas de cuidado é também um auto-olhar, reinventar-se, é enxergar nossas ações mais arraigadas, comuns e rotineiras. Perguntar-se em quais momentos deixamos de perceber quem cuidamos? Em que momento entramos na correria dos dias e seguimos no ritmo que nos é imposto, sem nos permitir olhar e sem conseguirmos enxergar? As histórias aqui apresentadas são convites à recriação para aqueles que passam por esse movimento. Sempre podemos melhorar o que de melhor acreditamos estar fazendo.

Outra história observada: Fabiana, uma jovem mulher, chega desacompanhada, apresentando também quadro de aborto retido. Estava na décima nona semana de gestação. Seria seu primeiro filho. Apresentava-se bastante abalada e com face de choro. Passou primeiro pela classificação de risco pela enfermeira. Um atendimento que não foi possível ouvir, mas somente observar. No atendimento médico, Fabiana

foi informada que precisaria ficar internada para realização do procedimento de curetagem. Permaneceu calada e com olhar voltado para o chão. Parecia triste. Ao sair da sala, foi orientada a aguardar a internação sentada em uma cadeira na sala principal, onde era realizada a classificação de risco e verificados os sinais vitais pela equipe de enfermagem. Fabiana sentada chora de forma contínua e contida. Ninguém percebe! Ninguém percebe!

Parece-nos que os três casos têm em comum o foco do olhar clínico no atendimento prestado a Juliana, Rosália e Fabiana, e invisibilização do que nos poderia ser dor, sofrimento, tristeza que era a experiência e intensidade de viver aquela realidade.

É possível que tenhamos já agido de forma parecida em nosso dia a dia de trabalho. A narrativa traz a potência de nos fazer ver o que está imbricado nesse contexto e chama nossa atenção para o quanto há de vivência, que já não é mais perceptível para nós. Abrir os olhos para ver é um exercício diário e contingencial.

Seguimos...

Silenciamentos - Sabe que é errado!

Após dias de observação do atendimento que era realizado na emergência às mulheres que ali chegavam e seus acompanhantes, foram perceptíveis alguns momentos de silenciamentos. Pareceu-nos que geravam, como consequência, não se envolver com determinada situação, não explorando fatos que poderiam ampliar o olhar e o contexto do cuidado para além da queixa clínica trazida.

O atendimento conduzido por uma postura fragmentada é por vezes influenciado por regras institucionais que devem ser cumpridas, reforçadas ainda por uma rotina com muitos papéis a serem preenchidos. Isso pode ser o limite para a realização de um atendimento mais atento, mais demorado, mais perceptível. A produtividade nos parece ser algo imperativo e que perpassa o mundo do trabalho, que merece destaque e questionamentos em outros momentos.

Atentemos para a seguinte história observada: Maria, uma mulher jovem, chega à unidade com onze semanas de idade gestacional, apresentando relato de sangramento vaginal e febre. Enquanto seu risco era classificado pela enfermeira, Maria respondia às questões que lhe eram feitas em voz baixa e com a mão sempre na boca. Na folha de atendimento da enfermeira, está escrita a seguinte frase: “refere aborto provocado com uso de Citotec”.

Quando Maria se afasta da mesa na qual estava sendo atendida, enfermeira relata: “Trato como normal, não faço muitas perguntas. Às vezes falo: ‘Não faz isso!’, mas ninguém sabe sobre o corpo e a história da mulher, o que a levou a optar pelo aborto”.

No atendimento médico, Maria é indagada sobre sua queixa e então responde: “Febre e dor na barriga”. E a médica: “O que você fez?”. A resposta de Maria foi em voz muito baixa, não foi possível ouvir. A profissional então fala: “Pode falar, não tô aqui para te julgar”. Mas não falou nada. Maria foi examinada e informada que seu colo do útero estava fechado e que precisaria realizar um exame de ultrassonografia. E então a médica disse: “Do jeito que tá não dá pra saber. E aí o ideal é que fizesse hoje mesmo e trouxesse, pois dependendo do caso, vamos internar e fazer a curetagem. Você pode fazer, hoje, particular?”. Nesse dia não havia exame de ultrassonografia sendo realizado na unidade.

Parece-nos haver uma certa naturalização frente a mulher que talvez tenha se submetido a um aborto inseguro e um “não envolvimento”, que se justifica com a frase “trato como normal”, implicando um possível entendimento das histórias que levaram a mulher a optar pelo aborto.

Vejamos outra história: Amora, uma mulher jovem, chegou à emergência apresentando sangramento vaginal. Havia a necessidade de internação para realização do procedimento de curetagem. É encaminhada para internação e após a sua saída, a enfermeira comenta conosco: “Se você visse como ela chegou. Eu acho que ela tomou alguma coisa. Elas têm medo. Sabe que é errado, mas fazer o quê? Não estamos aqui para julgar, e sim para atender”. Profissional fala sobre como ela sabia que a mulher tinha ingerido alguma coisa, dizendo: “Pelo jeito dela falar, pelo que falou, quando elas chegam assim marrentas”. Termina dizendo que as mulheres têm medo em informar o que fizeram, diz: “Elas têm medo. Fazer o quê? Não muda nada. Elas serão atendidas da mesma forma”.

A postura de silenciamento da enfermeira frente a Amora nos parece ser motivada pelo entendimento de haver um silenciamento da usuária, interpretado como a afirmação de que há consciência que fez “algo errado”, e ainda um provável medo das consequências do falar, talvez por um sentimento de culpa por algo errado. Assim, o atendimento passa a ser focado no que Amora apresenta como queixa. É um território onde o julgar está relacionado ao perguntar, ao questionar, mas não fazer perguntas é também não se envolver. Silenciamento que produz um silenciamento.

Será a certeza de realização de algo errado por Amora, baseada em suas atitudes, seu jeito de falar, que tem como consequência o julgamento não dito que pauta o atendimento? Silencia-se o julgamento, mas este não deixa de existir e pautar a condução do atendimento prestado, que no final afirma este pensamento quando diz: “Não muda nada. Elas serão atendidas da mesma forma”.

O sentimento de culpa de Amora pode ser real, nem sempre a mulher que passou por um aborto inseguro, ou ainda, que sofreu um aborto espontâneo se sente à vontade para falar sobre, podendo estar triste ou até aliviada pela situação. No entanto, para que seja possível falar, é preciso que haja alguém capaz de ouvir (Brasil, 2001). Não somente ouvir, mas querer ouvir buscando criar espaço de acolhimento e proteção. Saber ouvir, através de uma escuta cooperativa e solidária, pode ser um caminho potente para a implementação de uma prática de cuidado mais acolhedora e integral.

Conclusão

A partir da expectativa de enxergar e dar visibilidade às práticas de cuidado de profissionais de saúde frente a mulheres que buscam atendimento em uma emergência de uma unidade hospitalar pública, percebemos que silenciamentos e invisibilidade das mulheres e de suas questões não trazidas foram achados importantes e potentes para a proposição de tensionamentos. Contudo, o movimento realizado nesta pesquisa já nos permitiu refletir e repensar práticas do cotidiano de vida, o que nos parece ter sido possível a partir do deslocamento para o lugar de observador, levando-nos a estranhar o que antes era assustadoramente familiar. Fica o convite para nos colocarmos a refletir e enunciar questões dos nossos processos de vida antes não percebidos e naturalizados.

Para finalizar, a experiência de James nos provoca a um reolhar e renarrar nossas práticas de cuidado e de vida:

James durante uma viagem pelos Montes Apalaches, a uma clareira onde a floresta tinha sido derrubada, o seu entendimento, ao ver aquela imagem, foi de destruição da floresta, porém ao encontrar um lavrador, o mesmo lhe diz, feliz, que somente ficam felizes quando começam a plantar aqueles descampados. O que para James era o cenário de morte, para o lavrador era uma batalha, uma luta que se iniciava (Rorty, 1989, p. 81).

Com o apoio de Rorty (1989, p. 323), “devemos estar atentos às pessoas marginalizadas – às pessoas em quem ainda pensamos, instintivamente, como Eles, em vez de Nós. Devemos tentar observar nossas semelhanças”. É possível nos

apropriar de nossas contingências para construir um ser humano distinto daquele que temos sido? Fica a questão para quem, a partir deste texto, se proponha a refletir e possibilitar reencontros.

Agradecimentos

Agradeço profundamente e deixo registrado meu carinho e respeito ao querido professor e amigo, Ruben Araujo de Mattos, que foi parceiro e orientador para que a dissertação que dá origem a este artigo fosse realizada. Ruben partiu no Natal de 2020.

Referências

- BOURDIEU, P.; CHARTIER, R. *O sociólogo e o historiador*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78, de 18 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-78-de-18-de-janeiro-de-2021-299578776>. Acesso em: 15 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Editora MS, 2010.
- DA MATTA, R. O ofício do etnólogo ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E. de O. A aventura sociológica: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 23-35.
- DINIZ, D. *et al.* Aborto e raça no Brasil, Pesquisa Nacional de Aborto 2016 a 2021. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 3085-3092, 2023b.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. National Abortion Survey – Brazil, 2021. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1601-1606, 2023a.
- DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADERO, A. Pesquisa nacional de Aborto 2016. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017.
- GIUGLIANI, C. *et al.* *Violência Sexual e direito ao Aborto legal no Brasil: fatos e reflexões*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2021.
- JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 3689-3700, 2022a.
- JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 4, p. e210179pt, 2022b.

MADERO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de Aborto Legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 563-572, 2016.

MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental*. Um relato do empreendimento e da aventura dos motivos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO. 2009, p. 43-68.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Preventing unsafe abortion*. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>. Acesso em: 14 out. 2021.

SOUZA, Z. C. S, do N. *et al.* Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 732-736, 2010.

RORTY, R. *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Nota

¹ O abortamento retido “curse com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça” (Brasil, 2011, p. 31).

Abstract

Experiences in providing care to women: is it possible to see what is not said?

This study aims to narrate the care practices of health professionals for women in an emergency room at a public maternity hospital in the city of Rio de Janeiro. Through participant observation, we sought to understand what mobilizes professionals in their encounters with women and their companions and how they provide care. We sought to give visibility to aspects of this encounter that are not perceived. In the form of narratives, the article points out the following processes found in daily care practices: Invisibility – No one notices and Silencing – They know it is wrong. These are issues of tension over what is not said, something that is naturalized in everyday life, only possible through the estrangement of what was familiar, and this experience is a space to rethink our own attitudes.

► **Keywords:** Healthcare practices. Women. Health professionals.

