



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**MARIA MADALENA DE SOUZA MATOS TORRES**

**PERSPECTIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O ABORTAMENTO**

**GOIÂNIA-GO  
2013**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**



**MESTRADO EM CIÊNCIAS  
AMBIENTAIS E SAÚDE**

**MARIA MADALENA DE SOUZA MATOS TORRES**

**PERSPECTIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O ABORTAMENTO**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Ministrado pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), para a obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lícia Maria Oliveira Pinho.

**GOIÂNIA-GO  
2013**

**TORRES, M. M. de S. M. PERSPECTIVAS DE MULHERES QUE VIVENCIARAM O ABORTAMENTO.** Dissertação apresentada a Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) para a obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

**Aprovado em 27 de março de 2013.**

**Banca examinadora:**

**Professora Dr<sup>a</sup> Lícia Maria Oliveira Pinho**      **Instituição: PUC-GO**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Professora Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão**      **Instituição: PUC-GO**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Professora Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa**

**Instituição: UFG/FEN**

**Julgamento:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho aos meus amados, Emerson e Isabela. O apoio e a presença de vocês nesta etapa de minha vida fizeram com que a caminhada valesse a pena.*

## **Meus Sinceros Agradecimentos**

**A Deus**, por permitir a realização deste sonho em busca do conhecimento, por me proteger durante as viagens, guardar minha família nas minhas ausências e permitir que chegasse ao final desta etapa.

**Ao Émerson**, meu amado companheiro, enviado por Deus; sem seu apoio incondicional, não teria coragem de seguir adiante.

**Aos meus pais** que, com simplicidade e sabedoria, me ensinaram que tudo posso no Deus que me fortalece. O cuidado que vocês dispensaram a minha família, durante minhas ausências, foi imprescindível para me deixar tranquila e seguir em frente.

**A minha Isabela**, presente de Deus, por me mostrar quão maravilhosa é a vida junto daqueles que amamos. Com você, minha filha, redescobri o valor inestimável da família.

**Ao meu amado irmão Eduardo**, pois com você tive a maior certeza da minha vida: "O meu Deus é o Deus do impossível". Obrigada por me mostrar que para termos a vitória basta acreditar, sempre e incondicionalmente, no Criador de todo o universo.

**A minha comadre, Nathalie**, pelas palavras sábias nos momentos difíceis. Por me ensinar com ações o que vale a pena na caminhada da vida terrena. Você me ensina, diariamente, o sentido da verdadeira amizade.

**As amigas, Sueli e Walderly**, pelo carinho, estímulo e orações para que tudo desse certo no final. Vocês são grandes incentivadoras da minha carreira profissional e me impulsionaram nesta caminhada.

**À instituição FASB, na pessoa do Sr. Tadeu Bérghamo**, por acreditar no meu potencial e proporcionar a minha profissionalização.

**Às colegas Juliane e Joelma**, pela companhia durante as viagens e aulas. Foram muitos "perrengues", mas ao final tudo deu certo para nós.

**À Marilissa Dobrachinsk, coordenadora do curso de enfermagem da FASB**, pela confiança no meu trabalho e por facilitar as minhas obrigações acadêmicas de modo que não impedisse a realização desse sonho.

**Aos colegas de trabalho da FASB** que, me substituindo nas ausências, contribuíram para que a qualidade do nosso trabalho não se prejudicasse.

**A minha mestre, amiga, Dr<sup>a</sup> Lícia**: sua firmeza, docilidade, sabedoria e exemplo de vida fizeram-me sentir disposta a enfrentar tudo e todos na concretização dessa etapa vencida. Seus ensinamentos e conselhos tornaram a caminhada mais suave e feliz. Certamente, você será sempre uma luz a me guiar.

**A minha querida mãe do coração, Meyre (*in memoriam*)**, preciosa amiga de todas as horas, nunca poupou esforços para me mostrar a beleza das pequenas coisas da vida, principalmente, o perdão, a humildade e o amor. Saudades eternas!

**À Secretaria Municipal de Saúde de Barreiras**, que contribuiu de alguma forma, para que o processo se tornasse mais fácil.

**Aos amigos visíveis e invisíveis** que torceram por mim sempre com uma palavra de incentivo e carinho. Por não citar o nome de cada um agradeço-lhes, pois foram e são muito importantes para o meu crescimento.

**Às alunas Letícia, Marcela e Eliane**, que entenderam as minhas ausências e souberam caminhar com as suas próprias pernas em determinados momentos do ano que se passou. Vocês foram mais que alunas, foram filhas obedientes e fiéis que ganhei de presente.

**À equipe do programa de mestrado da PUC/GO**, pelo empenho em tornar a nossa formação profissional cada vez melhor.

**Às mulheres participantes desta pesquisa**, vocês justificaram meu caminhar. Sem suas respostas não seria possível desvelar o fenômeno em profundidade, nem contribuir para a melhoria da assistência daqui por diante.

**Às professoras Dr<sup>a</sup> Maria Eliane Liégio Matão, Dr<sup>a</sup> Venessa da Silva Carvalho Vila e Dr<sup>a</sup> Maria Alves Barbosa**, por contribuírem com suas sugestões valiosas na fase de conclusão desta pesquisa.

*"Tudo que vem de Deus deixa a  
alma tranqüila mesmo diante  
de aflições e contradições".*

*Padre Pío Pietrolcina*

TORRES, M. M. de S. M. **Perspectivas de mulheres que vivenciaram o abortamento.** 2013. 84f. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), Goiânia, Goiás, 2013.

## RESUMO

Apesar das mudanças sociais advindas das lutas feministas, ser mãe ainda faz parte da realização de vida da maioria das mulheres. Sem ela não há continuidade da família. Diante disso, vê-se a maternidade como possibilidade de vida. Quando se frustra essa condição, em decorrência do abortamento, sérias consequências emocionais podem se gerar e uma nova gestação, possivelmente, tornar-se-á delicada. Este estudo teve como objetivo desvelar os significados e sentimentos vivenciados pelas mulheres diante de uma experiência de abortamento no município de Barreiras, Bahia. Optou-se por um estudo qualitativo, descritivo com análise fenomenológica. A amostra compreendeu dez mulheres, que vivenciaram o abortamento, independentemente das causas. A coleta de dados se fez a partir de entrevista semiestruturada. As mulheres relataram a experiência do abortamento como uma vivência ruim, momento difícil e complicado, permeado por sentimentos de incompetência, culpa, vazio na alma, luto, frustração, tristeza, decepção, fracasso, medo, angústia, negação, vergonha e resiliência. O sentir-se cuidada mesclou-se pela ambiguidade entre a atenção recebida, a boa assistência, cercada por pessoas competentes, carinhosas e os sentimentos de preconceito, discriminação quanto à etiologia do aborto e falta de acolhimento e humanização. Os resultados evidenciam necessidade de mudanças no cuidar do “Ser” em sua individualidade e singularidade, no acolhimento e olhar humanizados. Os profissionais necessitam despir-se de seus preconceitos e valores quando cuidam do outro. A academia precisa inserir valores humanos de compaixão, amor e carinho pelo usuário cuidado. Nós, professores, devemos ser multiplicadores desses valores, participantes de um programa de educação permanente direcionada aos profissionais em campos de prática. O sistema de saúde deve averiguar lacunas existentes na rede de serviço, tendo em vista a qualidade da assistência.

**Palavras-chave:** Abortamento; Fenomenologia; Assistência à mulher.

TORRES, M. M. S. M. **Perspectives of women who experienced abortion.** 2013. 84f. Dissertation in Environmental Science and Health, Catholic University of Goiás (PUC-GO), Goiânia, Goiás, 2013.

## **ABSTRACT**

Despite the social changes resulting from feminist struggles, being a mother is still desired for most women. The woman was born to gestate; there is no family continuity without her. Therefore, motherhood is seen as a possibility of life. When this possibility is frustrated as a result of abortion, serious emotional consequences can be generated and a new pregnancy can become complicated. This study aimed to reveal the meanings and feelings of women who had an abortion experience in Barreiras, Bahia. It was carried out through a qualitative and descriptive study with a phenomenological analysis. The sample consisted of ten women who have experienced abortion, regardless of the causes. The data collection was made from semi-structured interview. Women reported the experience of abortion as a bad experience, a difficult and complicated moment; permeated by feelings of inadequacy, guilt, empty soul, grief, frustration, sadness, disappointment, failure, fear, anguish, denial, shame and resilience. Their feelings of care were mixed by the ambiguity among attention, good health assistance, competent and tender people, prejudice, discrimination (as to the etiology of abortion) and lack of acceptance and humanization. The results showed the need for changes in the care of "Being" in their individuality and uniqueness, in welcoming and caring humanized. Professionals need to undress to their prejudices and values when caring for the other. The academy needs to insert human values of compassion, love and caring by user. We teachers must be multipliers of these values in a program of continuing education to professionals in the practice fields. The health system should examine gaps in the network service to improve the care quality.

**Keywords:** Abortion; Phenomenology; Woman care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento  
CMM – Conferência Mundial sobre a Mulher  
CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher  
CNPPM – Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres  
CP – Código Penal  
DTG – Doença Trofoblástica Gestacional  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HIV/Aids – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
MS - Ministério da Saúde  
NOAS/SUS – Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PAISM – Programa Nacional de Saúde da Mulher  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PUC/GO – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 OBJETIVO GERAL .....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	20
3.1 O CENÁRIO DO ABORTO NO BRASIL E A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM) ....	21
3.2 ASPECTOS CLÍNICOS DO ABORTAMENTO .....	27
3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	31
3.4 ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO .....	33
<b>4 MÉTODO</b> .....	37
4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	38
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	42
4.3 PERCURSO METODOLÓGICO .....	42
4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	43
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	45
5.2 ABORTAMENTO É UM FATO QUE MARCA PARA SEMPRE.....	45
5.3 ATENDIMENTO (DES)HUMANIZADO.....	56
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	72
<b>APÊNDICES</b> .....	78
<b>ANEXOS</b> .....	81



---

**1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

As mudanças que ocorrem no organismo materno durante a gravidez são saudáveis e envolvem aspectos físicos, sociais e emocionais. Na maioria das vezes, a gestação evolui sem intercorrências. No entanto, existem casos onde há maior probabilidade de uma evolução desfavorável tanto para a mãe quanto para o feto (BRASIL, 2010a). Em decorrência dessa situação delicada, a gestação tem um significado peculiar para cada mulher. O simbolismo varia conforme cada personalidade, associada à história de vida e ao momento atual de cada uma. Tanto nos casos de gravidez desejada e planejada, quanto na não planejada, a gestação traz alterações na identidade feminina uma vez que, além de alterar o físico outras questões relacionadas à sua identidade também são atingidas, a exemplo da relação que passará a ter com seu corpo, com o pai da criança e os planos para a sua vida a partir desta gestação. Quando se perde a gravidez conscientemente almejada, essas modificações podem ser mais devastadoras, pois podem causar a impressão de fracasso pessoal (BENUTE et al., 2009).

A maioria dos óbitos e complicações surgidas na gravidez, no parto e puerpério pode ser prevenível, desde que se conte com a participação ativa do sistema de saúde. Ou seja, este deve estar organizado, nos seus níveis de complexidade, para atender as demandas das gestantes, pois uma gestação que está transcorrendo bem, pode se transformar em uma gestação de risco, a qualquer momento de sua evolução (BRASIL, 2010a). Diante disso, o Ministério da Saúde (MS, 2010a) recomenda a necessidade de uma avaliação dinâmica dos fatores de risco com a finalidade de evitar situações com desfechos desfavoráveis, a exemplo do abortamento e parto prematuro, dentre outras complicações.

Segundo Borsari (2012) vários estudos apontam o abortamento como um problema de saúde pública que sofre influência de múltiplos fatores inter-relacionados, tornando o problema de intensa complexidade. Torna-se necessária, além de uma política de saúde eficiente, uma assistência humanizada por parte dos profissionais.

A palavra abortamento vem do latim “ab” = privação + “ortus” = nascimento, significa, pois, suspender o processo natural da gravidez, tendo como resultado a morte de um ser humano antes que ele tenha condição de ter uma vida extrauterina. O abortamento envolve todas as fases de interrupção da gravidez que culmina com o aborto, considerado a vida expulsa do ventre materno (SILVA, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2012, p. 161), o abortamento é “*a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g*”. Quanto à intenção, ele pode ser espontâneo ou provocado. Diz-se que ele é precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semana (BRASIL, 2012).

Na França, desde o ano de 1975, a gravidez pode ser interrompida em qualquer idade gestacional quando há grande probabilidade de o feto ser portador de alguma patologia grave, considerada incurável, diagnosticada no período pré-natal. Essa prática também é legalizada na Espanha que permite no seu Código Penal (CP) que o aborto aconteça nas primeiras vinte e duas semanas de gravidez. Já Portugal, desde 1984, quando reformulou o seu CP, permite que o abortamento seja realizado até a 16ª semana de gestação quando se trata do chamado aborto eugênico, ou seja, aquele que tem como causa problema genético do feto (SILVA, 2002).

No caso da América Latina, Cuba é o único país onde o abortamento é amplamente permitido. No Panamá consta, expressamente em seu código jurídico, a admissão do abortamento eugênico. E o Uruguai permite o chamado abortamento social, considerado quando a gestante possui baixa condição socioeconômica ou em caso da mesma apresentar angústia decorrente do estado gestacional (SILVA, 2002).

Juridicamente no Brasil, essas situações não são permitidas e o aborto é classificado no Código Penal Brasileiro no Título “Dos Crimes Contra a Pessoa” e no capítulo “Dos crimes contra a vida”. Para efeitos penais, o concepto vive e é considerado como pessoa, portanto deve ser protegido desde a fase de ovo até o início do processo do parto. Dessa forma, o autoaborto e o aborto praticados por terceiros não são permitidos no Brasil assim como em outros países (JESUS, 2011).

Por outro lado, o aborto acidental e o natural não são considerados crime, mas utilizar qualquer meio seja ele químico (com utilização de substâncias orgânicas ou inorgânicas), físico (com métodos mecânicos, térmicos e elétricos) ou psíquico a fim de interromper a gravidez e causar a morte do feto é passível de punição (JESUS, 2011).

Por se tratar de prática ilegal, salvo em algumas situações descritas no CP brasileiro, o aborto constitui-se em um tema polêmico, cheio de tabus e preconceitos que envolvem discussões nos âmbitos jurídico, religioso, social e da saúde.

Atualmente, intensificam-se as discussões acerca do assunto, uma vez que o Ministério da Saúde tem reestruturado as políticas de saúde da mulher implantadas desde o ano 1984. Estas se pautam nos princípios e diretrizes da descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, integralidade e equidade e, ainda assim, os índices de abortamentos são considerados além do esperado (BRASIL, 2011b).

Entretanto, torna-se difícil mensurar a real incidência do aborto no Brasil, principalmente os clandestinos, pois nem todas as mulheres buscam assistência pós-abortamento nos serviços públicos de saúde. Algumas finalizam o aborto em seus próprios domicílios ou evoluem para o óbito e, dessa forma, os casos são subnotificados. Devido a essa subnotificação e às complicações associadas à ilegalidade, faz-se necessário que medidas preventivas e de promoção à saúde reprodutiva sejam adotadas pelo poder público, a fim de minimizar as taxas de mortalidade em mulheres por causa das complicações de aborto (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a Conferência do Milênio, em setembro de 2000 e o Brasil foi um dos países participantes. No item Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, quatro dos oito objetivos têm relação direta com a saúde sexual e reprodutiva: promoção da igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; o combate ao HIV/Aids e outras doenças; melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2010b).

No ano de 2006, o Brasil firmou entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto pela Saúde, que inclui objetivos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, tais como a redução da mortalidade materna e infantil; controle do câncer de colo de útero e de mama; promoção da saúde e fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2010a). Os protocolos do MS (2010b) recomendam que medidas de educação em saúde reprodutiva tais como: orientação quanto aos métodos contraceptivos, divulgação e oferta da importância da anticoncepção de emergência, além da garantia de suporte emocional e social, seriam de grande valia para redução da elevada ocorrência de gravidez indesejada e/ou não planejada. Conseqüentemente, tais iniciativas contribuiriam para a redução do número de abortamentos provocados e inseguros em nosso país. Para tanto, é imprescindível uma assistência de qualidade em todos os níveis de gestão (municipal, estadual e federal) que garanta o acolhimento/aconselhamento, educação em saúde,

competência técnica dos profissionais, tecnologia disponível e relacionamento pessoal sustentado pelo respeito à dignidade humana e pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Apesar dos avanços nas políticas de saúde, com a implantação e implementação do SUS, percebo que ainda existem “falhas” na execução e/ou operacionalização das ações de saúde da mulher no âmbito municipal, mais especificamente, na área de planejamento familiar e distribuição de métodos contraceptivos. Segundo o MS (2011b), muitas mulheres recorrem à prática do aborto por não terem planejado a gravidez, tornando-a, assim, indesejada. Por outro lado, existem ainda, muitas outras que desejam e planejam a gravidez, mas, por algum fator, acabam perdendo seus fetos que evoluem para um abortamento espontâneo, provavelmente por conta de uma assistência pré-natal deficiente.

Corroborando, o MS (2011a) acentua que, por ser a maternidade a representação simbólica de feminino, do Ser “MULHER”, o aborto pode sugerir uma recusa da condição de “ser mãe”. Em decorrência, os profissionais das unidades de saúde podem também interpretar com muitas restrições a situação de abortamento.

Diante disso, surgiu-me o questionamento que direcionou a trajetória deste estudo, tornando-se o tema de minha pesquisa: Quais os significados e sentimentos vivenciados pela mulher diante de uma experiência de abortamento? Deu-se meu interesse em virtude das observações vivenciadas em uma Maternidade como enfermeira assistencial desta unidade, bem como durante as supervisões de estágio da disciplina Cuidados de Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal, pois sou docente em uma faculdade em Barreiras/BA, desde o ano de 2007.

Percebi, ao longo desses anos de trabalho, a ocorrência de aborto em mulheres nas várias faixas etárias do seu ciclo reprodutivo. No ano de 2010, a unidade assistiu, em média, a 15 mulheres/mês na faixa etária acima dos dezoito anos. No decorrer do ano de 2011, essa média se manteve estável. Já em 2012, a média aumentou para 18,33 mulheres/mês (MATERNIDADE MUNICIPAL DE BARREIRAS, 2012).

Pelo fato de o aborto provocado tratar-se de uma prática ilegal no país, nem sempre as causas do abortamento são bem esclarecidas pelas mulheres ao profissional que está prestando a assistência. Culturalmente, por associar-se o aborto à clandestinidade, elas temem o julgamento e preconceito por parte de terceiros, uma vez que já existem políticas de atenção que podem evitar uma

gravidez não planejada e/ou não desejada. Por essa razão, alguns profissionais de saúde acabam emitindo juízo de valor sobre aquela mulher, deixando transparecer, mediante a prestação de seus cuidados, um preconceito que se reflete na qualidade da assistência prestada (BRASIL, 2011b).

Suponho que, diante do peso social e cultural de ilegalidade, a sociedade atribua o abortamento às mulheres, independentemente de sua intencionalidade. Elas, em sua maioria, optam pela não exposição de seus sentimentos e percepções acerca da experiência vivenciada, diante do profissional que lhes presta assistência. Sentimentos estes variados, que se expressam desde a frustração, a tristeza, a angústia por não ter conseguido levar a gravidez adiante até a culpa por interromper a existência de uma vida ou um sentimento de alívio por se livrar de uma gravidez indesejada. O fato é que a mulher pode sentir-se constrangida em revelar os reais motivos de um abortamento diante de uma pessoa desconhecida e, muitas vezes, desinteressada em ouvi-la, preocupada apenas em executar as técnicas da prestação da assistência.

Em meio a uma variedade de percepções, discussões e questionamentos acerca do tema, esta pesquisa justificou-se pela busca de respostas para minimizar os índices de aborto, sejam eles decorrentes de gravidez indesejada ou de falhas existentes nos serviços municipais de planejamento familiar e/ou pré-natal. Um tratamento competente e humanizado poderá reverter este quadro.



---

**2 OBJETIVOS**

## 2.1 OBJETIVO GERAL

Desvelar significados e sentimentos do abortamento para as mulheres que o vivenciaram.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as causas do abortamento vivenciado pelas mulheres assistidas na referida maternidade;
- Descrever a assistência prestada pelos profissionais da saúde na perspectiva de mulheres em situação de abortamento durante a internação hospitalar.



---

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 O CENÁRIO DO ABORTO NO BRASIL E A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PNAISM)

Os programas de saúde da mulher elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970 priorizavam ações restritas, voltadas às necessidades materno-infantis como uma forma de minimizar a condição de vulnerabilidade a que o grupo de gestantes e crianças se expunha naquela época. Inicialmente, as demandas eram relativas à gravidez e ao parto, uma vez que se tinha uma visão da mulher relacionada ao seu papel de mãe e dona de casa, responsável pela criação e educação da prole e pelo cuidado com a saúde dos filhos e familiares (BRASIL, 2011a; 2011b).

O período de 1964 a 1979 foi a época mais rigorosa sobre o tema abortamento, pois as discussões públicas eram raras. Não havia um debate democrático acerca do assunto. Nessa época, o governo mantinha a acusação do aborto, com exceção aos casos de estupro e de risco de vida para a gestante. Alterava, porém, as penalidades às mulheres que o praticavam, introduzia controle do Estado às mulheres que realizavam o aborto nos casos previstos na lei e aumentava a penalidade para aquelas que induziam o aborto ou que permitiam que terceiros o fizessem (ROCHA, 2006).

A redemocratização do Brasil, em meados da década de 1980, foi primordial para tornar a discussão sobre o aborto mais visível que nos anos anteriores, uma vez que foram criadas condições para ampliação de debates, elaboração de normas e políticas públicas, além de novas decisões na esfera judiciária. Com a atuação do movimento feminista, as discussões se acentuavam cada vez mais no sentido de questionar e pressionar a formulação de políticas sobre o tema (ROCHA, 2006).

Com a evolução do movimento feminista brasileiro, as mulheres argumentavam que as desigualdades sociais entre homens e mulheres refletiam-se também nos problemas de saúde que as atingiam. Com base nesses argumentos, a classe feminina organizada começou a demandar ações que melhorassem sua condição de saúde, não somente no período gravídico-puerperal, mas em todos os outros ciclos de vida (BRASIL, 2011a).

Rocha (2006) comenta ainda que na sociedade civil daquele período, as discussões sobre o aborto eram restritas, pois não havia um segmento organizado e dedicado direta e/ou publicamente ao aborto. A Igreja Católica era mais defensiva que propositiva perante o Congresso Nacional. As entidades privadas que

trabalhavam com métodos contraceptivos e controle de natalidade não focalizavam diretamente a questão do aborto, mas indiretamente argumentavam que defendiam a anticoncepção para evitar o então chamado “aborto criminoso”.

No início dos anos de 1980, uma publicação da Frente Feminista de Mulheres de São Paulo, que abordava a questão do aborto, especificamente, considerava-o como direito de autonomia e chamava a atenção sobre o perigo da prática clandestina para a saúde da mulher. Diante disso, percebem-se dois argumentos explícitos que são utilizados até os dias atuais: a questão dos direitos individuais e dos direitos sociais para as mulheres (SCAVONE, 2008).

No período de ampliação política (1979 a 1985) não houve, por parte do poder Executivo, uma medida diretamente ligada à questão do aborto. Em 1984, criou-se o Programa Nacional de Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde (MS), em que se faziam breves referências sobre o tema, pela falta de informação e dados insuficientes. Destacando apenas a necessidade de se evitar o aborto provocado mediante prevenção da gravidez indesejada, sua elaboração caracterizava-se pelo debate sobre planejamento familiar e controle de natalidade no Brasil (ROCHA, 2006).

Entre os anos de 1985 a 1989, o Estado brasileiro se modificava intensamente e a sociedade civil era mais participativa e atuante. Os direitos das mulheres entraram na agenda política dos poderes Executivos e Legislativos e novos direitos foram garantidos na Constituição de 1988. O aborto passou, assim, a ter uma nova dimensão, intensificando-se os debates entre o movimento feminista e entidades religiosas, especificamente a Igreja Católica. Nesta época, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), elaborando-se a Carta das Mulheres, documento que continha as principais reivindicações das mulheres para a Assembleia Legislativa, entre elas o direito à interrupção da gravidez (ROCHA, 2006).

A partir do ano de 1990, profissionais de saúde, juristas e parlamentares aderiram, de forma crescente, à causa feminista dos direitos da mulher, ampliando o diálogo com o referido movimento. Neste período, evidenciou-se o crescimento democrático acerca do aborto, registrando-se o maior número de Projetos de Lei relacionados ao tema e discutidos no Congresso Nacional. Vale ressaltar que a Igreja Católica, tradicionalmente, sempre foi uma representação importante contra a legalização do aborto no Brasil (SCAVONE, 2008).

De acordo com o MS (2011a), as políticas nacionais referentes ao grupo das mulheres implantaram-se nas primeiras décadas do século XX. Traziam, porém, uma visão reducionista sobre o referido gênero, pois preconizavam a assistência pautada nas demandas relativas apenas à gravidez e ao parto. Essa proposta era intensamente criticada no âmbito do movimento feminista, pois dava-se à mulher o acesso a alguns cuidados no ciclo gravídico-puerperal, enquanto negava-lhe a assistência em outras fases da vida.

As mulheres questionavam as desigualdades sociais de gênero, bem como as de saúde. Com base nessas críticas, apresentaram-se processos políticos capazes de impulsionar mudanças que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida da sociedade. Além disso, já organizadas, reivindicaram sua condição de sujeito e solicitaram a criação de uma política de saúde que contemplasse a assistência à mulher em todos os seus ciclos de vida e, não somente, na gestação e no parto. A assistência à saúde deveria também contemplar as particularidades sociais, econômicas, culturais e afetivas em que os grupos populacionais estivessem inseridos (BRASIL, 2011a).

A Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, realizada em Viena, no ano de 1993, afirma que *“os direitos das mulheres e meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais, e a violência de gênero, inclusive a gravidez forçada, é incompatível com a dignidade e o valor da pessoa humana”* (BRASIL, 2011b, p.15).

As conferências internacionais promovidas pela ONU, Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (CMM), realizadas respectivamente no Cairo (1994) e em Beijing (1995), são marcos referenciais que definem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Tais eventos levaram em consideração, no debate sobre desenvolvimento e população, as questões sobre desigualdade de gênero, meio ambiente e Direitos Humanos e avançaram na definição dos direitos sexuais e reprodutivos (2010b).

Nessas conferências internacionais, os governos de vários países, dentre eles o Brasil, assumiram o compromisso de se fundamentarem nos direitos sexuais e reprodutivos para definição de políticas e programas nacionais voltados à população e ao desenvolvimento, tendo em vista os programas de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2010b).

Em setembro de 2000, a ONU promoveu a Conferência do Milênio e dela participaram 189 países, entre eles o Brasil, assinando todos a Declaração do Milênio. Este documento definiu um conjunto de oito objetivos para o desenvolvimento sustentável dos povos e a erradicação da pobreza e da fome no mundo. O período estabelecido para que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio sejam atingidos, em sua maioria, é de 25 anos (entre 1990 e 2015). São eles: A erradicação da pobreza e da fome; A universalização do acesso à educação básica; A promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; A redução da mortalidade infantil; A melhoria da saúde materna; O combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; A promoção da sustentabilidade ambiental; e o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o MS (2011a), influenciou a implementação das ações do PAISM, pois a municipalização da gestão vem se consolidando em um espaço precioso para reorganização da rede de serviços, principalmente, os da atenção básica, a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Vale ressaltar que é difícil a implantação e implementação das ações programáticas uma vez que o país tem como característica principal a heterogeneidade regional (BRASIL, 2011a). O MS (2006, p. 22) afirma ainda que a *“vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”*.

Pensando neste aspecto, no ano de 2004, o MS em parceria com diversos setores da sociedade, lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de implementar ações de saúde que assegurassem os direitos humanos das mulheres e reduzissem a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2006).

Tal política tem como princípios norteadores a integralidade e a promoção da saúde da mulher, tendo em vista avanços nas áreas de direitos sexuais e reprodutivos com ênfase nas linhas de cuidado, tais como: atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro, combate à violência doméstica e sexual, prevenção e tratamento de mulheres que convivem com o HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer, especialmente, o de mama e de colo de útero (BRASIL, 2006).

São objetivos gerais da PNAISM:

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, p. 67).

No período de 1996 a 2005, realizou-se uma pesquisa documental com o objetivo de identificar as principais legislações aprovadas e políticas formuladas pelo MS, referentes à saúde materno-infantil. Constatou-se que as políticas públicas geradas com base na luta de movimentos sociais, desde a década dos anos 80, colaboraram na consolidação de muitas leis e programas de saúde da área materno-infantil, o que refletiu em melhora no quadro dos indicadores de saúde desde os anos de 1990 a 2000. Porém, a manutenção de elevados índices de mortalidade materna reflete que as políticas de gênero não tiveram êxito tão significativo (SANTOS NETO et al., 2008).

É possível associar a queda da mortalidade materna à melhoria da qualidade da assistência no período de 1999 a 2001, visto que nesta época o governo federal priorizou ações, juntamente com os estados e municípios, para que esse indicador fosse reduzido (BRASIL, 2009; 2011a).

Em 2005, a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres (CNPPM) afirmou a existência de um estado leigo e recomendou a revisão da criminalização do aborto, reutilizando o argumento baseado nos direitos individuais. Em 2007, elaborou-se um projeto preliminar de descriminalização e legalização do aborto que foi enviado ao Congresso Nacional e, até então, aguarda-se votação. A lenta tramitação no Congresso acontece desde a crise do governo Lula, tornando-se comum a morosidade de projetos polêmicos no Congresso (SCAVONE, 2008).

Scavone (2008) afirma que naquele mesmo ano lançou-se pelo governo o Programa Especial de Planejamento Familiar a fim de contornar o problema do aborto. Este teve amplo apoio do movimento feminista, o qual inclui rotineiramente a questão do aborto na discussão mais abrangente dos direitos sexuais e reprodutivos, tendo dessa forma, um posicionamento mais político que social.

A heterogeneidade socioeconômica e cultural característica do Brasil constitui um dos fatores que determinam as diferenças no perfil de morbimortalidade das regiões do país e deve ser considerado para a implantação efetiva da PNAISM. Segundo estudos sobre as causas de mortalidade na população feminina no Brasil, destacam-se as doenças cardiovasculares, neoplasias, pneumopatias, doenças endócrinas e metabólicas e as causas externas. A mortalidade associada à gravidez, ao puerpério e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbitos em mulheres na faixa etária entre 10 e 49 anos de idade, mas não deixa de ser um grave problema, pois 92% dos casos de morte materna são por causas evitáveis (BRASIL, 2011a).

As condições de ilegalidade em que se realiza o aborto no Brasil, aliadas ao desconhecimento das reais taxas de morbimortalidade decorrentes do abortamento, dificultam a implantação e implementação de políticas de saúde capazes de minimizar as complicações advindas deste agravo (BRASIL, 2011a).

Menezes e Aquino (2009) contribuem afirmando que, no Brasil, poucos são os estudos de base populacional envolvendo o tema aborto. Há destaques apenas para pesquisas locais e poucas pesquisas regionais que caracterizam a realidade nacional. Um dos fatores que contribuem para tal ocorrência é que o tema envolve questões morais e religiosas, além do que a condição de ilegalidade dificulta o relato da real situação das mulheres no que diz respeito à etiologia do aborto.

Uma análise realizada a partir da série histórica do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), referente ao período de 1992 a 2005, confirmou a redução de internações por abortamento e estacionamento desses números, em 2005. Tal dado foi observado em todas as regiões e faixas etárias. Porém, no ano de 2005, estimou-se uma taxa média de 2,07 abortos por 100 mulheres, no grupo de 15 a 49 anos, valor este superior a de países da Europa Ocidental, onde a taxa é de 1,1 aborto/100 mulheres entre 15 e 44 anos. Naqueles países, o acesso aos métodos contraceptivos é facilitado e a prática do aborto é legalizada em seus respectivos Códigos Penais (CP) (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

Uma pesquisa realizada permitiu traçar o perfil das mulheres que sofreram abortamento nos últimos 20 anos e que foram atendidas em grandes centros urbanos do país. Este estudo referiu-se à magnitude do aborto no Brasil, estimando-se que 1.054.242 abortos foram induzidos no ano de 2005, cuja fonte de dados foi o número de internações hospitalares por abortamento registrado no Serviço de

Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), sendo que a maioria destas internações ocorreu na região Nordeste e Sudeste do país (BRASIL, 2009).

Houve estabilização no atendimento às mulheres em situação de abortamento, segundo Ministério da Saúde (2011a), em decorrência do possível aumento do uso de métodos contraceptivos e da realização de laqueadura tubária, principalmente nos estados da região Nordeste e Centro-oeste. Mesmo assim, a realidade ainda não pode ser fielmente retratada porque nem todas as mulheres procuram os serviços de saúde em casos de aborto, pois o fazem clandestinamente e, por vezes, podem evoluir ou para a resolutividade do problema (eliminação do feto) ou para o óbito.

Apesar de ser um direito reprodutivo e estar regulamentado na Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS-SUS), desde o ano de 2001, as ações de planejamento familiar não têm sido implantadas e implementadas pelos gestores municipais, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Estes precisam operacionalizar o programa de modo que se garanta o adequado fornecimento de métodos anticoncepcionais para a população (BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços, a política de saúde da mulher ainda encontra dificuldade para ser implantada na plenitude dos seus princípios, diretrizes e ações norteadoras, pois se esbarram em problemas políticos, técnicos e administrativos, pertinentes aos municípios, estados e federação. Para a plenitude da realização de ações efetivas, tornam-se necessárias a articulação com outras áreas técnicas e novas ações que contemplem todos os grupos de mulheres (rurais, deficientes, presidiárias, negras, indígenas, que convivem e se relacionam com outras mulheres) a fim de que se preencham as lacunas existentes nas diversas áreas técnicas da assistência (BRASIL, 2011b).

### 3.2 ASPECTOS CLÍNICOS DO ABORTAMENTO

Sabe-se que o sangramento em qualquer período da gestação é considerado uma situação potencial de ameaça à vida tanto da mãe quanto do feto. As principais causas hemorrágicas na primeira metade da gestação (por volta da 22<sup>a</sup> semana de gravidez) incluem aborto espontâneo, prenhez ectópica e Doença Trofoblástica Gestacional (DTG). Quanto à intenção do abortamento este pode ser espontâneo ou

induzido. O primeiro refere-se à perda do feto naturalmente, sem indução por nenhum procedimento e, o segundo, é aquele aborto provocado, intencionalmente pela gestante ou terceiros (RICCI, 2008).

As causas do abortamento espontâneo são variadas, mas, em sua maioria, são determinadas por cromossomopatias, que em geral são anomalias genéticas fetais, sendo as trissomias as mais comuns. Dentre estas, as mais incidentes estão relacionadas ao cromossomo 16 (cerca de 30% dos casos), bem como às triploidias (69XXY e 69XXX) e à síndrome de Turner (monossomia X). Já as trissomias do cromossomo 11 e 18 são raras (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Na maioria das vezes, a causa do abortamento permanece indeterminada; além disso, muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher. Dentre as causas para o abortamento espontâneo podem-se citar a incompetência istmo cervical, anomalia congênita ou adquirida da cavidade uterina, anomalias do ovo na sua implantação, placentopatias, mecanismos imunológicos, ginecopatias, endocrinopatias (diabetes, tireoidopatias, insuficiência do corpo lúteo), anemias graves, sífilis na gestação, doenças cardiorrespiratórias, infecções agudas (citomegalovírus, herpes simples, vaginose bacteriana, toxoplasmose), lúpus e nefrite crônica (BRASIL, 2012).

Além disso, qualquer traumatismo ou doença materna grave pode causar o aborto. Já as intoxicações provocam o aborto somente após danificar todo o organismo materno (RICCI, 2008).

O quadro clínico característico do abortamento é a presença de sangramento transvaginal seguida de dor abdominal. A quantidade e característica da perda hemática nem sempre permitem o diagnóstico diferencial entre as formas clínicas nem o prognóstico dos casos. Quanto às dores, estas podem preceder, acompanhar ou suceder o sinal de hemorragia. A intensidade e frequência da dor não têm valor prognóstico (REZENDE; MONTENEGRO, 2005; GOLDMAN, 2006).

Diante disso, o exame genital é de suma importância. O colo uterino é visualizado por meio de exame especular a fim de se averiguar a origem do sangramento transvaginal. Eventualmente, podem ser detectados fragmentos placentários no canal cervical e vaginal. O exame de toque ginecológico permite a avaliação da permeabilidade do colo (BRASIL, 2012).

Evans (2010) define o abortamento espontâneo como a interrupção da gestação de maneira espontânea antes da 20ª semana, levando-se em consideração a data da última menstruação da mulher.

Ocorre a ameaça de abortamento quando a gestante apresenta sangramento no início da gravidez, mais especificamente, na primeira metade dela, seguido ou não de dor (cólicas abdominais) depois de algumas horas ou dias do aparecimento do sangramento transvaginal (LEVENO et al., 2010).

No aborto inevitável, os sinais e sintomas da ameaça de abortamento estão presentes e há dilatação do orifício cervical, fazendo com que o aborto seja certo. A ruptura das membranas e a expressiva dilatação da cérvix tornam mínimas as chances de salvar o feto (EVANS, 2010; LEVENO et al., 2010).

Define-se abortamento retido como sendo a retenção do feto ou embrião por várias semanas na cavidade uterina. Após a morte fetal, podem estar presentes ou não os sinais e sintomas clássicos do abortamento. Caracteristicamente, ocorre crescimento normal do útero até o 4º mês de gestação, quando então, os sinais de abortamento podem aparecer e desaparecer, rapidamente, dando a impressão de que a gestação está seguindo seu curso normal. O motivo pelo qual o feto fica retido na cavidade uterina não está bem esclarecido, mas a retenção prolongada pode causar distúrbios da coagulação ou hemorragia grave (LEVENO et al., 2010).

Quando se fala de aborto habitual ou recorrente, Leveno et al.(2010), comenta que a definição mais aceita é a de que três ou mais abortos espontâneos tenham ocorridos consecutivamente. Neste caso, as mulheres apresentam maiores riscos, em gestações futuras, de desencadear parto prematuro, placenta prévia, apresentação pélvica do feto e malformação fetal.

O aborto terapêutico é definido por Leveno et al. (2010, p.20) como *“a interrupção médica ou cirúrgica da gestação antes do tempo de viabilidade fetal a fim de prevenir lesão corporal grave ou permanente da mãe”*. O CP brasileiro, no art. 128, considera que o aborto será não passível de punição em apenas dois casos: quando não há outra forma de salvar a vida da mãe; e, quando a gravidez foi resultado de estupro.

Segundo Goldman (2006), faz-se o diagnóstico do abortamento mediante a história clínica, exames complementares e exame ultrassonográfico. Associados ao atraso menstrual referido pela mulher, o quadro de dor e sangramento, conduzem a hipótese de abortamento.

Para Rezende e Montenegro (2005), ao se realizar o exame físico da mulher, percebe-se o volume uterino aumentado, conforme semanas de amenorreia, exceto nas primeiras semanas de gestação. No exame de toque, a cérvix uterina pode permanecer inalterada, a depender da forma clínica do abortamento e o exame especular ajuda a esclarecer a etiologia do sangramento. Goldman (2006) afirma ainda que restos placentários e ovulares podem estar presentes no canal cervical ou vaginal e serem percebidos no exame especular.

Quanto aos exames laboratoriais, a depender da intensidade do sangramento, deve se realizar hemograma completo a fim de estabelecer conduta de reposição sanguínea, quando necessário (EVANS, 2010). Além disso, a diminuição dos níveis séricos do hormônio gonadotropina coriônica B-humana (hCG) e progesterona podem trazer informações adicionais a respeito da viabilidade da gravidez (RICCI, 2008).

A Ultrassonografia é um método muito utilizado e decisivo para a confirmação diagnóstica de abortamento, uma a vez que os movimentos cardíacos do feto, geralmente, são perceptíveis a partir da 6ª ou 7ª semana de gestação. Sendo assim, a ausência da atividade cardíaca em gestações com idade igual ou superior a nove semanas é indicativa de fetos inviáveis (EVANS, 2010).

Assim, a ultrassonografia se faz imprescindível na confirmação diagnóstica de abortamento, pois a partir dela podem ser detectados restos ovulares, tamanho do concepto, identificação de batimentos cardíaco-fetais, a vitalidade do feto, além de rastrear malformação uterina (GOLDMAN, 2006).

No que tange ao tratamento do aborto, Evans (2010) comenta que este irá variar de acordo com a classificação clínica. O esvaziamento do útero pode se dar por técnica cirúrgica através de dilatação da cérvix uterina e posterior raspagem mecânica do conteúdo do útero (curetagem) ou por aspiração a vácuo (curetagem por sucção) quando o feto se encontra numa idade de até 16ª semana.

A partir da 17ª semana, devido ao feto estar mais desenvolvido, o esvaziamento cirúrgico se torna mais perigoso, em razão do risco de perfuração uterina pelo uso da cureta. Dessa forma, indica-se o uso de medicamentos que auxiliam na expulsão do feto, a exemplo de administração da ocitocina 10 unidades em 500 ml de solução glicosada, via endovenosa, que acelera as contrações promovendo o esvaziamento uterino e, caso não haja completa expulsão, o

conteúdo restante pode ser retirado a partir da curetagem (REZENDE; MONTENEGRO, 2005).

Outra forma de induzir o esvaziamento do útero é a utilização de prostaglandinas e seus análogos, em virtude das deficiências de outros métodos, principalmente no segundo trimestre da gestação. Dentre eles, a substância mais utilizado é o misoprostol 800 mg, que pode se administrar por via vaginal, conforme indicação médica (LEVENO et al., 2010).

Em casos de ameaça de abortamento, é aconselhável tratamento conservador com ênfase na sintomatologia (sangramento ou dor pélvica) além da redução de atividade física, dieta balanceada e hidratação adequada. Já no caso de abortamento completo, não há necessidade de intervenção clínica e cirúrgica. Quando se trata de aborto recorrente, pode haver necessidade de cerclagem da cérvix uterina, quando a etiologia for incompetência istmocervical; e, em caso de abortamento infectado, deve-se atentar para as possíveis complicações, tais como a hemorragia grave, a sepse, o choque bacteriano, insuficiência renal aguda, endometrite, com esvaziamento imediato do conteúdo uterino e antibioticoterapia administrada por via endovenosa para tratar a infecção (RICCI, 2008; LEVENO et al., 2010).

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Costa Júnior (2003) considera que, na atualidade, existem três tendências na legislação mundial quando o assunto é o aborto. Uma, mais restritiva como no CP vigente no Brasil; outra, mais permissiva, que permite o aborto em um maior número de casos, a exemplo de quando o casal tem um grande número de filhos e possui baixo poder aquisitivo; quando a mulher está em idade avançada para gestar a criança; quando acontece a morte ou incapacidade do pai e quando a mulher não é casada. E por fim, o terceiro grupo de leis liberais que permite a decisão conjunta entre a mulher e o médico. Tal é o caso de países como o Japão, Suécia, Rússia e Hungria.

São conhecidos na doutrina e na jurisprudência diversos tipos de aborto legal ou consentido. Existe o aborto terapêutico, que é realizado para salvar a vida da gestante em caso iminente de risco de vida devido a uma gravidez anormal; o aborto eugênico ou eugenésico para impedir a gravidez quando se sabe que o feto tem

alguma doença hereditária; e há ainda, o aborto social ou econômico, consentido em casos de família numerosa e com baixa condição econômica. (JESUS, 2011).

A legislação brasileira permite em seu CP apenas duas formas de abortamento. São elas: *“a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (art. 128, i); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (art. 128, ii)”* (BRASIL, 2011b, p.17).

Segundo o MS (2011b, p. 18) *“a jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina”*, desde que haja o consentimento da mulher e considera, neste caso, o abortamento como um direito da mesma.

Jorge (1994), comenta que no art. 128 do CP, datado de 1940, está explícito que o médico que pratica o aborto para salvar a vida da gestante, não é passível de punição. Dessa forma, compete a este profissional estar certo e fundamentado cientificamente de que a gestante está em risco iminente de vida; que este perigo depende da evolução da gravidez; que, com o aborto, a mulher não mais correrá risco de vida; e, por fim, que este é o único procedimento que salvará a vida da mulher.

Os profissionais de saúde não devem temer possíveis consequências jurídicas, no caso de se descobrir, posteriormente, que a gravidez não foi resultado de violência sexual, uma vez que o CP, em seu art. 20 § 1º prevê que o profissional é isento de pena quando o erro é plenamente justificado pelas circunstâncias (BRASIL, 2011b).

Também se o profissional enfermeiro realizar o aborto terapêutico para salvar a vida da gestante não responderá por delito, já que o estado de necessidade previsto no art. 24 do CP exclui a ilegalidade do fato. No entanto, em caso de aborto em decorrência de estupro, o profissional responde por delito, pois a lei deixa, claramente expressa, que o procedimento deve ser realizado apenas por médico (JESUS, 2011).

Outro ponto importante, salientado pelo MS (2011b, p. 19), é de que, diante de uma situação, qualquer que seja, abortamento espontâneo ou provocado, o profissional de saúde *“não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento”*.

Caso a legislação não seja cumprida, o profissional pode responder, via processo criminal, civil e ético-profissional, incluindo-se aí todos os prejuízos que a situação pode causar à mulher.

No que tange à pena e à ação penal, Jesus (2011) afirma que o CP brasileiro prevê pena de detenção de um a três anos para a mulher que provocar o autoaborto e que consentir sua provocação por terceiros (art. 124, 1ª parte e 2ª parte respectivamente). Pena de reclusão de um a quatro anos para terceiros que provoquem aborto com consentimento da gestante (art. 126) e de três a dez anos, em casos sem o consentimento da gestante (art. 125). E, quando há o aborto qualificado, o CP impõe as penas descritas nos art. 125 e 126, aumentando em um terço quando a gestante sofre lesão corporal de natureza grave e duplicando em caso de morte da mulher (art. 127).

### 3.4 ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

A prevenção da gravidez indesejada, do abortamento e suas consequências devem ser priorizadas e garantidas por gestores e profissionais de saúde mediante a educação em saúde com enfoque em: informação e orientação solidária, direito ao abortamento assegurado no Código Penal, assistência de qualidade no abortamento e planejamento reprodutivo pós-aborto (BRASIL, 2011b).

Tendo em vista a resolução dos problemas de saúde relacionados ao abortamento, torna-se imprescindível falar sobre a humanização e a qualidade da assistência. Isto porque as mulheres que vivenciam esse problema chegam ao serviço de saúde, geralmente expressando sua dor física por meio da verbalização. No entanto, sua experiência vai além do plano físico. Há de se considerar a experiência emocional e social que a situação de abortamento causa naquela mulher (BRASIL, 2011a, 2011b).

Para o MS (2011a, p. 31), *“humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos”*. Para isso, é necessário interagir com os sujeitos, seu meio social, crenças, cultura, etnia etc. O processo deve ser um contínuo de reflexões sobre as atitudes e comportamentos de cada indivíduo presente na relação.

O MS (2011a) afirma que o aborto induzido, realizado em condições inseguras, está entre as causas de mortalidade materna e é um dos motivos de violência institucional e discriminação contra as mulheres nos serviços de saúde. Tal violência pode se traduzir em atitudes, tais como: demora no atendimento, falha no acolhimento, ou seja, desinteresse em escutar e orientar a usuária, bem como atitudes explícitas ou implícitas de preconceito ou emissão de juízo de valor por parte do profissional para com a mulher.

*“O acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso a resolutividade da assistência”* (BRASIL, 2011b, p. 23). Dessa forma, deve ser praticado por todos os membros da equipe de saúde e perpassar todo o atendimento, evitando-se julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos. Enfim, a confiança deve ser o eixo norteador no atendimento à mulher em situação de abortamento. A enfermagem assim como a psicologia e o serviço social têm um papel fundamental e diferenciado na questão da humanização da assistência e no acolhimento à mulher, pois estão em contato com a paciente desde a porta de entrada do serviço até sua recuperação quando, então, sai por meio da alta hospitalar (BRASIL, 2011b).

O MS (2011b) descreve como responsabilidade da equipe de saúde: Respeitar a fala da mulher, ajudando - a na verbalização de seus sentimentos e, assim, estabelecer uma relação de confiança; priorizar o atendimento conforme as necessidades detectadas; identificar e avaliar situação de risco da mulher, para encaminhá-la, se necessário, ao serviço de melhor competência técnica; garantir a privacidade e preceitos éticos durante o atendimento; prestar atendimento humanizado, realizando os esclarecimentos necessários sobre as intervenções; dar apoio emocional e encaminhá-la, quando necessário, para um atendimento continuado de saúde mental; atentar para preocupações das mulheres e prestar informações esclarecedoras; informar sobre higiene pessoal, retorno de atividade sexual e planejamento familiar; orientar quanto ao processo de recuperação, nova gravidez, abortamento inseguro, resultado de exames, cuidados para evitar complicações posteriores ao aborto, acompanhamento pós - abortamento, enfim, informar sobre saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos; orientar consulta de retorno para revisão pós-abortamento em 15 dias, no máximo, após a alta hospitalar.

Para tanto, o MS (2011a), afirma que se faz necessário à introdução do enfoque educativo no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a sensibilização dos profissionais para que se efetive o atendimento humanizado. Ou seja, o aconselhamento torna-se vital para que o usuário escolha livremente o método que mais se adeque a sua realidade, além de garantir-lhe o acompanhamento na rede de serviço.

Os serviços de saúde, que prestam assistência às mulheres em situação de abortamento, não podem perder a oportunidade de realizar educação em saúde sexual e reprodutiva. Os profissionais devem informar-lhes sobre todos os métodos anticoncepcionais e deixar claro que sua fecundidade pode ser restabelecida a qualquer momento, antes mesmo de aparecer a próxima menstruação e, tornando-a apta a engravidar novamente (BRASIL, 2010b).

O ideal é que estes serviços forneçam os contraceptivos e que a mulher já saia da Unidade orientada quanto ao uso deles. De acordo com o MS (2010b), a experiência demonstra que o abortamento tem maior possibilidade de se repetir naquelas mulheres que supõem não correr o risco de engravidar novamente após o evento do aborto e deixam de se proteger adequadamente. Sendo assim, todos os métodos devem ser disponibilizados, no local do atendimento à mulher e estes devem ser fornecidos no momento da alta hospitalar, a fim de minimizar o risco para uma nova gravidez indesejada e, conseqüentemente, novo abortamento (BRASIL, 2011b).

A recuperação física da mulher após um abortamento é relativamente rápida e, no caso de aborto espontâneo, deve-se considerar o desejo da mulher engravidar tão logo quando esteja recuperada. No entanto, os profissionais de saúde devem orientar o uso de método contraceptivo por, pelo menos, três meses após o abortamento a fim de que ela possa dar início a uma próxima gravidez em melhores condições físicas. Além disso, deve ser avaliada a necessidade de encaminhamento da mulher para serviço de referência em saúde reprodutiva a fim de que se faça uma melhor investigação acerca do aborto (BRASIL, 2011b).

Impasses tais como dificuldade na produção, controle de qualidade, aquisição e logística de distribuição de insumos do programa de planejamento familiar, capacitação insuficiente de profissionais de saúde e gestores, irregularidade na manutenção da continuidade do fornecimento dos métodos anticoncepcionais e a falta de estrutura dos serviços para atendimento de mulheres na área da saúde

reprodutiva têm sido problemas a serem superados para que o programa funcione efetivamente (BRASIL, 2011a).



---

**4 MÉTODO**

#### 4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Com a finalidade de compreender os sentimentos e significados do aborto para as mulheres que o vivenciaram optou-se pela pesquisa qualitativa, descritiva, fenomenológica. Martins e Bicudo (2005) afirmam que a pesquisa qualitativa deve ser de natureza teórica e prática ao mesmo tempo. O rigor se torna presente com os fenômenos de dimensões pessoais, tais como medo, angústia, alegria, tristeza, amor, dentre outros, que não podem ser estudados quantitativamente.

No âmbito da saúde, a pesquisa qualitativa busca não apenas estudar o fenômeno em si, mas o que ele representa individual e coletivamente na vida das pessoas. *“Atualmente, profissionais da saúde reconhecem cada vez mais a importância dos métodos qualitativos para compreenderem melhor a vida dos seus pacientes”* (TURATO, 2005, p. 508).

Na pesquisa qualitativa, os significados que os indivíduos caracterizam as suas experiências do mundo social, onde estão inseridos, se relacionam com a maneira como as pessoas compreendem este mundo. Assim, o pesquisador estuda as pessoas em seus ambientes naturais (POPE; MAYS, 2009).

Na perspectiva de Martins e Bicudo (2005), a pesquisa qualitativa tem se diferenciado dos moldes científicos tradicionais os quais têm como alvo atingir os princípios explicativos e gerais sobre o assunto estudado. Ao contrário dos princípios quantitativos, a pesquisa qualitativa busca compreender, particularmente, o objeto de estudo sem fazer generalizações. O foco da sua atenção está centrado no específico, no individual, na peculiaridade, sempre na busca de compreender e não explicar o fenômeno em estudo.

Como a pesquisa qualitativa, a fenomenologia foi a melhor forma de analisar e interpretar os fenômenos desvelados. Para Moreira (2004), quando se deseja evidenciar a experiência de vida dos indivíduos, o método de pesquisa fenomenológico pode ser o mais apropriado.

Bicudo (2011) afirma que a fenomenologia busca conhecer o significado e a maneira como o indivíduo vivencia o fenômeno, sem explicações causais, baseando-se em teorias e pressupostos pré-estabelecidos. Sendo assim, a autora assegura que a experiência vivida traz consigo um mundo de significados expressos em diversas formas, dentre elas, a linguagem. Quando verbalizadas, as palavras, trazem uma historicidade que se mostra como mundo-vivido.

Para Moreira (2004), a fenomenologia é uma ciência sem pressuposições, sendo a experiência comum dos indivíduos seu único ponto de partida. O autor assevera, ainda, que as essências significam as unidades básicas para o entendimento de qualquer fenômeno. É a forma específica de como um dado fenômeno se manifesta.

Sendo assim, Giorgi (2010) garante que, na pesquisa fenomenológica, a consciência se apresenta de maneira imprescindível, fato explícito na experiência adquirida diuturnamente pelo indivíduo. Bicudo (2011, p.30) acrescenta que *“fenômeno e sujeito são correlatos e estão unidos no próprio ato de aparecer”*.

Nesse aspecto, Moreira (2004) garante que, quando se afirma ser a consciência *intencional*, significa dizer que toda consciência é consciência de alguma coisa que a transcende. Ela não se define enquanto substância, mas como uma atividade formada por atos que objetivam algo. Sendo assim, só pode ser investigada em termos de sentido (percepção, imaginação, gosto, desejo, etc.). Tais sentidos não se constatam, se interpretam. Percebe-se, então, que a consciência não é palpável, porém é o que dá sentido a algo e é esta intencionalidade que faz o mundo-vivido aparecer como fenômeno.

Giorgi (2010) elucida que o método fenomenológico – filosófico, elaborado por Husserl, compreende três etapas as quais estão intimamente relacionadas e se faz relevante explicar sobre elas: a redução fenomenológica; a descrição; e a busca das essências.

Na redução fenomenológica, o investigador deve se aprofundar no problema em busca de compreender a razão de ser das coisas. É necessário, no entanto, ser “neutro” com relação ao fenômeno em estudo, ou seja, o pesquisador deve excluir seus conhecimentos prévios do fenômeno que se quer desvelar a fim de se situar completamente nele como ele se apresenta para os sujeitos da pesquisa. Descrever significa atribuir uma expressão linguística ao objeto de um ato. Diante disso, a pesquisa descritiva na fenomenologia deve ser capaz de interpretar o fenômeno em estudo (GIORGI, 2010).

Giorgi (2010) explica ainda que a abordagem fenomenológica é radical, uma vez que ela não parte de nenhuma regra, lei, ideia pré-estabelecida quanto ao conteúdo do fenômeno, apenas deve se limitar a descrevê-lo tal qual se apresenta a si mesmo. Assim, se constrói a busca das essências do fenômeno. Ela não é algo

concreto, mas representa aquilo que é o sentido mais duradouro em um contexto fundamental.

Os significados que o investigador pode perceber nas descrições não são evidenciados direta e imediatamente, mas se constroem na busca à interrogação da pesquisa mediante a compreensão do sentido das vivências experienciadas pelos sujeitos (BICUDO, 2011).

Minayo (2010) corrobora que a fenomenologia constrói a realidade social através dos significados e estes só podem ser identificados na medida em que se entende profundamente a linguagem significativa da interação social. Não se separa a linguagem, as práticas e as coisas na abordagem fenomenológica, uma vez que ela destaca os significados produzidos por tal interação.

O trabalho de campo permite que o pesquisador se aproxime da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, bem como se aproxime e interaja com os atores que conformam a realidade e, conseqüentemente, constroem um conhecimento empírico essencial para quem faz pesquisa social (MINAYO, 2011).

Alguns autores relatam que a entrevista se caracteriza por uma conversa face a face entre o investigador e o participante da pesquisa. Este tipo de conversação, utilizada para coletar dados a respeito da visão e da experiência dos sujeitos constitui a única possibilidade de se conseguir dados importantes sobre o mundo do entrevistado (MARTINS; BICUDO, 2005; POPE; MAYS, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2010).

A finalidade de se entrevistar alguém representa a possibilidade de se obter o máximo de detalhamento possível das percepções do entrevistado acerca do fenômeno. Os manuais de pesquisa qualitativa apontam que a melhor maneira de elaborar perguntas para entrevista consiste nas questões abertas, pois elas proporcionam respostas amplas, capazes de orientar o pensamento de quem está sendo questionado (MARTINS; BICUDO, 2005).

Diante disso, foram formuladas duas questões que nortearam esta pesquisa:

- 1) Fale para mim como foi para você passar por um aborto.
- 2) Fale para mim como foi a assistência prestada a você pela equipe de saúde durante sua internação.

Os dados foram tratados e analisados à medida que as entrevistas iam acontecendo, uma vez que as descrições eram transcritas e editadas, na íntegra, em busca dos significados do fenômeno “aborto” para as mulheres em estudo. Assim,

conforme o descrito pelo sujeito, se considerou e analisou-se cada dado obtido de forma precisa.

Portanto, a descrição na análise fenomenológica não é algo pronto acabado, cujos significados estão ali contidos, mas torna-se necessário seguir um caminho que não se desvie dos objetivos e do objeto que se quer pesquisar (BICUDO, 2011).

Segundo Fontanella; Ricas e Turato (2008) a avaliação do desvelar do fenômeno se faz mediante um processo contínuo de análise dos dados desde o início da coleta. Tal análise, preliminar e progressiva, é que determina o tamanho final da amostra em estudo, tendo em vista o princípio de saturação para, dessa forma, finalizar essa etapa de coleta.

Assim, apoderei-me da fenomenologia para analisar os discursos das participantes do estudo. Na análise, segui os moldes do método da análise qualitativa do fenômeno situado, proposto por Bicudo (2011). São eles:

1 - Ler minuciosamente as descrições, isto é, na íntegra: a leitura das entrevistas deve ser feita do início ao fim, sem buscar, ainda, qualquer interpretação das falas ou tentativa de identificar características ou elementos contidos nelas. Tal leitura deve ser feita tantas vezes forem necessárias para compreender o sentido das experiências vividas pelo sujeito, intuindo por *insight* o sentido do todo;

2 - Evidenciar os sentidos das descrições norteando-se pela pergunta de pesquisa e identificando dessa forma as “Unidades de Sentido” numa perspectiva psicológica, com ênfase no fenômeno em estudo. Tais unidades são demonstradas, diretamente na descrição, sempre que o investigador perceber uma mudança no significado da situação experienciada e relatada pelo sujeito;

3 - Constituir as “Unidades de Significado” depois de estabelecidas as “Unidades de Sentido” conforme descrito na fase anterior. Tal constituição se dá a partir da formulação de frases relacionadas entre si, as quais indicam momentos diferenciados na totalidade do texto da descrição. Diante disso, pode-se afirmar que as “Unidades de Significado” não estão prontas no texto transcrito, mas são articuladas pelo pesquisador. Todo esse processo visa encontrar tendências que desvelem a realidade vivenciada;

4 - Por fim, sistematizar as unidades de significado em proposições sólidas referentes às vivências dos sujeitos, objetivando a estrutura do fenômeno, ou seja, as estruturas das experiências vividas que mostram a forma de ser do fenômeno.

## 4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa desenvolveu-se em uma Maternidade do município de Barreiras, na região oeste da Bahia, e inaugurada na década dos anos 1980. Os serviços oferecidos são todos públicos, gerenciados pela esfera administrativa municipal. Atualmente, conta com 30 leitos disponíveis ao atendimento para gestantes, parturientes, alojamento conjunto, além do atendimento à mulher em situação de abortamento. Apesar de ser uma unidade de saúde de esfera administrativa municipal, a Maternidade atende mulheres de toda a região oeste do estado da Bahia e, muitas vezes, de municípios dos estados circunvizinhos, a exemplo do Piauí, Tocantins e Goiás.

No ano de 2012, registrou-se na maternidade em estudo um total de 220 procedimentos de curetagens uterinas, decorrentes de situação de abortamento. Destes, 159 aconteceram em mulheres residentes no município de Barreiras/BA (MATERNIDADE MUNICIPAL DE BARREIRAS, 2012).

O corpo de funcionários compreende equipe multiprofissional, totalizando um número de 117 funcionários, que prestam assistência médica, de enfermagem, psicológica, social, fonoaudiológica, laboratorial e farmacêutica a todas as gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos (RN) e mulheres em situação de abortamento (BARREIRAS, 2013).

## 4.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Dado que os sujeitos do estudo foram seres humanos, obedeceu-se ao previsto na Resolução 196/96 do MS e o projeto de pesquisa, submetendo-se à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO), foi por este aprovado, com o parecer nº 28976 (ANEXO A).

As entrevistas ocorreram no segundo semestre do ano de 2012, entre os dias 17 de julho e 13 de agosto, após autorização e conhecimento da direção da maternidade pública em estudo. A coleta de dados ocorreu nas dependências desta maternidade, mais especificamente, na sala do serviço social respeitando-se a privacidade do sujeito e a entrevista se realizasse em um ambiente considerado o mais reservado possível, livre de interferências de terceiros.

Diariamente, a pesquisadora visitava a enfermaria destinada às internações de mulheres com diagnóstico de abortamento para verificar se ocorreram novas admissões para, então, estabelecer o primeiro contato.

Antes da entrevista, as mulheres foram convidadas a se dirigir à sala do serviço social, receberam os devidos esclarecimentos sobre a finalidade da pesquisa. Além disso, explicou-se e garantiu-se às participantes o sigilo das respostas que seriam posteriormente transcritas; garantiu-se também a voluntariedade na participação bem como a possibilidade de se interromper o preenchimento do instrumento a qualquer momento, sem penalidade alguma e sem prejuízo pessoal.

Vale ressaltar que, considerando-se a importância do sigilo e o anonimato na identificação das participantes, esclareceu-se que seus nomes verdadeiros seriam omitidos e substituídos por nomes de flores.

A partir desta conversa inicial, fizeram-se a apresentação e o fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APENDICE A) para que cada participante lesse e assinasse o documento, ficando com uma cópia, conforme as normas de pesquisa com seres humanos apresentadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A população em estudo constituiu-se de doze mulheres, residentes no município de Barreiras/BA, que estavam em faixa etária acima de dezoito anos e que vivenciaram o abortamento, independentemente das causas.

A amostra foi intencional e não probabilística. Dessa forma, incluíram-se neste estudo dez mulheres em situação de abortamento que atenderam aos critérios de inclusão na pesquisa. Duas mulheres foram excluídas, pois não consentiram gravar entrevista.

#### 4.4 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Os dados foram tratados e analisados à medida em que as entrevistas aconteciam, por meio das descrições que foram transcritas e editadas, na íntegra, em busca dos significados do fenômeno “aborto” para as mulheres em estudo. A análise dos discursos seguiu os moldes do método da análise qualitativa do fenômeno situado, adotado por Bicudo (2011).



---

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a caracterização das mulheres participantes deste estudo, serão descritos os resultados e discussão mediante a análise dos discursos, os quais foram sistematizados em duas categorias: *Abortamento é um fato que marca para sempre*; e *Atendimento (Des)Humanizado*.

## 5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Para preservar o sigilo e o anonimato das entrevistadas, seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes fictícios de flores, pois acredito que cada uma delas possui a delicadeza de uma flor e merece todo o cuidado e atenção no atendimento à vivência do aborto.

As mulheres entrevistadas estavam na faixa etária entre 19 e 41 anos, com diagnóstico de abortamento, independentemente da etiologia. Quanto à escolaridade, cinco tinham concluído o ensino médio completo; três possuíam ensino médio incompleto; uma com ensino fundamental completo e apenas uma com ensino superior completo.

Com relação à distribuição de renda, quatro delas não tinham qualquer tipo de renda; outras quatro, ganhavam entre um e três salários mínimos e duas, menos que um salário mínimo. No que se refere à ocupação, cinco entrevistadas eram do lar; duas vendedoras; uma era professora e duas tinham outras profissões.

Quanto ao estado civil, nove mulheres tinham companheiro e uma era solteira. Referente à religião, seis declararam-se da religião católica e quatro eram evangélicas.

Quanto ao perfil obstétrico, quatro eram secundigestas; três multigestas e três primigestas. Com relação à vivência do aborto, havia mulheres com experiência anterior de abortamento, três já haviam sofrido abortamento prévio e em sete delas era o primeiro aborto. No que se refere à intenção do abortamento, nove declararam ter sido espontâneo e uma intencional.

## 5.2 ABORTAMENTO É UM FATO QUE MARCA PARA SEMPRE

A experiência do abortamento foi descrita, pela maioria das mulheres desta pesquisa, como uma vivência ruim, permeada de dor física e psíquica, que torna aquele momento difícil e complicado.

De acordo com Benute et al. (2009), o abortamento desencadeia vários sentimentos e emoções, que são particulares para cada uma das mulheres que o vivencia. Tais sentimentos, geralmente, traduzem o final de uma etapa da vida, de uma angústia, de uma gestação. Dessa forma, acabam tendo que lidar com a dualidade, com os opostos, a exemplo de vida e morte.

“Nossa, é horrível. Eu acho que é a pior coisa [...] a sensação é horrível [...] Eu tô sofrendo bastante... [...] não quero passar por isso mais nunca em minha vida...[...].” **(Tulipa)**

Ai, pra mim doeu muito, sabe?! Porque doeu aqui no coração porque eu queria ter...dói demais! Ainda mais quando o pai quer! A família aceita [...] é muito ruim perder uma criança quando a gente quer, né?! É ruim demais... Eu fiquei muito nervosa, é horrível passar por isso... nunca mais eu quero passar por isso!” **(Begônia)**

“Eu diria que é difícil assim, né?! Uma pessoa que tá desejando ter um filho e acontece o que aconteceu comigo é muito difícil, né?! Difícil mesmo... muitas mulheres (choro...), muitas mulheres tem a possibilidade de engravidar e abortam o filho. E outras que tem vontade e perdem, como no meu caso... (choro...)”. **(Acácia)**

Vieira et al. (2010) perceberam que, independentemente da perda fetal ser espontânea ou provocada, as consequências do aborto atingem aspectos biopsicossociais de cada uma das mulheres que vivenciaram a experiência. Elas relataram o momento como sendo difícil e traumático, permeado por sentimentos que variam do medo à culpa, da tristeza ao alívio.

Além disso, ficou evidenciado que os sentimentos e emoções não se restringem apenas à percepção da mulher que está vivenciando o abortamento, mas também aos familiares, a exemplo dos filhos, companheiros e outros que estão, assim como aquela mulher, esperando uma criança que estaria para vir.

“O aborto é uma coisa assim... pra mim é uma coisa complicada porque minha filha fala em um irmão quase que todo dia[...] porque ela estava sempre falando que queria um irmão, que não tem ninguém pra brincar com ela dentro de casa(...) pra mim, me afetou muito por causa disso [...].” **(Açucena)**

“[...] Eu fiquei muito triste porque meus meninos estavam bem alegres (os outros dois) com mais um irmão. Já estavam

escolhendo nome e tudo! Mas depois eu me conformei, não fiquei triste não.” (**Gérbera**)

Corroborando com os resultados da minha pesquisa, Benute et al., (2009) identificaram em seu estudo, que todas as mulheres se depararam com a dor de não ter o filho tão desejado, uma vez que estavam grávidas, experimentando o sonho da maternidade e, de repente, vivenciaram a interrupção da gravidez.

Nesse contexto, o sofrimento do luto vivenciado com o abortamento pode ser entendido com base em duas explicações. Uma delas refere-se à exigência externa (social) de parte da sociedade para que se cumpra a maternidade; e outra, como exigência individual, com forte carga emocional, fruto da obrigação intrínseca que a mulher carrega consigo de viver a maternidade. Essa dualidade resulta em angústia, dúvidas e culpa pelo aborto (BENUTE et al., 2009).

Esta pesquisa demonstrou sentimentos diversificados e sentidos de modo profundo por cada uma delas. As falas das mulheres traduzem momento de angústia e dor diante da perda de um filho tão desejado. Os sentimentos expressados são tão intensos que chegam a se comparar à perda de um pedaço delas próprias ou a de um filho já criado e crescido, tamanha a tristeza e sofrimento causados pelo aborto.

“Eu estou saindo daqui desta maternidade... (Silêncio)... (choro) com meu coração vazio [...] como se tivesse tirado um pedaço de mim...[...] como se eu tivesse perdido o meu filho de quatorze anos...[...]”. (**Orquídea**)

Segundo Vieira et al. (2010), ao enfrentar situações decorrentes da perda do feto, geraram-se nas mulheres do seu estudo, além do medo dos procedimentos que seriam realizados, sentimentos diversos tais como a tristeza, o arrependimento, a solidão, o desamparo, amor pela “criança”, necessidade de compartilhar a experiência com pessoas próximas, além de traduzir o momento, simbolicamente, como colo vazio.

Em contraponto à ideia do autor, Gardênia foi a única das mulheres participantes da atual pesquisa que declarou ter provocado o abortamento. Mostrou-se tranquila no leito da enfermaria, sem nenhum receio ou constrangimento de se contar como tinha se desenrolado sua história, desde o momento em que saiu com seu parceiro até o desfecho do aborto.

“[...] fiz o teste, aí não deu outra: tava realmente grávida! Aí pronto... a minha primeira opção eu já tinha na cabeça era de abortar. Ah, eu me desesperei, pensei logo no aborto! [...] Na verdade meu aborto foi... eu quis mesmo tomar remédio e abortar [...]” **(Gardênia)**

Estava, aparentemente, calma e segura da sua decisão final de não ter levado a gravidez adiante. Ela relatou que assim que tomou conhecimento da gestação, sua decisão imediata foi a de realizar o aborto. Afirma que a decisão partiu dela, sem influência do parceiro.

Souza e Diniz (2011) afirmam que, em determinadas situações, é a mulher quem decide pelo aborto, independentemente da vontade do companheiro, uma vez que assume o direito em relação ao seu corpo. Essa decisão pode ser influenciada pelo fato de não se sentir apoiada pelo parceiro, fazendo-a, então, pensar que, como a gravidez se desenvolve no corpo feminino, ela pode decidir pela sua interrupção. Os autores ressaltam ainda que se deve considerar a exclusão do homem no contexto da situação de abortamento como uma questão a se rever. É comum, em caso de aborto provocado, o homem não participar e aparecer apenas no momento da alta, configurando o abandono e a falta de apoio, relatados anteriormente. As mulheres vivenciam o abortamento, na maioria das vezes, em silêncio, por se tratar de ato ilegal, sem a participação de familiares ou companheiro.

Ao contrário de Gardênia, para as mulheres entrevistadas, o fato de não conseguir levar a gravidez adiante, até os nove meses, se constitui em sentimento de incompetência por não manter o que seria um percurso natural da vida, surgindo, daí, a culpa. A tristeza pela perda do bebê é perceptível nos relatos descritos e, junto a esse sentimento, evidenciou-se, principalmente, a frustração que faz com que a situação de abortamento se constitua em algo inesquecível e marcante para essas mulheres.

“[...] é frustrante para uma mulher saber que ela engravidou e que ela não conseguiu levar. É como se fosse... sei lá, uma incompetência. É como se você não tivesse tido competência para levar aquilo adiante [...] eu senti um pouco disso na hora [...]” **(Açucena)**

“[...] eu fiquei muito frustrada, muito frustrada mesmo. Porque quando você planeja algo que não concretiza vem a mistura de tristeza, com frustração, com decepção. Mas Graças a Deus, Deus tem me dado força pra superar e tentar de novo” **(Violeta)**

“[...] é uma perda muito grande[...]”. **(Hortênciã)**

“[...] É muita tristeza, perder um filho assim, é inexplicável. Só Deus sabe o que estou passando. [...] Sair dessa sala aqui e voltar pra minha casa vai ser triste!”. **(Tulipa)**

Nesta pesquisa constatou-se que, ciente de sua gravidez, a mulher começa a se preparar desde o início para receber, ao final dos nove meses, a sua criança. Preparo este que vão desde as adaptações físicas até as psicossociais: há o preparo do ambiente que irá receber a criança, preparo do enxoval, reordenação do espaço físico, readaptação de horários, dentre outros.

Para Ximenes Neto et al. (2011), nem sempre a perda da criança, mesmo quando a mulher engravidou de uma forma não planejada, significa a melhor solução ou a correção para a situação vivenciada. Identificou-se que para ela, a maior frustração consiste em que uma criança estava para vir ao mundo e não conseguiu vencer a lei da seleção natural.

Quando acontece o abortamento, sentimentos diversos são aflorados: frustração, vazio, e luto, para umas, como Açucena; para outras, a perda pode representar sensação de alívio e oportunidade de repensar seu modo de pensar e viver a vida, como foi o caso de Gardênia.

“[...] então quando você não consegue, é essa sensação que você tem de incompetência mesmo, de frustração [...] porque quando você entra na maternidade você vai sair com alguma coisa daqui, você quer levar alguma coisa. Aí você chega e... é frustrante mesmo”. **(Açucena)**

“[...] Pensei rápido, muito rápido no aborto. Primeiro porque eu não queria mesmo, realmente, na verdade, em todos os momentos da minha vida, eu sempre comentei com amigas que eu não queria ter filhos assim sem ter uma preparação... porque eu nem tenho uma preparação financeira nem concluí minha faculdade que eu quero entrar e concluir, não tenho dinheiro para sustentar financeiramente um filho e não foi de uma pessoa que eu gosto e nem aconteceu como eu queria que fosse. E aí pronto, não deu outra [...]”. **(Gardênia)**

No decorrer das entrevistas, percebi que o abortamento envolve questões sociais, econômicas, familiares e ambientais que determinam, influenciam e contribuem para a decisão de abortar. No discurso de Gardênia, evidenciou-se que, naquele momento, ela não estava preparada para ter um filho, que era

consequência de uma única relação sem envolvimento afetivos, além de que, naquele instante, um filho atrapalharia seus planos de vida.

Para que o processo de abortamento seja compreendido, Vieira et al. (2010) afirmam que se faz necessário considerar o histórico prévio de como ele se desenvolveu bem como os aspectos psicossociais que o envolvem. Além disso, há que se considerar que o evento não se finda após a alta hospitalar, ou seja, o processo de abortamento é um acontecimento relacionado e resultante de uma história de vida em que devem ser consideradas as vivências passadas, presente e futuras.

Em seu estudo, Carvalho (2009) identificou que fatores como situação econômica difícil, falta de apoio do parceiro e da família, relações instáveis, influenciam e são incisivos na rejeição da gravidez e opção pelo abortamento. O fato de o parceiro não apoiá-la, causa à mulher medo e insegurança de criar um filho sozinha.

O estudo de Nomura et al. (2011) permitiu verificar que a depressão é um diagnóstico comum em mulheres que vivenciam o aborto, seja ele espontâneo ou provocado, uma vez que interrompe o processo naturalmente esperado pela sociedade. Ainda que seja indesejada, a gravidez faz com que a mulher se confronte com a possibilidade de ser mãe e se depare com fantasias e sentimentos diversos. A sociedade espera que as mulheres cumpram com a função biológica de gerar e, uma vez que a gravidez é interrompida, sentimentos de culpa foram evidenciados.

Ximenes Neto et al. (2011) notaram nas mulheres que fizeram parte do seu estudo, sentimentos, tais como: decepção, frustração e até luto, quando submetidas ao risco iminente da perda do conceito. O sentimento com relação à criança, que até determinado momento, era algo especial para a mulher, transforma-se, num outro instante, numa situação frustrante e desagradável.

No presente estudo, os resultados não foram diferentes. Mulheres que desejavam ser mães, vivenciando o processo biológico da gestação, sem risco de interromper a gravidez, mas que foram surpreendidas pelo aborto, vivenciaram muitos dos sofrimentos descritos, anteriormente. Percebi que choravam a perda dos seus filhos e evidenciaram diversos sentimentos (tristeza, frustração, decepção e luto) pela situação de abortamento vivenciada.

“(choro...) É um momento muito triste, né? Eu queria tanto esse filho... já tinha nome...[...] Eu não sei te explicar! (choro...) É muito difícil porque a gente tá grávida, na expectativa de ter um filho... e a gente sair daqui sem um filho (choro...)”. **(Acácia)**

“É uma coisa sem explicação! É frustrante! Mistura de frustração com tristeza. Porque você começa a fazer planos, começa a pensar e de repente, do nada assim, você se vê numa situação dessa”. **(Violeta)**

Algumas destas mulheres já tinham iniciado o acompanhamento pré-natal, outras nem sabiam da sua condição de gestante. Diante da gravidez, comportamentos e atitudes diversas são adotados pela mulher para entender o novo momento de suas vidas. Muitas sonham com a maternidade e se desestruturam diante da vivência do aborto. Por outro lado, com o engravidamento, muitas veem seu projeto de vida se desestruturar, pois tinham planos a serem realizados que se adiarão ou se estacionarão.

Daí a importância do início precoce da assistência pré-natal, uma vez que o objetivo do acompanhamento da gestação é assegurar o seu desenvolvimento de modo que permita o nascimento de um recém-nascido saudável e sem causar danos à saúde materna. Uma assistência que aborde aspectos biopsicossociais, atividades educativas e preventivas para a gestante (BRASIL, 2012).

Mesmo que uma gestação seja considerada de baixo risco, a gestante deve ser orientada sobre a importância do acompanhamento pré-natal; a cada consulta, seja reclassificado o risco gestacional, salientando-se marcadores tais como: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; condições clínicas existentes; exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica da gravidez atual e intercorrências clínicas. Todos esses fatores podem determinar uma gestação de risco e, conseqüentemente, culminar em uma situação de abortamento para a gestante (BRASIL, 2010a).

Em se tratando de situação de abortamento, a avaliação constante na assistência pré-natal é imprescindível para minimizar os danos emocionais decorrentes de tal ocorrência, independentemente de ser uma gravidez planejada ou não.

Mesmo diante de um caso de perda espontânea, as pessoas, em sua maioria, emitem juízo de valor acerca da verdadeira etiologia e, algumas vezes, acham que o

aborto foi proveniente de algum “pecado” e veio como forma de castigo para aquela mulher ou família. Diante disso, elas se sentem constrangidas em vivenciar uma situação como esta e temem julgamentos de familiares ou da sociedade, provavelmente pela condição de ilegalidade que configura o abortamento em nosso país.

“Foi muito constrangimento [...] porque eu perdi e eu não queria ter perdido... o constrangimento foi porque eu perdi. Era uma coisa que eu não queria.[...]”. **(Begônia)**

“No meu caso, por exemplo, além de passar pela dor emocional, ainda tem a dor física. Então é difícil... Não tem nem palavras pra definir. É constrangedor. É frustrante!”  
**(Violeta)**

Com o desvelar do fenômeno em questão, identifiquei que, além dos sentimentos explícitos como a dor, a impotência, o fracasso, as decepções, aparece em profundidade o sentimento de vergonha. Isto porque, em nosso país, pelo fato de o aborto, poder se representar como uma ação ilícita, salvo em alguns casos, elas temem o juízo de valor da sociedade, da equipe de saúde ou de familiares.

Há casos em que a mulher se sente envergonhada porque, ao encarar a família, se depara com valor social de que o aborto é crime. Noutros casos, a sensação da mulher pós-abortamento é de alívio, mesmo se sentindo envergonhada por ser uma ação que fere a moral diante da sociedade (SOUZA; DINIZ, 2011).

Contraopondo ao parágrafo anterior, verifiquei que Gardênia queria tanto se ver livre daquela situação, que se sentia aliviada após ter atingido seu objetivo final de interromper a gravidez. Sua fala transmitia tranquilidade por ter finalizado seu sofrimento.

“Eu estou aliviada demais!!! É um alívio muito grande!!! Assim, eu sei que é um erro, que é um crime o aborto, que eu matei um pedaço de mim, mas eu tô me sentindo muito bem!”.  
**(Gardênia)**

Diante da presente pesquisa, percebi que cada mulher reage de uma forma particular diante do abortamento. No geral, são aflorados sentimentos diversos, profundos e duradouros que, certamente, repercutirão por um tempo na vida destas mulheres.

Investigando mulheres jovens e o processo de abortamento clandestino no Rio de Janeiro, Carvalho (2009) percebeu que, apesar de algumas mulheres relatarem sentimentos de tristeza, culpa, arrependimento e desespero por terem realizado práticas abortivas ilegais, a maioria delas relatou sensação de alívio, tranquilidade ou indiferença por conseguirem abortar e ficar livre de uma gravidez indesejada. Fato que também pode comprovar tal como no discurso de Gardênia.

“Só queria mesmo era abortar!”. **(Gardênia)**

Apesar de todos os sentimentos descritos aflorarem diante da situação, a resiliência e a vontade de que a realidade futura seja melhor estão presentes nos discursos. As mulheres acreditam que o aborto foi algo permitido por Deus para prevenir problemas futuros e se agarram a tal explicação para superar o momento da perda. Acredito que, dessa forma, elas criam estratégias de enfrentamento para a situação vivenciada.

“[...] Eu tenho pra mim que é sempre Deus. Que Deus tá na frente de tudo. Se fosse pra mim ter esse como eu tive minha primeira filha, não era pra passar por isso, né?! [...] Eu me conforto muito com Deus [...]”. **(Hortência)**

“É difícil falar... mas se não veio é porque não foi da vontade de Deus. Eu acredito que nada é por acaso e que tudo tem um pra quê e um porquê. Então tudo que a gente passa na vida é como experiência e como forma até de ajudar outras pessoas. Tem que ter fé, não se deixar abater! Eu vou sair dessa experiência mais madura. Foi mais uma experiência que eu adquiri. E de certa forma vou olhar a vida de outra forma.” **(Violeta)**

“[...] Então eu pensei, que se não era pra vim, não vinha. Se não deu certo, era porque não era pra vim dessa vez.”. **(Gérbera)**

Apesar de todos os sentimentos gerados, as mulheres se apoiam no fato de que a situação de aborto foi a vontade de Deus e, portanto, foi a melhor coisa para as suas vidas. Mesmo naquele momento de dor, de tristeza se sentem confortadas pela fé de que o futuro será recompensador. As mulheres afirmaram que a experiência negativa da perda poderá transformar suas vidas em algo melhor, apegando-se a um “Ser Superior” em quem acreditam.

Um dos fatores, citados por Silva e Flora (2010), que contribuem para a superação dessas mulheres, pois, é a religiosidade, uma vez que se sentem acolhidas pelos integrantes das respectivas religiões que frequentam.

Da mesma forma, Ximenes Neto et al. (2011) observaram que, mesmo com o impacto do aborto, as mulheres acreditavam que logo engravidariam novamente, tornando o acontecido como uma oportunidade de esquecer e/ou superar a perda do filho, a exemplo do relato de Acácia.

“Essa experiência serve pra deixar a gente mais forte, pra gente tentar de novo, pra gente não desistir. Igual a médica me falava: “quem sabe seu filho não ia nascer com algum problema?”. **(Acácia)**

Freire e Chatelard (2009) afirmam que um aborto abala profundamente a mulher, uma vez que a gestante estabelece um vínculo afetivo com a criança durante a gestação. Dessa forma, quando acontece o abortamento, é como se uma parte de si tivesse morrido. Além disso, perante a sociedade é como se ela não tivesse competência para gerar uma criança. Acrescentam que essas mulheres desenvolvem os sentimentos de fracasso, incompetência, luto, vergonha, medo de não poder gerar mais uma vida. E, apesar disso, identificaram que a perda não é uma dor irreparável para a mulher e que ela pode investir numa nova gestação.

Na presente pesquisa, muitas das entrevistadas têm como estratégias de superação a fé e religiosidade. Acreditam que as coisas serão, futuramente, melhores para elas e seus familiares e que a experiência do abortamento serviu para que se tornassem seres humanos melhores.

Porém, houve relatos de que a mulher ainda não conseguia verbalizar ou distinguir os sentimentos vivenciados. A complexidade da situação psicológica é tamanha que faz parecer que estão indiferentes à situação, enquanto na verdade, podem estar diante da mais profunda dor já sentida.

“[...] pra mim a minha felicidade seria se tudo tivesse dado certo.... mas não foi da vontade de Deus! Talvez Deus tá me preparando uma coisa mais lá na frente, né verdade?!”. **(Orquídea)**

“Eu não fiquei triste nem alegre por ter perdido [...]”. **(Gérbera)**

“Na verdade tudo foi tão rápido que eu nem parei direito ainda pra pensar sobre a situação. Que assim[...] tudo aconteceu, uma tribulação muito grande que eu nem, assim[...] meu desespero que eu nem tive tempo ainda pra parar pra pensar em nada. Só queria mesmo era abortar!”. **(Gardênia)**

As estratégias de superação criadas, particularmente, em cada uma dessas mulheres são percebidas de maneira diferente. Enquanto a maioria se fortalece na fé e na religião, outras demonstram uma aparente indiferença emocional diante da vivência.

Quando a mulher toma conhecimento da gestação, podem aparecer expectativas contraditórias, tais como: a possibilidade de vivenciar a maternidade e a necessidade de enfrentar os medos relacionados a ela (BENUTE et al., 2009). Assim, pode-se justificar a aparente indiferença emocional percebida nas falas.

Por outro lado, há aquelas em que a dor e a decepção são maiores, por vivenciarem sucessivas vezes a mesma experiência, o que causa, além do desespero e angústia, o trauma e a negação de uma nova gravidez.

“[...] perdi em janeiro, que foi esse segundo e agora de novo. E a partir de agora eu não quero mais! [...] eu tô decidida agora a não ter mais. Não quero mais passar por isso! [...]”. **(Tulipa)**

O fato de não querer tentar nova gravidez pelo receio de enfrentar o processo de perda novamente, não deixa de ser uma estratégia de enfrentamento, pois muitas mulheres preferem não mais engravidar que sentir a dor da ferida de mais um abortamento. Freire e Chatelard (2009) afirmam que, no caso da vivência de abortos consecutivos, o luto é ainda mais difícil para a mulher e a ferida aberta pela dor da perda é quase impossível de se curar, pois ela, além de idealizar um bebê que não nasceu com vida, ainda volta para casa de braços vazios, tendo que conviver com aquela ausência.

Independentemente da etiologia, após um abortamento, as mulheres querem mesmo é voltar para seu cotidiano e reelaborar seus conceitos e prioridades de vida. Expressam o desejo de mudar de comportamento a fim de prevenir nova gravidez indesejada ou não planejada. Geralmente, elas querem uma nova gravidez, mas em outras circunstâncias como: melhor situação econômica e relação estável com apoio do parceiro, traçam planos para o futuro, relacionados aos estudos, trabalhos e família (CARVALHO, 2009; VIEIRA et al., 2010).

### 5.3 ATENDIMENTO (DES)HUMANIZADO

Nesta categoria, os sujeitos da pesquisa relataram como se sentiram cuidadas. Com relação à assistência a elas dispensada verbalizaram expressões, tais como: bem tratada por médico; médico generoso; médico explicou o procedimento; todos foram bons; assistência boa; gente competente; carinhosos.

“O médico foi bastante generoso! Quando eu cheguei, ele percebeu que eu não sabia...! Ele me tratou muito bem, muito bem mesmo, porque ele percebeu que eu tava muito tensa, muito preocupada e eu falei pra ele o que eu achava o que estava acontecendo [achava que o sangramento era câncer de útero] e aí ele fez até uma brincadeira comigo para mim distrair [...]”. **(Açucena)**

“[...] Os enfermeiros todos são legais e os médicos que me atenderam todos são bons.” **(Hortência)**

“A assistência foi muito boa. Os médicos me atenderam muito bem, as enfermeiras... na hora da curetagem me trataram super bem. Não tenho nada a dizer não, até agora [...] muita gente competente aqui. Não vê ninguém destrutando ninguém, fala nada de ninguém, muito pelo contrario, é muito carinho.” **(Tulipa)**

“Foi ótima! Foi uma maravilha! [...]”. **(Margarida)**

Segundo Bazzoti; Stumm e Kirchner (2009), a situação de abortamento desencadeia nas mulheres diversos sentimentos que variam de acordo com suas características individuais, dependendo também do modo e habilidade que os profissionais de saúde transmitem as informações. Perceberam ainda que a maneira como eram cuidadas influenciava na percepção sobre a assistência a elas dispensada.

Tal observação se aplica também enquanto resultado deste estudo. O fato de o profissional ouvir e acolher os medos, as ansiedades e preocupações das mulheres, aliados ao atendimento durante todo o processo, fizeram com que elas se sentissem bem cuidadas.

Farias e Cavalcanti (2012) consideram que as mulheres em situação de abortamento têm a necessidade de ser tratadas com respeito, gentileza e compaixão antes e pós-aborto. Explicam que os profissionais de saúde devem usar uma abordagem sensível, evitando emissão de juízo de valores, se sensibilizar com as

necessidades e preocupações da mulher, manter-se aberto a dialogar sobre a gestação, condições de aborto inseguro e saúde reprodutiva. Além disso, informar a mulher a respeito dos procedimentos que serão realizados, bem como oferecer métodos contraceptivos a fim de se evitar uma nova gravidez não planejada e/ou indesejada.

A boa receptividade, o acolhimento e a comunicação dos profissionais, segundo Bazzoti, Stumm e Kirchner (2009), proporcionam conforto, tranquilidade e sensação de bem-estar para as mulheres assistidas. Em sua pesquisa, a interrupção da gravidez também foi descrita pelas mulheres como um momento difícil, pois se sentiam fragilizadas, tristes e frustradas. Porém, a maneira como foram tratadas pelos profissionais fez com que qualificassem a assistência prestada como satisfatória, uma vez que seu sofrimento foi amenizado, mesmo quando, nas observações de campo, nem todos os profissionais tivessem sido tão comunicativos, atenciosos e acolhedores. Mas sob o ponto de vista das entrevistadas, não houve reclamações.

Neste estudo, constatei que as mulheres também chegam carentes de acolhimento. Dessa forma, qualquer gesto positivo, um olhar direto e afetuoso, fazem com que sintam satisfeitas com o cuidado prestado, mesmo que, aos nossos olhos, isso não ocorra.

Ficou evidente, nas palavras de Gardênia, no que tange à assistência prestada pela equipe, satisfação com o cuidado a ela dispensado. O fato de o seu problema ter se resolvido, pois conseguiu abortar, talvez contribuisse para o julgamento de que a assistência tenha sido boa, uma vez que ela deu entrada na unidade hospitalar com o objetivo de retirada do feto morto, que lhe causava desespero ao pensar na mudança de vida que a maternidade lhe proporcionaria.

“Foi muito boa! Me atenderam muito bem desde a recepção até as enfermeiras, os médicos que fizeram a coleta, foi muito bom. Todos trabalharam muito bem, assim como se fosse um particular. O atendimento, o local, tudo muito bom mesmo! Na verdade, assim, supriu tudo que eu necessitei... Os médicos foram muito bons e os enfermeiros, melhor ainda... todos eles foram muito atenciosos comigo!”. **(Gardênia)**

Apesar de qualificarem a assistência como satisfatória, as mulheres não distinguiram a equipe de saúde por categorias profissionais. A referida maternidade possui uma equipe multiprofissional, prestando assistência à mulher em situação de

abortamento, a exemplo do psicólogo e da assistente social, mas as pacientes se limitaram a qualificar e citar apenas as categorias médica e de enfermagem na prestação dos cuidados. Além disso, observei que, raramente, identificavam os profissionais pelos nomes. Geralmente, eram descritos a partir de suas características físicas.

“[...] Só sei que tem uma enfermeira que usa umas tranças assim, que ela é muito gente boa. E os médicos da coleta todos são muito bons, todos trataram muito bem [...]”.  
**(Hortênsia)**

“É a primeira vez que eu vim aqui, eu só tinha vindo aqui pra visita. Eu gostei muito, porque o pessoal atende super bem, o medico, todo mundo... as enfermeiras, as assistentes, todo mundo [...]”. **(Acácia)**

“Eu gostei. Foi muito boa a assistência aqui [...]. Teve o Dr. “Y” que foi ótimo, gostei do atendimento. Teve um outro também, só que eu não lembro o nome. [...] Achei tudo ótimo. Sempre acompanhada de uma enfermeira pra ver se tava bem, foi tudo bem mesmo”. **(Gérbera)**

“Em termos assim do procedimento o médico explicou porque tava botando o remédio [...] Quando eu senti dor de cabeça eu chamei a enfermeira e ela veio de imediato. Em termos de atendimento eu gostei assim”. **(Violeta)**

O MS (2011b) considera importante o papel de cada profissional no acolhimento à mulher em situação de abortamento, principalmente no que tange às questões psicossociais. Considerando que a abordagem da psicologia e do serviço social pode ser diferenciada no que diz respeito aos aspectos emocionais, sociais e de relacionamentos, faz-se imprescindível a interdisciplinaridade no cuidado a mulher.

Além disso, a enfermagem tem um papel fundamental na qualidade da assistência, pois está presente desde a entrada da usuária na unidade de saúde, durante o procedimento até sua recuperação durante a internação hospitalar. Sendo assim, a prática do acolhimento e orientação multiprofissional deve se apresentar de maneira transversal durante todo o percurso da mulher no serviço de saúde (BRASIL, 2011b).

Para tanto, Bazzoti, Stumm e Kirchener (2009) reafirmam que a paciente deve ser informada, de forma clara, sobre tudo o que será realizado durante a estadia no

hospital. Tal atitude favorece uma relação de confiança quando se presta o cuidado com qualidade, favorecendo as usuárias a expor seus sentimentos. Fato contestado neste estudo.

Apesar da maioria das mulheres terem qualificado a assistência como satisfatória, me chamaram a atenção relatos de algumas delas, que preferiram não opinar sobre a assistência, se boa ou ruim. Simplesmente, relataram não ter do que reclamar com relação ao cuidado.

“Pra mim todo mundo me tratou muito bem, principalmente Dr.” X”. [...] Eles me trataram muito bem, eu não tenho do que reclamar, aliás ainda estão me tratando muito bem [risos]”.  
**(Orquídea)**

“[...] eu fui bem atendida de ontem pra cá, fui bem atendida, não tenho nada a reclamar”. **(Begônia)**

“[...] não tenho do que reclamar. Desde o medico que fez a transvaginal até agora todos são gente boa. Tratam os internos bem, não tem o que falar não daqui [...] daqui mesmo não tenho o que reclamar de ninguém”. **(Hortênsia)**

“[...] gostei... não tenho o que reclamar, não, falar... Fui bem atendida. O pessoal é muito legal, todo mundo”. **(Acácia)**

Talvez pelo medo de serem julgadas e discriminadas, muitas preferiram não emitir conceito de qualidade e expressaram apenas “não ter do que reclamar” sobre os cuidados a elas prestados.

Mariutti (2010) revelou em sua pesquisa que, enquanto algumas mulheres gritam, ficam agressivas, brigam por qualquer motivo devido ao abortamento, outras preferem se isolar, calar ou chorar diante da experiência. Percebeu ainda que o medo de expor a situação vivenciada fazia com que algumas delas preferissem ficar nos seus quartos, sem andar pelos corredores, sem andar pelas enfermarias.

Muitas delas encobriam seus rostos com lençóis ou se viravam para a parede, como se quisessem evitar serem vistas, incomodadas e questionadas acerca da sua vivência. Optavam em ficar quietas, provavelmente refletindo sobre a situação de vida relacionada ao aborto. Outro argumento acrescentado é o de que, talvez, essas mulheres nem quisessem ou temessem ser notadas pela equipe de saúde para que não fossem julgadas (MARIUTTI, 2010).

As mulheres criam estratégias de superação para aquela vivência. Muitas vezes, o silêncio é uma das formas de expressar a culpa pelo aborto ou tentativa de esquecer o fato. Neste caso, percebi que os discursos permeados em torno da expressão “Não tenho do que reclamar”, sugerem também uma forma de não querer expor a percepção que cada uma delas tem enquanto o “ser” cuidada.

O período de hospitalização, apesar de curto, é percebido pelas mulheres como longo e elas temem ser discriminadas já que existe uma prática discriminatória da sociedade em torno do aborto. Sendo assim, elas criam uma expectativa e uma ansiedade em relação ao cuidado da equipe. Por vezes, se satisfazem pela realização de procedimentos básicos da equipe de saúde, a exemplo de aferição de sinais vitais, observação de sangramento, administração de medicação. Outras vezes, o apoio emocional, ações educativas e de orientação lhes foram negados (MARIUTTI, 2004; NERY et al. 2006).

Algo novo me fez refletir sobre o fato de algumas mulheres não omitirem opinião direta sobre a assistência prestada a elas, provavelmente por medo de serem tratadas com discriminação caso declarassem ou detalhassem mais suas opiniões acerca da assistência a elas dispensadas ou não queriam entrar em detalhes para “tentar esquecer” o fenômeno aborto.

As contribuições dos autores em seus trabalhos me fizeram refletir sobre o fato de as mulheres não omitirem opinião direta (boa ou ruim) acerca da assistência hospitalar pela qual passaram, ou seja, o que pode estar nas entrelinhas dos relatos supracitados seria: medo de serem tratadas com discriminação, caso declarassem, detalhassem suas opiniões acerca da assistência a elas dispensada ou não quiseram entrar em minúcias para “tentar esquecer” o fenômeno aborto.

A demora no primeiro atendimento bem como o retardo na conduta médica de internamento foi abordada pelas participantes, com insatisfação bem como falta de interesse e descaso no atendimento por parte da equipe médica. Configura-se, diante disso, um atendimento (des)humanizado e não acolhedor.

“Aqui, assim... eu cheguei muito desesperada, só fiquei chateada por causa da demora, ainda mais que o médico não estava fazendo nenhum parto, mas...”. **(Violeta)**

“Olha no primeiro dia, não fui bem atendida aqui. O doutor que me atendeu, ele não me atendeu bem [...]. No primeiro dia, o médico me pediu os papel, ele viu a ultrassonografia, ele viu

que tava abortamento, ele não me encaminhou pra fazer a curetagem [...]”. **(Begônia)**

“Com relação à recepção, como eu falei, eu achei um pouco frias, eu achei. O médico a princípio também foi um pouco frio, mas depois fez questão de ir lá, explicar [...]”. **(Violeta)**

Argumentam Bazzoti, Stumm e Kirchner (2009) que a administração do tempo desde a chegada ao hospital, aos cuidados e ao modo como os profissionais abordam as mulheres é percebida e, em caso de demora, consideram que o atendimento ficou a desejar. A permanência no hospital não é vista como algo positivo para elas, principalmente quando o período de internamento ultrapassa o esperado e se prolonga. Assim, além de todos os sentimentos gerados pela experiência do aborto, as mulheres tendem a ficar mais ansiosas e preocupadas em retornar para suas atividades diárias.

O despreparo dos profissionais de saúde em lidar com os aspectos sociais, culturais e psicológicos do paciente, se deve ao fato de que o foco da sua formação, especialmente a dos médicos, ainda está centrado na visão biológica e técnico-curativa do processo saúde-doença (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). No entanto, os significados atribuídos pelas mulheres que experienciam o aborto devem ser interpretados muito além dos sinais e sintomas relatados e identificados. O profissional deve ser capaz de perceber além da biologia, fazendo com que o cuidado seja mais abrangente, menos mecanicista, por meio de uma aproximação entre a ciência e o humano (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Nós, profissionais da saúde, devemos perceber a mulher com suas necessidades, além da queixa física. Elas têm uma vida fora do ambiente hospitalar que necessita de sua presença e intervenção. Trabalho, estudo, família dependem de sua saúde física e mental para que tenha uma qualidade de vida. A dimensão da saúde está acima do bem estar físico, mental e social. Pareceu-me que estes aspectos foram esquecidos pelos profissionais que assistiram as participantes deste estudo.

“Olhe, eu não gostei! Eu acho que as pessoas têm um pouco de preconceito muito grande com essa questão do aborto, por causa dessas coisas, da clandestinidade, do crime, que a gente sabe que tem muita gente que pratica o crime do aborto. Então quando você chega numa situação dessa do aborto

dentro de uma clínica ou dentro de uma maternidade, eu acho que a maioria das pessoas acabam associando o aborto com isso. Então acabam de tratando mal, acabam não te dando assistência que poderia. Que poderia e deveria! [...] Então eu senti um pouco de resistência em ajudar por conta disso. [...] então isso acaba maltratando você. [...] acaba machucando mais do que você já está passando.” **(Açucena)**

“Eu acho assim, quem trabalha na área de saúde, tem que ser mais amável. Porque a gente chega aqui em desespero, sabe? Porque você confia em Deus, mas se joga nas mãos dos profissionais, né? [...]” **(Violeta)**

“Eu achava que deveria ter mais atenção! O Dr. “Y”, ele não me deu atenção, ele nem falou que horas era pra mim vim aqui. Eu acho que devia ter mais atenção [...]”. **(Begônia)**

O despreparo também pode ser proveniente de valores pessoais inerentes aos profissionais de saúde. As mulheres relataram, diversas vezes, insatisfação quanto ao cuidado por terem percebido preconceito, resistência em assisti-las, discriminação e emissão de juízo de valor quanto à etiologia do aborto. Ou seja, não se sentiram acolhidas no serviço de saúde. Violeta destaca bem a necessidade da responsabilidade, do acolhimento e da humanização da assistência dos profissionais de saúde diante da prestação do cuidado.

Benute et al. (2012) consideram que os profissionais da área da obstetrícia, em sua maioria, não conseguem esconder a contrariedade diante de uma situação de abortamento e dispensam um atendimento pautado no julgamento e discriminação. Farias e Cavalcanti (2012) acrescentam que esse despreparo dos profissionais se torna mais visível devido à relevância com que os casos de abortamento, violência doméstica e sexual bem como as relações de gênero, vêm ganhando destaque no campo da saúde pública.

As ações dos profissionais de saúde que cuidam de mulheres nestas situações devem ser pautadas em princípios éticos, principalmente no caso de aborto, uma vez que envolve outra vida, um filho, que muitas vezes foi desejado e que não se esperava perder (BAZZOTI; STUMM; KIRCHENER, 2009).

Nos relatos das entrevistadas, mesmo as que desconheciam a gestação até o momento do aborto, afirmaram sentir muito pela perda do filho. Fato que nos leva a repensar o processo de comunicação, o uso de palavras e expressões com

conotações agressivas e preconceituosas, repercutindo de maneira negativa nos sentimentos das usuárias da maternidade estudada.

Açucena relata que ouviu palavras agressivas, preconceituosas e grosseiras no momento em que estava vivenciando a perda, o enlutamento. Tudo percebido com muita dor pela usuária. Quem escolhe trabalhar na área da saúde deve se preparar para não repercutir problemas pessoais no cuidado ao usuário. A assistência deve ser prestada de forma acolhedora e humanizada.

“[...] alguém falava que aborto era crime, que quem fazia isso devia ir pra cadeia, começaram a contar a história de alguém que tinha abortado, que o filho tinha nascido não sei como..., sem braço, não sei como...umas coisas assim bem fortes, bem grosseiras mesmo! E eu não gostei, principalmente por tudo que eu já vivi[...] Então assim, é muito desagradável você estar ouvindo essas coisas. Porque a gente sabe que acontece, mas a gente tem que saber discernir uma história da outra, um caso do outro.” **(Açucena)**

A equipe de saúde precisa refletir sobre a repercussão de seus valores e convicções em sua prática profissional. Suas condutas e ações devem ser livres de rótulos e juízo de valor. Prática esta que não tem sido fácil uma vez que os cursos de graduação não dissociam os valores do indivíduo à sua atividade profissional e nem discutem elementos que vão além da atividade biomédica (BRASIL, 2011b).

Ao contrário do profissional que está acostumado a ver no seu cotidiano a dor e a morte, a gestante tem dificuldades de lidar com esta perda. Tal ato pode impedir o diálogo entre o profissional e a usuária, tornando mais distante a prática do atendimento humanizado, quando se generalizam todas as perdas (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

Farias e Cavalcanti (2012) acham que a condição de ilegalidade do aborto no Brasil tem influência negativa sobre os serviços de saúde, no que diz respeito ao atendimento, inclusive dos casos de aborto previsto em lei. Alguns julgam os relatos das usuárias, deles desconfiam e receiam estar contribuindo para a realização de um ato ilegal. Por outro lado, Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) afirmam que mesmo quando a mulher tem sentença judicial favorável ao aborto, os profissionais de enfermagem continuam considerando esta prática um crime.

Carvalho (2009) identificou nos discursos das mulheres, entrevistadas em sua pesquisa, que a maioria delas considerou péssimo ou ruim o cuidado da equipe.

Relataram que a discriminação e o mau atendimento permeavam o cuidado, principalmente, quando se confirmava o abortamento como provocado. Entretanto, algumas mulheres classificaram a assistência como boa, relatando, porém, a percepção de que os cuidadores fingiram desconhecer a situação de aborto provocado.

“[...] alguns técnicos que realmente não foram muito legais! Falaram coisas que acaba ficando, mesmo que você tenha consciência...[...] mas é chato você ouvir. Eu acho que é muito mais chato quando você é acusado por uma coisa que você não fez do que quando você é acusado de uma coisa que você que tá errado. Mas é muito chato você ficar ouvindo e isso agrade muito a gente.” **(Açucena)**

Segundo Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) os profissionais de enfermagem veem o aborto provocado como um “pecado” e consideram que ninguém tem o direito de tirar a vida de outra pessoa, mesmo ainda na condição de feto. Julgam que essas mulheres cometeram um crime perante a lei de Deus e dos homens. Diante disso, pensam e agem com atitudes preconceituosas que transparecem quando priorizam a assistência às parturientes, puérperas e gestantes de alto risco, em detrimento às mulheres em situação de abortamento.

Resultado semelhante também foi encontrado no estudo de Bazzoti, Stumm e Kirchner (2009), em que a equipe médica e de enfermagem comentava e fazia suposições das possíveis causas que levaram a mulher a cometer o aborto, desconsiderando a história e o contexto de vida destas usuárias. Esta situação levou-os a questionar se o profissional tem o direito de invadir a privacidade da paciente; se caberia a eles julgar aquelas mulheres sem conhecer suas respectivas histórias de vida e as questões éticas que envolvem essas posturas.

Ao entrar numa unidade hospitalar, muitas mulheres sentem um desespero, que nem sempre é percebido e considerado pelo profissional. Aquele momento é temeroso, sofrido, doído para elas. Para os profissionais, porém, trata-se apenas de mais uma rotina. As mulheres relataram sentir falta de amparo por parte da equipe.

“[...] Você chega aqui pedindo socorro e por parte de algumas pessoas, na recepção que é o primeiro contato, deveria ser mais apresentável, ser mais atencioso. Não que tenha sido mal educado, nada do tipo, mas eu acho que não custa nada você da um sorriso, porque às vezes isso conta muito, muito mesmo...[...] Não custa nada da um sorriso pra alguém, da um

bom dia. Porque você chega precisando de um amparo e eu senti um pouquinho falta disso por parte de alguns.” **(Violeta)**

O MS (2011b) recomenda que os profissionais de saúde promovam uma escuta ativa, privilegiada, livre de atitudes preconceituosas e comentários desrespeitosos. Orienta que as mulheres sejam tratadas com respeito e se estabeleça uma relação de confiança e um atendimento mais humanizado. Torna-se urgente, assim, a valorização dos sentimentos de cada mulher e a compreensão do contexto em que se vivenciou a experiência. Neste estudo as mulheres sugerem que os profissionais sejam mais amáveis e atenciosos e que pequenos gestos, a exemplo de um sorriso, um bom dia, já amenizam os sentimentos de desespero e outros que estão presentes naquele momento da internação.

Conforme o MS (2011b), as mulheres em processo de abortamento passam por uma experiência que vai além do físico. Há de se considerar a vivência emocional e social em que elas estão inseridas. No momento, pois, em que chegam ao serviço de saúde verbalizam apenas queixas físicas a fim de que seu problema seja solucionado. Entretanto, há de se considerar também a difícil situação, mesclada aos diversos sentimentos que devem ser identificados e tratados.

Silva e Araújo (2011) afirmam que se deve fazer um trabalho de sensibilização dos profissionais a fim de que prestem uma assistência à mulher de modo mais humanizado possível, garantindo-lhe um cuidado de qualidade. Acrescentam ainda, Benute et al. (2012) que o preparo da equipe deve ir muito mais além do preparo técnico. Ou seja, os profissionais devem estar orientados e preparados emocionalmente para que seu cuidar contribua para a qualidade da assistência à saúde.

Outro ponto salientado por Carvalho (2009) constitui-se em que os serviços de saúde devem trabalhar melhor a prevenção e promoção das práticas sexuais e reprodutivas de maneira segura para todos os grupos populacionais. Segundo as entrevistadas do seu estudo, as orientações e informações sobre contracepção e sexualidade não são suficientes e efetivas quanto deveriam.

A autora corrobora que o contexto do processo saúde-doença não se restringe à relação direta de causa e efeito, mas sim de determinantes sociais, econômicas e ambientais articuladas à saúde reprodutiva e às estruturas familiares que determinam o estado de saúde de uma comunidade.

Mortari, Martini e Vargas (2012), acrescentam que a relação entre o tema abortamento/aborto e Atenção Básica deve ser fortalecido. Esta relação é a porta de entrada do sistema de saúde e pressupõe estabelecimento de vínculo e confiança para a comunidade que é assistida e acompanhada pela Equipe de Saúde da Família (ESF). Diante disso, o tema deve ser discutido, informado e orientado para a clientela de modo que sirva para melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, de vida das mulheres e familiares que vivenciam o abortamento, independentemente da sua etiologia.

Para mim, foi possível desvelar que o cuidado tem que se humanizar, individualizar-se na singularidade do ser. Devemos enxergar na mulher o sofrimento e a dor além do físico, podendo com pequenas ações minimizar o sofrimento emocional na vivência do abortamento.

“[...] todos que veem aqui é porque tem algum problema, de alguma forma desesperado. Porque às vezes não é só o físico que chega doente, às vezes a alma também chega. O emocional chega abalado. Isso conta muito! Você dá um sorriso, você dá um bom dia... é isso! É uma sugestão! Pra todo profissional que trabalha nessa área. A gente sabe que a demanda é grande, a jornada de trabalho é grande, mas quem vem não tem culpa! [...]”. **(Violeta)**

No presente estudo, constatei nos discursos das mulheres que os profissionais não se atentaram para os aspectos emocionais e sociais que envolvem o abortamento. Mesmo que as mulheres demonstrassem sinais de angústia, depressão e medo no processo vivido, os profissionais da equipe foram incapazes de discutir e tentar sanar as necessidades, senão biológicas daquelas mulheres.

Por envolver questões subjetivas de ambos os sujeitos (quem atende e de quem é atendida), o tema abortamento deve ser tratado de maneira que sensibilize a equipe de saúde a fim de mudar a postura preconceituosa e (des)acolhedora de maneira continuada. Nesse sentido, discussão coletiva, supervisões clínicas, troca de preocupações, confronto de atitudes e convicções implícitas no atendimento, reuniões e oficinas de sensibilização e capacitação sobre sexualidade e práticas reprodutivas podem ajudar na mudança de comportamento da equipe com vistas à melhoria da qualidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2011b).



A vivência do aborto é percebida diferentemente em cada uma das mulheres e relaciona-se com a realidade do seu cotidiano, bem como ao seu projeto de vida quanto às expectativas econômicas, sociais e familiares idealizado entre cada um dos sujeitos participantes desse estudo.

O grupo de mulheres com experiência de abortamento está na faixa etária entre 19 e 41 anos de idade, com grau de escolaridade variável, maioria católica, sem renda, pois têm o lar como ocupação. A maioria é multigesta, com filhos vivos e algumas com história prévia de abortos sucessivos.

Percebi que o aborto é sentido como uma experiência marcada não só pela dor física, mas pela dor psicológica, que não se restringe apenas à dor da mulher. Ela é vivenciada também por familiares e amigos. Quando se deseja e se planeja uma gestação, geram-se expectativas em torno do filho que está para vir. Diante da interrupção da gravidez, por abortamento espontâneo, sonhos são frustrados e dão lugar aos sentimentos de impotência, incompetência, tristeza, angústia, medo, decepção, vazio, luto, depressão, resiliência e vontade de recomeçar.

Quando o aborto é provocado, são comuns sentimentos de alívio diante do objetivo conquistado, isto é, a interrupção da gravidez que tanta angústia, desespero, raiva ou medo causava. Reforço, pois, que tal experiência é vivenciada de modo singular, a depender do contexto social e familiar em que a mulher esteja inserida.

Muitas mulheres sofrem abortamento espontâneo, outras parecem “esconder” a real etiologia do aborto, reforçando a ideia da vergonha social que o abortamento representa na sociedade.

Encontrei então, que sentimentos de tristeza e frustração para umas, podem ser de alívio para outras. Mas, de qualquer forma, o acontecido constitui-se, para todas, uma oportunidade de olhar a vida de maneira diferente e de se tentar reorganizar seu futuro.

A maioria das mulheres afirmou ter sofrido abortamento espontâneo. Algumas mulheres não deixam explícita a real causa do aborto, aparentando firmeza quanto ao desfecho. Para a mulher que sofre abortamentos espontâneos recorrentes, o sofrimento pode se tornar irreparável, o luto é mais difícil e a dor pode se tornar impossível de cura. Muitas delas vivem sua dor no silêncio, sem dividir suas emoções com o companheiro, familiares ou amigos. Apenas lutam para esquecer a

experiência vivenciada e as que possuem uma religiosidade oram para não mais passar por esta situação.

Existem dúvidas opiniões quanto à percepção da assistência prestada por parte dos profissionais. A maioria gostou do cuidado dispensado, declarando “não ter do que reclamar”. Interpretei estas verbalizações do ponto de vista da fenomenologia, levando em consideração que o tema aborto é permeado de tabus e preconceito, ainda no século XXI.

Profissionais são seres humanos impregnados de sentimentos e também de saberes socioculturais e científicos. Porém, em determinadas situações, agem de modo a transparecer desaprovação, emitindo juízo de valor em determinadas situações, como no caso do abortamento. Nesse sentido, podem se aflorar os sentimentos descritos ou reprimi-los, cabendo ao profissional de saúde a prática de colocar-se além da observação e descrição dos sinais clínicos do abortamento.

Os profissionais se limitam a executar as prescrições que cada situação demandava: administração de medicamento, encaminhamento para o banho, observação de estado geral e específico. Esqueceram-se de cuidar dos aspectos psicossociais da usuária.

Este estudo proporcionou-me repensar minha formação e considerar que houve uma lacuna no que se refere às questões emocionais, quando relacionadas ao paciente e seus familiares. O cuidar estava pautado essencialmente em prestar uma boa assistência, executar as técnicas com habilidade e conhecimento, acrescidos de observação dos sinais e sintomas. Porém, na Maternidade em estudo, constituída de uma equipe multiprofissional, aquelas mulheres não foram acolhidas e cuidadas com humanização. Não relataram a presença de outros profissionais necessários para aquele momento. Assim, questiono o sentido da multidisciplinaridade se ela não se exerce interdisciplinarmente.

Tais cuidados devem ser repensados de maneira dinâmica, de modo que sejamos capazes de acompanhar as dores físicas e emocionais de nossos usuários do sistema de saúde. O perfil do profissional de saúde que a sociedade espera hoje constitui-se de um profissional acolhedor, que dispense atenção humanizada, que perceba as necessidades não verbalizadas pelos pacientes mas que as demonstram com seu silêncio, olhar perdido ou postura fletida. Torna-se necessário, pois, ir além da anamnese e do exame físico, isto é, conhecer as relações sociais, familiares, o

mundo-vida das pacientes para que a equipe multiprofissional possa, conjuntamente, traçar planos viáveis e individualizados.

Com base nos resultados desta pesquisa, proponho:

- Realizar projeto de acolhimento à usuária e humanizar a assistência aos profissionais de saúde nos campos de estágio da Faculdade em que atuo como docente. A academia precisa formar bons profissionais e bons seres humanos. E estes, automaticamente, devem ser multiplicadores de homens mais humanizados.

É de suma importância que os alunos realizem educação permanente sobre os temas Acolhimento, Humanização da assistência, dentre outros, junto com as equipes das unidades de saúde. Só o processo de Educação pode transformar a realidade do indivíduo.

Além disso, sugiro, para a melhoria do diagnóstico, tratamento, recuperação da mulher em situação de abortamento e, conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida dela e de seus familiares, que o serviço municipal se organize para:

- Encaminhar o material coletado no procedimento de curetagem para exame anatomopatológico com a finalidade de investigação e auxílio no diagnóstico da etiologia do abortamento;
- Definir as causas do abortamento espontâneo, uma vez que tal diagnóstico torna-se de suma importância para minimizar as conseqüências psicológicas para a mulher e familiares;
- Implantar serviço de investigação para as causas do abortamento espontâneo, uma vez que tal serviço não se faz na Maternidade, nem na rede de referência do serviço municipal de saúde;
- Estruturar e implantar serviço de apoio psicológico no serviço de saúde do município para as mulheres que vivenciam o abortamento, durante e pós-internação hospitalar, a fim de garantir a efetividade dos princípios do SUS, uma vez que esse cuidado deve perpassar todos os níveis da assistência (prevenção, promoção, recuperação e reabilitação);
- Melhoria das ações do planejamento familiar, de modo que não sirvam apenas para prevenir gravidez indesejada, e sim, de forma que ajudem

as mulheres com desejo de engravidar, principalmente, as que sofrem abortamento habitual;

- Averiguar possíveis lacunas na assistência pré-natal, tais como: melhoria na detecção precoce para levantamento e identificação de fatores de risco para o abortamento por parte dos profissionais da atenção básica, tais como: levantamento de história obstétrica pregressa, exame físico, história atual da gravidez, risco psicossocial, assim como maior agilidade na realização de exames laboratoriais. Tudo isso ajudará na prevenção de novas situações de abortamentos espontâneos, dentre outros.

Ao finalizar o presente estudo, pude responder as questões que me inquietavam e comprovar que o acolhimento, a humanização da assistência devem ser trabalhados, incansavelmente, com os alunos de graduação dos cursos da área da saúde, com o objetivo de formar profissionais diferenciados, com um olhar além do biológico e do técnico.

Sendo assim, devemos repensar para formação de profissionais éticos e comprometidos com o cuidado humanizado, bem como, enquanto gestora promover educação em saúde com vistas a qualidade da assistência.

Os resultados deste estudo podem nortear futuras pesquisas sobre o sistema de saúde, no município de Barreiras/BA ou de outros locais com realidades semelhantes e/ou diferentes. Um estudo que contribui para a reflexão acerca do cuidado prestado frente às necessidades emocionais das mulheres em situação de abortamento.

## REFERÊNCIAS

BARREIRAS (BA). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Recursos Humanos em Saúde. **Relação de Funcionários da Maternidade Municipal de Saúde**. Barreiras, 2013. Não paginado.

BAZOTTI, K. D. V.; STUMM, E. M.; KIRCHNER, R. M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, 18 (1): 147-154, jan-mar 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a18.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2012.

BENUTE, G. R. G. et al. Aborto Espontâneo e Provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 55(3):322-7, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302009000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300027)>. Acesso em 11 jan. 2011.

\_\_\_\_\_, G. R. G. et al. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção a saúde da mulher. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, 34 (2): 69-73, jan-fev, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n2/a05v34n2.pdf> > . Acesso em: 12 ago. 2012.

BICUDO, M. A. V. Análise fenomenológica estrutural e variações interpretativas. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa Qualitativa segundo a Visão Fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BORSARI, C. M. G. **Aborto provocado: vivência e significado**. Um estudo fundamentado na fenomenologia. 2012. 142f. Dissertação (Mestrado Ginecologia e Obstetrícia). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5139/tde-20062012-164737/pt-br.php>> Acesso em: 20 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, 2001, 199p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf) > Acesso em: 12 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006, p.131. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf)> Acesso em: 15 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **20 Anos de Pesquisas sobre Aborto no Brasil**. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Série B. Textos Básicos em Saúde, 2009, p.74. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livreto.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5ª ed. Editora do Ministério da Saúde, 2010a. p. 304. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf) > Acesso em: 27 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília, DF : Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. 2010b, p.300. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcdad26.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad26.pdf)> Acesso em: 22 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** Princípios e Diretrizes. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2011a, p.82. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf). > Acesso em: 19 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** Norma Técnica. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série A. Normas Técnicas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos. Caderno nº 4. Editora do Ministério da Saúde, 2011b, p.60. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf).> Acesso em: 19 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília,DF: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora do Ministério da Saúde, 2012. p. 318. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf)> Acesso em: 27 fev. 2013.

CARVALHO, S. M. **Mulheres Jovens e o Processo de Abortamento Clandestino:** Uma Abordagem Sociológica. 2009. 171f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2570>. >Acesso em: 11 jan. 2011.

COSTA JÚNIOR, P. J. **Direito Penal Objetivo:** comentários atualizados ao Código Penal e ao Código de propriedade industrial. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, 17 (7), p. 1795-1804, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700018&script=sci_arttext).> Acesso em: 26 set. 2012.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O Aborto como Causa de Mortalidade Materna: Um Pensar para o Cuidado de Enfermagem. Escola Ana Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 14(1), p.177-81, jan-mar, 2010. Disponível em: <[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=544082&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=544082&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=544082&indexSearch=ID)>. Acesso em: 11 jan. 2011.

EVANS, A. T. **Manual de Obstetrícia**. Tradução de Telma Lúcia de Azevedo Hennemann. 7<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 17 (7): 1755-1763, jan-jul, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700014&script=sci_arttext)> Acesso em: 26 set. 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por Saturação em Pesquisas Qualitativas em Saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 (1): 17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>> Acesso em: 15 nov. 2011.

FREIRE, T. C. G.; CHATELARD, D. S. O aborto é uma dor narcísica irreparável? **Revista Mal-estar e Subjetividade**. Fortaleza, vol. IX. n. 3, set, 2009, p. 1007-1022. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482009000300012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1518-61482009000300012&script=sci_arttext)> Acesso em: 27 set. 2012.

FURASTÉ, P. A. **Normas Técnicas para Trabalho Científico**: Explicitação das Normas da ABNT. 15<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: s.n., 2011.

FUSCO, C. L. B.; ANDREONI, S.; SILVA, R. S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo. 11 (1), p. 78-88, mar, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=479869&indexSearch=ID>> Acesso em: 26 set. 2012.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista Enfermagem**. São Paulo, 21 (3): 449-453, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_11.pdf)> Acesso em: 26 set. 2012.

GIORGI, A. Sobre o método fenomenológico utilizado como método de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa**: Enfoques epistemológicos e metodológicos. Traduzido por Ana Cristina Arantes Nasser. 2<sup>a</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GOLDMAN, R. E. Síndromes Hemorrágicas da Gravidez. In: BARROS, S. M. O. (org.). **Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal**. Barueri: Manole, 2006.

JESUS, D. **Direito Penal: Dos crimes contra a pessoa e dos crimes contra o patrimônio.** v.2, 31ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2011. Parte Especial.

JORGE, J. P. N. Aborto Terapêutico. In: NEME, B. et al. **Obstetrícia Básica.** São Paulo: Sarvier, 1994.

LEVENO, K. J. et al. **Manual de Obstetrícia de Williams:** complicações na gestação. Traduzido por André Garcia Islabão. 22ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MACEDO, R. M. S. Consequências Emocionais do Aborto. In: HALBE, Hans Wolfans. **Tratado de Ginecologia.** 2ª ed. São Paulo: Roca, 1993.

MARIUTTI, M. G. **O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento.** 2004. 128p. Dissertação (Mestrado em Materno-infantil e Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

\_\_\_\_\_. **Associações do abortamento com depressão, autoestima e resiliência.** 2010. 121p. Tese (Doutorado Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011-091939/pt-br.php>> Acesso em: 18 mar. 2011.

MARTINS J.; BOEMER, M. R.; FERRAZ, C. A. A Fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 24 (1): 139-147, abr. 1990.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa Qualitativa em Psicologia:** fundamentos e recursos básicos. 5ª ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATERNIDADE MUNICIPAL DE BARREIRAS. **Livro de ocorrências do Centro Obstétrico.** Barreiras, BA, 2012. 200p.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre Aborto no Brasil: avanços e desafios para a saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S193-S204, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/02.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ, O. Quantitativo: Oposição ou Complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 9 (3):239- 262, jul.-set. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento:** Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

\_\_\_\_\_. O Desafio da Pesquisa Social. In:\_\_\_\_\_, **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 23ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. **Estimativas de Aborto Induzido no Brasil e Grandes Regiões.** In: 15<sup>o</sup> ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2006, Belo Horizonte. Anais eletrônicos. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2006. Disponível em: <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006\\_252.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf)> Acesso em: 30 nov. 2011.

MOREIRA, D. A. **O Método Fenomenológico na Pesquisa.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

MORTARI, C. L. H.; MARTINI, J. G.; VARGAS, M. A. Representações de enfermeiras sobre cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** São Paulo, 46(4), p.914-21, ago. 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=649765&indexSearch=ID.>> Acesso em: 26 set. 2012.

NERY, I. S. et al. Vivências de Mulheres em Situação de Abortamento. **Revista de Enfermagem da UERJ.** Rio de Janeiro, 14(1) jan-mar, p. 67-73, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a11.pdf>> Acesso em: 26 set. 2012.

NOMURA, R. M. Y. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira.** São Paulo, 57(6):644-650, nov-dez, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a10.pdf>> Acesso em: 26 set. 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. Abortamento. In: \_\_\_\_\_, Jorge de. **Obstetrícia**. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Obstetrícia Fundamental.** 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher.** Tradução Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROCHA, M. I. A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais.** São Paulo, v.23, n.2, p.369-374, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n2/a11v23n2.pdf>> Acesso em: 11 jan. 2011.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo. v. 17. n. 2. p 107-119, abr-jun, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2011.

SCAVONE, L. Políticas Feministas do Aborto. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, 16 (2): 440, maio-ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2008000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2008000200023)>. Acesso em: 11 jan. 2011.

SILVA, R. P. Os Dilemas Moral e Jurídico do Abortamento Eugênico. In: SILVA, R. P.; LAPA, F. B. (org.). **Bioética e Direitos Humanos**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2002.

SILVA, J. P. L.; ARAÚJO, M. Z. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 14, 19-24, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>> Acesso em: 27 set. 2012.

SILVA, D. V. R.; FLORA, M. C. Di. A Religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol 6, nº 1, p. 193-196, jan-mar, 2010. Disponível em: <<http://www.revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/viewArticle/311>> Acesso em: 26 set. 2012.

SOUZA, Z. C. S. N.; DINIZ, N. M. F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 20(4):742-50, out.-dez, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400013&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400013&script=sci_abstract&lng=es)> Acesso em: 26 set. 2012.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 39 (3): 507-14, jun, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em: 12 out. 2011.

VIEIRA, L. M. et al. Abortamento na adolescência: da vida à experiência de colo vazio – um estudo qualitativo. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 15, p. 3149-3156, out, 2010. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a19v15s2.pdf>> Acesso em: 26 set. 2012.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Percepção feminina diante da gravidez interrompida: análise da experiência vivenciada por mulheres com diagnóstico de abortamento. **Revista Ciência y Enfermería**. XVII (1), p. 95-102, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art\\_10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_10.pdf)> Acesso em 26 set. 2012.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O (a) Sr (a) é convidado a participar da pesquisa sobre “**ABORTAMENTO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MULHERES**”, cujos objetivos são: Compreender os sentimentos e significados do aborto pelas mulheres que o vivenciam. Para tanto, pretende-se identificar quais as causas do abortamento vivenciado pelas mulheres assistidas na referida maternidade; descrever a assistência dispensada por parte dos profissionais durante a internação hospitalar dessas mulheres; propor um plano de ação para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no âmbito municipal que minimize os altos índices de abortamento.

Sua participação é voluntária, não remunerada e não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo, para tanto, necessito que responda a uma entrevista aberta sobre o tema. Caso queira se retirar, em qualquer etapa da pesquisa, não haverá nenhum dano ou prejuízo. Conforme previsto pela resolução 196/96 que regulamenta sobre a participação com seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

A Sra. tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas. O material com as suas informações da entrevista ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador, com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, sendo destruído após a finalização da pesquisa.

A presente pesquisa não implica riscos físicos aos participantes uma vez que não é nenhum procedimento invasivo, nem se fará experimentos com as mesmas. Porém caso, apresente algum transtorno de ordem psicológica relacionada a descrição do fenômeno no momento da coleta de dados, será encaminhada para Clínica Escola de Psicologia da Faculdade São Francisco de Barreiras (FASB) a fim de se ter um tratamento adequado de possíveis contratempos de ordem psicológica. Vale ressaltar que o tratamento, caso necessário, será realizado sem ônus algum para a Senhora. Informo ainda que não haverá ressarcimento uma vez que todo custeio e gasto da pesquisa será de responsabilidade da

pesquisadora. Com relação a indenização, caso a senhora se sinta prejudicada, o mesmo deverá buscar a justiça e o que for decidido judicialmente será acatado pela pesquisadora.

A pesquisadora responsável é a Enfermeira Maria Madalena de Souza Matos Torres, Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde que pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua BR 135, Km 01, nº 2.341, Bairro Boa Sorte, CEP 47805-270, Barreiras – BA; telefone (77) 3613 -8800. Temos ainda a pesquisadora colaboradora Dra. Lícia Maria Oliveira Pinho, telefone (62) 3241-5449. Caso a Sra. tenha alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC - GO), localizado Avenida Universitária 1.069, Setor Universitário, Goiânia - Goiás, Área IV (Bloco da Reitoria), Caixa Postal 86 - CEP 74605-010. Fone: (62) 3946-1512; Fax: (62) 3946-1070; e-mail: cep@pucgoias.edu.br.

Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

---

Maria Madalena de Souza Matos Torres  
Pesquisadora Responsável

**DECLARO TER SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADO A RESPEITO DAS INFORMAÇÕES QUE LI OU QUE FORAM LIDAS PARA MIM. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTA ESTUDO E PODEREI RETIRAR O MEU CONSENTIMENTO A QUALQUER MOMENTO SEM QUALQUER DANO OU PREJUÍZO.**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Barreiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Participante da Pesquisa

## **APÊNDICE B - INSTRUMENTO AUXILIAR PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA**

### **A - Caracterização Socioeconômica e demográfica das mulheres entrevistadas.**

Identificação

Endereço

Data

Entrevista

Horário

Idade

Escolaridade

Estado civil

Profissão

Renda

Mensal

Religião

### **B - Caracterização obstétrica das mulheres entrevistadas**

Nº de Gestações Anteriores

Nº de Partos Anteriores

Nº de Filhos Nascidos-Vivos

Nº de Filhos Nascidos Mortos

Nº de Abortos Anteriores

Tipos de Parto

Presença de complicações  
em Gestações ou Parto

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**PROJETO DE PESQUISA**

**Título:** ABORTAMENTO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MULHERES

**Área Temática:**

**Pesquisador:** MARIA MADALENA DE SOUZA MATOS TORRES

**Versão:** 2

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

**CAAE:** 01161912.0.0000.0037

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Número do Parecer:** 28976

**Data da Relatoria:** 16/05/2012

**Apresentação do Projeto:**

O projeto, como um todo, foi elaborado dentro dos requisitos esperados para um trabalho científico

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender os sentimentos e significados do abortamento para as mulheres que o vivenciam

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão previstos no projeto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A Introdução está concisa, mas bem articulada. A metodologia está detalhada e em linguagem acessível. A análise está projetada dentro da abordagem estabelecida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Dentro daquilo que caracteriza um projeto de pesquisa os termos estão adequados

**Recomendações:**

Foram respondidas segundo orientação do relator.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Tudo dentro do pedido

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Após avaliação da resposta de pendência por este Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo decide considerar o projeto APROVADO, considerando a Resolução 196/96 CNS.

GOIANIA, 30 de Maio de 2012

Assinado por:  
Dwain Phillip Santee

## ANEXO B – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL



### MATERNIDADE MUNICIPAL DE BARREIRAS-BAHIA

**Ao: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

Barreiras-BA, 07 de fevereiro de 2012.

Prezado Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO

A Coordenadora de Enfermagem da Maternidade, Karina Serpa de Oliveira, vem por meio desta, informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada **“ABORTAMENTO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MULHERES”**, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Mestranda Maria Madalena de Souza Matos e pesquisadora colaboradora Dra. Lícia Maria Pinho de Oliveira a ser realizada no período de maio e junho de 2012.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada da pesquisadora para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do **PARECER de APROVADO pelo CEP**. Esta instituição é consciente de sua corresponsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

A pesquisadora responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS no 196/96 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto por parte desse Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/PUC (GO) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, se houver também necessidade.

Karina Serpa de Oliveira  
Coordenadora de Enfermagem

*Karina Serpa de Oliveira*  
Enfermeira  
RUBRICA 237011

## ANEXO C - DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA



### DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE DA PESQUISA

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Barreiras, 07 de fevereiro de 2012.

---

**Karina Serpa de Oliveira**  
**Coordenadora de Enfermagem**

*Karina Serpa de Oliveira*  
Enfermeira  
CPF: 237040

## ANEXO D – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES



FACULDADE SÃO FRANCISCO DE BARREIRAS - FASB  
MANTIDA PELO  
INSTITUTO AVANÇADO DE ENSINO SUPERIOR DE BARREIRAS - IAESB  
CNPJ Nº: 42.752.675/0001-37

Barreiras-BA, 07 de fevereiro de 2012.

Prezado Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-GO

A Coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade São Francisco de Barreiras (FASB), Roberta Bérnago Lima, vem por meio desta, informar que está ciente e de acordo com possíveis encaminhamentos de mulheres que sofreram abortamento, caso apresentem alguma intercorrência de ordem psicológica durante a realização da pesquisa intitulada **"ABORTAMENTO: UM OLHAR DA ENFERMAGEM SOBRE OS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS MULHERES"**, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Mestranda Maria Madalena de Souza Matos e pesquisadora colaboradora Dra. Lícia Maria Pinho de Oliveira a ser realizada no período de maio e junho de 2012.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada dos sujeitos da pesquisa, em caso de necessidade, mediante encaminhamento de referência da pesquisadora secundária, Maria Madalena de Souza Matos, para Clínica-escola de Psicologia da FASB, situada a Av. Clériston Andrade, s/n, Centro, Barreiras-BA.

Roberta Bérnago Lima  
Coordenadora do Curso de Psicologia

Faculdade São Francisco de Barreiras  
Curso de Psicologia  
Roberta Bérnago Lima  
Coordenadora  
Portaria nº 01/2012

Br 135, km 01, nº 2.341- Boa Sorte - CEP 47805-270  
Fones: (77) 3613 - 8800 / FAX: (77) 3613 - 8824  
Site: [www.fasb.edu.br](http://www.fasb.edu.br) - Barreiras/ BA.