



IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING

**O PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES HOSPITALIZADAS
POR ABORTAMENTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

RIO GRANDE

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES HOSPITALIZADAS
POR ABORTAMENTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, Curso de Mestrado em Enfermagem, como requisito para obtenção do título Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S914p Strefling, Ivanete da Silva Santiago.

O Processo de gestão do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento: contribuições da enfermagem / Ivanete da Silva Santiago
Strefling – Rio Grande, 2013.

104 p.

Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande, 2013.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho.

1. Enfermagem. 2. Aborto. 3. Gestão em saúde. I. Lunardi Filho, Wilson Danilo. II. Título.

CDD: 610.730692

Catálogo elaborado pelo Sistema de Bibliotecas FAT/URCAMP
Bibliotecária Responsável: Maria Bartira N. C. Taborda CRB: 10/782

IVANETE DA SILVA SANTIAGO STREFLING

**O PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES HOSPITALIZADAS
POR ABORTAMENTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final, em 27/03/2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação Em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – FURG

BANCA EXAMINADORA
Prof. Wilson Danilo Lunardi Filho (Presidente – FURG) 
Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber (Membro Interno – FURG) 
Prof. Dra. Vera Lucia de Oliveira Gomes (Suplente Interno – FURG) 
(Membro Externo – UFPEL) Prof. Dra. Marilu Correa Soares 
(Suplente Externo – UFSC) Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdman

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu filho Vítor, minha fortaleza e exemplo de amor incondicional, e ao meu marido, Sérgio, que, com carinho, sempre me apoia, me incentiva e compreende os momentos de ausência e nervosismo. Obrigado por vocês fazerem parte de minha vida. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Inicialmente, a Deus, pelo dom da vida e por permitir que eu realize as minhas aspirações;

Aos meus pais, pela educação que me deram, por acreditarem em meus sonhos e permitirem que eu fosse à busca deles e pela preocupação constante com o meu bem estar. Aos meus irmãos, pelo companheirismo, carinho e estímulo;

Ao meu marido, pelo incentivo, por acreditar em meu potencial e pelo apoio constante;

À Direção da Escola de Enfermagem do HU/FURG, que compreendeu e possibilitou a concretização desta proposta;

Ao meu orientador, Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, pela sabedoria, capacidade de compreensão e confiança, ao aceitar percorrer comigo esta caminhada;

À banca examinadora deste estudo, Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber; Prof. Dra. Marilu Correa Soares; Prof. Dra. Vera Lucia de Oliveira Gomes e Prof. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, pelas relevantes e cuidadosas contribuições que permitiram melhorar a qualidade deste trabalho e pelo apoio nesta conquista;

Aos demais professores do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, pelo convívio, pela atenção disponibilizada e por oportunizar ricas discussões na construção de conhecimento;

Às colegas do Curso de Mestrado, pelas experiências trocadas, pelo convívio durante esse período e pelas amizades construídas, que espero levar pela vida toda;

Por fim, a todas aquelas pessoas que, direta ou indiretamente, acreditaram, torceram e forneceram energias positivas para que eu conseguisse concretizar este passo tão almejado na minha formação profissional.

RESUMO

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago. **O processo de gestão do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento: contribuições da enfermagem.** 2013. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida junto aos profissionais de enfermagem, atuantes na Maternidade e no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), da Universidade Federal do Rio Grande – RS, com os objetivos de conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado de enfermagem proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento e identificar o que pensam a respeito do cuidado centrado nas necessidades integrais e da realização de aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção da saúde. Após parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisas na Área da Saúde, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dezenove profissionais de enfermagem, durante o mês de novembro de 2012. Para análise, utilizou-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefrève. Os resultados encontrados nesta pesquisa apontam que a maioria dos profissionais de enfermagem reconhece a importância da gestão do cuidado ser planejada com base nos direitos humanos, para que sua efetivação abranja as necessidades integrais da mulher em processo de abortamento, porém, percebem o atendimento deficitário e centrado nos aspectos biológicos. Quanto às atividades de promoção da saúde reprodutiva, com vistas à prevenção de novos episódios de abortamento, foi identificado que não é empregada nenhuma estratégia educativa eficaz. Quando os profissionais de enfermagem fornecem orientações, estas ficam restritas à contracepção e não geram nenhum impacto, pois a transmissão das informações é feita verticalmente, sem considerar os aspectos culturais ou influências do contexto vivido pelas mulheres para a efetiva assimilação. Assim sendo, salienta-se a importância da capacitação e sensibilização tanto dos enfermeiros, que planejam, gerenciam e avaliam o processo de trabalho, quanto dos demais membros da equipe de enfermagem para o alcance da humanização do atendimento no processo abortivo. Destaca-se a importância deste trabalho como subsídio à reflexão sobre a responsabilidade dos trabalhadores de enfermagem na resolutividade dos agravos gerados pelo aborto.

Descritores: Aborto. Enfermagem. Gestão em saúde. Cuidado de enfermagem. Prática profissional.

ABSTRACT

STREFLING, Ivanete da Silva Santiago. **The process of managing the care of women hospitalized for abortion: nursing contributions.** 2013. 105p. Dissertation (Masters in Nursing) – Post-Graduation Program in Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande.

This is a qualitative, exploratory and descriptive research developed with nurses working in the Maternity and Obstetric Center of the University Hospital Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), Federal University of Rio Grande - RS, which aimed at getting to know the perceptions of nurses regarding the management and implementation of the nursing care provided to women hospitalized for abortion and at identifying what they think about the care centered on integral needs and the performance of reproductive counseling as a strategy for health promotion. After the approval from the Ethics Committee on Research in Healthcare, semistructured interviews were conducted with nineteen nursing professionals during the month of November 2012. The methodology of the Collective Subject Discourse (CSD) proposed by Lefevre was used for the analysis in this study, and the results indicate that most nurses recognize it is important that care management be planned having human rights as its basis, so that its implementation covers the integral needs of women undergoing abortion. However, the nurses also realize that there is a deficit in the care currently provided and that it is centered in biological aspects. As for activities to promote reproductive health with a view to preventing new episodes of abortion, it was identified that no effective educational strategy is used. When nurses provide some guidance, it is limited to informing about contraception methods, which generates no impact because the transmission of information is done vertically, without considering the cultural aspects and the contextual influences experienced by women so that there is an effective assimilation. Therefore, we emphasize the importance of training and raising awareness of both nurses - who plan, manage and evaluate the work process - and the other members of the nursing team in order to achieve the humanization of care in the abortion process. Also, we highlight the importance of this work as subsidy for the reflection about the responsibility of the nursing staff in solving the grievances generated by abortion.

Keywords: Abortion. Nursing. Health management. Nursing care. Professional practice.

RESUMEN

STREFLING, da Ivanete Silva Santiago. **El proceso de gestión de las mujeres hospitalizadas por aborto: aportaciones de la enfermería.** 2013.105 p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande – FURG, Río Grande.

Se trata de una investigación de carácter cualitativo, de tipo exploratorio y descriptivo, desarrollado con profesionales en maternidad y enfermería en el servicio de Obstetricia del Hospital Universitario Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), la Universidad de Rio Grande-RS Federal en cuanto a conocer el proceso de gestión de la atención dispensada a las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto de enfermería y para identificar qué piensan sobre la reproductiva asesoramiento como estrategia para promover la salud reproductiva. Después de un dictamen favorable del Comité de ética en investigación (cepas/FURG), entrevistas semiestructuradas se llevó a cabo con diecinueve profesionales de enfermería en lugares y épocas previamente combinados. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, en su parte. Utilizamos la metodología del discurso del sujeto colectivo (DSC) propuesta por Lefrève para el análisis de los datos recogidos. Los resultados encontrados en esta investigación indican que profesionales reconocen la importancia de la gestión de la atención planificarse sobre la base de los derechos humanos, para que su ejecución cubiertas integral necesidades de las mujeres en el proceso de aborto, sin embargo demuestran que realizar el déficit de servicios y se centró en los aspectos biológicos. En cuanto a actividades de promoción de salud reproductiva con miras a evitar nuevos episodios de aborto, ha sido identificado, que no utilizan cualquier estrategia eficaz de la educación. Cuando usted proporciona cierta orientación, éstos se reducen a la anticoncepción y no generan ningún impacto porque la transmisión de la información se hace verticalmente, sin considerar los aspectos culturales o contexto influye vivido por las mujeres para la asimilación efectiva. Por lo tanto, subraya la importancia de empoderamiento y conciencia tanto de las enfermeras que plan, dirigir y evaluar el proceso de trabajo y los otros miembros del equipo de enfermería para lograr la humanización de la atención en el frustrado procesan. Además del entrenamiento, destaca la importancia de este trabajo a colaborar en la reflexión sobre la responsabilidad de los trabajadores con la efficaciousness de los daños causados por la dificultad en la planificación familiar.

Palabras clave: aborto. Enfermería. Gestión en salud. Cuidados de enfermería. Práctica profesional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 CONTEXTUALIZANDO OS ASPECTOS QUE ENVOLVEM A SAÚDE DA MULHER E A QUESTÃO DO ABORTO	21
3.1.1 O papel da mulher no processo saúde-doença.....	21
3.1.2 Aspectos histórico-conceituais do aborto.....	25
3.2 PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DESTINADAS A CONTEMPLAR A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO.....	33
3.3 GESTÃO DO CUIDADO NO PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	38
3.4 ESTADO DO CONHECIMENTO A CERCA DO CUIDADO PROPORCIONADO À MULHER NO PROCESSO ABORTIVO.....	40
3.4.1 A enfermagem no cuidado à mulher em processo de abortamento: diferentes perspectivas	41
3.4.2 Estratégias para qualificar o atendimento no decorrer do tratamento pós aborto.....	46
4 CAMINHO METODOLÓGICO	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	51
4.2 LOCAL DO ESTUDO	51
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	52
4.4 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	52
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	53
4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	55
5.1 ARTIGO 1.....	56
5.2 ARTIGO 2.....	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisa em Saúde - CEPAS.....	99
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	100
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	101

APÊNDICE C - Ex. INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1.....	102
APÊNDICE D – Ex. INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2.....	105

1. INTRODUÇÃO

A prática do aborto está difundida na maioria das diferentes culturas, desde a antiguidade. Porém, a partir da metade do sec. XX, tal prática vem ganhando maior visibilidade social. Trata-se de uma questão polêmica, pois envolve aspectos econômicos, jurídicos, culturais, éticos e religiosos, motivando intensos debates, que vão da condenação à constituição de políticas públicas eficazes (OMS, 2011).

Pelo ato de abortar poder sugerir uma recusa da maternidade, o atendimento nos serviços de saúde, muitas vezes, torna-se restrito, expondo a população feminina, principalmente as mais vulneráveis, à discriminação, à violência institucional e ao descaso, agravando a situação social das mulheres em situação de abortamento (ALEXANDRE, 2007).

Neste sentido, é possível afirmar que o trabalho da enfermagem está envolto por múltiplos desafios e tanto o gerenciamento quanto a realização do cuidado prestado às mulheres, no pós-aborto, não é diferente. A necessidade de cuidar de uma mulher que praticou ato abortivo ou mesmo daquela que teve um aborto espontâneo pode provocar, nos trabalhadores da enfermagem, sentimentos de impotência, conflitos, dilemas morais e éticos. Neste contexto, considera-se necessário discutir e refletir a respeito das causas e das consequências de um aborto, para que se elaborem estratégias efetivas de enfrentamento.

A situação mostra-se complexa tanto para o profissional de saúde que deve proporcionar um espaço terapêutico, que assegure condições favoráveis para a recuperação e promoção da saúde das mulheres no processo abortivo, quanto para a mulher que enfrenta as consequências da gravidez não planejada¹, pois, independentemente da decisão de manter ou de interromper a gestação, esta poderá acarretar riscos para a saúde do binômio materno-fetal (TARQUI-MAMANI et al., 2010). Principalmente, quando a gravidez que gerou o aborto induzido² é resultante de violência sexual. Neste caso, somam-se às sequelas, possíveis danos à saúde mental da mulher (BAZOTTI; STUMM; KIRCHNER, 2009).

Para o Ministério da Saúde, a mulher que vivencia, durante a gravidez, a perda de um filho merece ser assistida, considerando-se todos os aspectos biopsicossociais, independentemente, se tal perda deu-se em decorrência de aborto espontâneo ou induzido (BRASIL, 2011a). O cuidado deve ser planejado, de forma a contemplar todas as dimensões

¹“Gravidez não planejada é toda a gestação que não foi programada pelo casal ou, pelo menos, pela mulher. Pode ser indesejada, quando se contrapõe aos desejos e às expectativas do casal, ou inoportuna, quando acontece em um momento considerado desfavorável. Ambas são responsáveis por uma série de agravos ligados à saúde reprodutiva materna e perinatal” (PRIETSCH et al., 2011, p. 1906).

² A Organização Mundial da Saúde define aborto induzido, todo o procedimento que se destina a por fim a uma gestação não planejada por ação voluntária da mulher, com ajuda ou não de outra pessoa (SINGH et al., 2009).

de saúde, com atuação profissional neutra e livre de ações punitivas e julgamento moral. Entretanto, a efetivação de ações humanizadas depende do reconhecimento efetivo da condição de sujeito da mulher que busca atendimento (LIPINSKI, 2000; SORRENTINO, 2010; BRASIL, 2011a).

Sobre a conduta dos profissionais de enfermagem, o Código de Ética da Enfermagem³, em seu art. 5º, destaca que as ações devem ser pautadas por valores éticos, ou seja, pelo respeito à vida, à dignidade e aos direitos humanos. Também, prescreve que é responsabilidade e dever do enfermeiro “prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza” (BRASIL, 2007). Do mesmo modo, a Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, garante a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso universal ao atendimento de qualidade, o direito à privacidade, resolutividade e respeito às singularidades de cada indivíduo, sem expressão de qualquer tipo de discriminação⁴ (BRASIL, 2011b).

Frente ao exposto, procurei, com a realização do meu trabalho de conclusão de curso (TCC) de graduação em enfermagem, conhecer a produção científica da enfermagem no cuidado às mulheres em situações de abortamento, por meio de uma revisão integrativa, com base em estudos nacionais publicados, no período de 2000 a 2010 (STREFLING; VASCONCELLOS, 2010). Neste estudo, pude constatar que a atenção de enfermagem à mulher em situação de abortamento é, essencialmente, fundada nos aspectos biológicos, geralmente, não sendo contempladas as dimensões psicológicas e sociais, o que foi corroborado por outros estudos realizados (NERY et al., 2006; MARIUTTI; ALMEIDA; PANABIANCO, 2007; GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008; MENEZES; AQUINO, 2009; DOMINGOS; MERIGHI, 2010). Tal modo de cuidar foi percebido pelas mulheres, as quais o consideraram insuficiente (MARIUTTI; ALMEIDA; PANABIANCO, 2007; LOPES et al., 2009).

³ O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) regula e orienta a atuação profissional. Foi reformulado, em 12/05/2007, e inclui princípios, direitos, responsabilidades, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais de Enfermagem. O CEPE leva em consideração a necessidade e o direito de assistência em Enfermagem da população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na pessoa, família e coletividade e pressupõe que os trabalhadores de Enfermagem estejam aliados aos usuários, na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população. O presente Código tem como referência os postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1948) e adotada pela Convenção de Genebra da Cruz Vermelha (1949), contidos no Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros (1953) e no Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem (1975). Também, tem como referência, o Código de Deontologia de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (1976), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993) e as Normas Internacionais e Nacionais sobre Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 2007).

⁴ Estes princípios básicos garantidos pela Constituição Federal, sob a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Diante desta circunstância, alguns trabalhadores de enfermagem assinalam que têm consciência que discriminam as mulheres que provocam o aborto, declarando dar prioridade à assistência às parturientes, puérperas e gestantes, postergando a assistência das mulheres que abortam, por considerarem que elas cometeram um crime (GESTEIRA; DINIZ; PANABIANCO, 2008). Embora tenham se passado mais de 20 anos da implantação do Programa de Atenção à Saúde da Mulher (PAISM) e da constituição do SUS, os quais propõem diretrizes centradas na integralidade e equidade do atendimento, ainda, é visualizada a prevalência de um discurso pautado nas questões morais e religiosas e na privação do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos (PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011; BENUTE et al., 2012).

Cabe acenar que, além da negação dos direitos constitucionais, atitudes desta natureza podem colaborar para a manutenção dos altos índices de gestações não planejadas e da realização do aborto induzido, em condições de risco à saúde da mulher. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem, em torno de 42 milhões de abortos induzidos, anualmente, dos quais, grande parte são inseguros⁵ e realizados de maneira ilegal, comprometendo a saúde e a vida de milhões de mulheres (ESPINOZA, 2002; WHO, 2007). Nos últimos anos, a proporção de abortos inseguros aumentou de 44% para 49%, no mundo, sendo que 91% destes abortos são referentes àqueles realizados em países menos desenvolvidos e com leis mais restritivas, principalmente, na América Latina, África e Ásia (SEDGH et al., 2012).

O Brasil está entre os 44 países com legislação mais restritiva ao aborto (SHAH; AHMAN, 2009). Pelo Código Penal de 1940, é permitido interromper a gestação, apenas, quando este pode representar risco para a vida da mãe e em casos de gravidez resultante de estupro (BRASIL, 2011a). Mais recentemente, em 12 de abril de 2012, foi autorizada pelo Superior Tribunal Federal a interrupção da gravidez, em casos de fetos com diagnóstico de anencefalia. Contudo, a manutenção da ilegalidade do aborto para as demais situações, com vistas a coibir sua prática, não tem reduzido sua incidência, parecendo funcionar apenas como limitador da realização do aborto seguro⁶ (SHAH; AHMAN, 2009; DIMINGUES; MERIGHI, 2010), pois continua acontecendo, indiscriminadamente, entre as diferentes classes sociais,

⁵ Procedimento para interromper a gestação, realizado por pessoas sem a formação necessária, em um ambiente que não atende às normas mínimas de saúde ou ambas as circunstâncias, quando elas coincidem. O aborto pode ser considerado inseguro, mesmo ele sendo realizado dentro dos padrões jurídicos aceitáveis. Se o serviço autorizado a realizar o aborto não possuir profissional qualificado ou condições de higiene e segurança adequadas, o procedimento pode ser considerado de risco (SINGH et al., 2009).

⁶ Aborto seguro, que implica risco extremamente baixo para a paciente, consiste no aborto médico ou cirúrgico realizado por pessoal treinado, em local adequado e com os meios necessários (SINGH et al., 2009).

evidenciando que o fato de ter ou não complicações pós-aborto é sócio e economicamente dependente (MENEZES; AQUINO, 2009).

Embora não se tenha conhecimento do número exato de abortos ocorridos (devido à ilegalidade e a prática clandestina, em muitos países), na América Latina e Caribe, ocorre mais do que um aborto inseguro para cada três nascidos vivo (WHO, 2007). No Brasil, estima-se, com base em registros hospitalares, que há, em média, um abortamento inseguro para cada sete nascidos vivo.

O contexto de ilegalidade e as condições inseguras, nas quais o abortamento é realizado, tal qual a situação brasileira, pode resultar em graves consequências para a sociedade, pois compromete a saúde da mulher, causando elevada morbidade⁷ e mortalidade⁸, além de sobrecarregar o sistema de saúde, implicando a elevação dos custos e a redução da produtividade (MENEZES; AQUINO, 2009; CEYLAN et al., 2009; SORRENTINO, 2010; SEDGH et al., 2012).

Embora nem todas as mulheres que abortam em situações inseguras necessitem de hospitalização e apesar dos sub-registros, a curetagem uterina pós-aborto tem sido o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internações dos hospitais brasileiros, com uma média de 250 mil, por ano (BRASIL, 2011a; IPAS, 2011). No Rio Grande do Sul (RS), somente no primeiro trimestre de 2012, houve 1.602 internações hospitalares para a realização de curetagem pós-abortamento. Dentre estas, 425 curetagens foram realizadas em hospitais da capital (Porto Alegre) e 155 na região de Pelotas/Rio Grande⁹ (BRASIL, 2012).

No Brasil, no período de 1992 a 2005, mediante consulta aos registros no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS), foram identificadas 1.054.242 internações por abortos, isto é, uma taxa média de 2,07 abortos por 100 mulheres, entre 15 a 49 anos de idade (MONTEIRO; ADESSE, 2006).

⁷As complicações resultantes de práticas inseguras de abortamento podem se manifestar imediatamente, como hemorragias e infecções, ou ao longo da vida, por meio de infertilidade, dores crônicas e problemas mentais (BRASIL, 2011a).

⁸“Morte materna, segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela” (BRASIL, 2011c, p. 182). Ocorrem cerca de 80 mil óbitos maternos, por ano, decorrentes do aborto clandestino e de complicações advindas do processo abortivo, representando, em média, 13% do total de mortes do período gravídico-puerperal, no mundo (WHO, 2007). No Brasil, a mortalidade materna resultante de agravos do aborto inseguro representa a quarta causa de óbitos maternos (BRASIL, 2010). Dependendo da região, há uma variância de 11% a 36,4% nos indicadores (MENEZES; AQUINO, 2009).

⁹Internações por mês de processamento, segundo região Saúde/Município. Procedimento: Curetagem Pós-Abortamento/Puerperal. Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No que diz respeito às complicações físicas do aborto, elas podem ser provenientes do processo de abortamento ou pelos procedimentos realizados para tratamentos das complicações (DOMINGUES; MERIGHI, 2010). Isto justifica a necessidade dos serviços de saúde adotarem as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, a fim de garantir o acesso aos tipos de aborto previstos em lei e à atenção de qualidade às complicações derivadas de abortamento, por meio do estabelecimento da conduta, conforme o seu tipo e de acordo com os sintomas apresentados pelas mulheres (BRASIL, 2011a).

Ainda, na perspectiva da **humanização, integralidade e resolatividade** da assistência, o acolhimento e a orientação constituem elementos importantes. A escuta, o tratamento digno e respeitoso, a aceitação das diferenças, assim como o fornecimento de informações contraceptivas e conceptivas podem ajudar a esclarecer a mulher e promover a sua autonomia, visto que a comunicação sintonizada constitui uma prática educativa que poderá refletir na qualidade da relação profissional/usuária e na construção de um novo modelo de atendimento (LIPINSKI, 2000; BRASIL, 2011a).

Assim, ao considerar que a falta de orientação para o planejamento familiar e as precárias condições de atenção nos serviços de saúde constituem as principais causas do aborto induzido e inseguro, compete aos gestores das três esferas públicas o planejamento e execução de estratégias que contemplem as necessidades específicas da população, de acordo com o contexto social dos usuários (HERRICK et al., 2004; SEDGH et al., 2012).

Neste sentido, a partir das conferências de Cairo (1994) e Beijim (1995), a Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu que os direitos sexuais e reprodutivos são partes integrantes dos direitos humanos. Os governantes dos países que integram a ONU assumiram compromisso de desenvolver políticas para reduzir a prática do aborto, mediante a prestação de serviços de planejamento familiar, garantia da qualidade e da ampliação dos serviços de referência para a realização dos tipos de aborto previstos em lei. Também, comprometeram-se de assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde, em processo de abortamento, sejam atendidas de forma humanizada e com tecnologia adequada, evitando, assim, o risco de adoecimento e morte (SORRENTINO, 2010; BRASIL, 2011a). Desde então, quase todos os países têm empenhado esforços para estabelecer diretrizes com o intuito de orientar os profissionais de saúde, na atenção qualificada às mulheres em processo de abortamento, incorporando, ao processo de cuidados, o aconselhamento reprodutivo (HERRICK et al., 2012).

A exemplo disso, o governo brasileiro vem designando programas específicos para nortear o trabalho dos profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher e, em especial,

durante o processo de abortamento. Dentre eles, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 e reeditada em 2011, a qual recomenda como um dos objetivos específicos promover a atenção qualificada e humanizada às necessidades obstétricas e neonatais, incluindo a assistência ao abortamento em condições legais e/ou inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2011b).

Ainda, com o propósito de orientar a **assistência irrestrita à mulher** em processo de **abortamento** e tendo os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) como horizonte, o Ministério da Saúde apresentou aos profissionais de saúde, em 2005, atualizada em 2011, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento com diretrizes de acolhimento, orientação e atenção clínica para as complicações de abortamento. Também, indica como ação fundamental a inclusão do planejamento reprodutivo na atenção pós-aborto (BRASIL, 2011a).

Assim, dispo de alicerces que norteiam a produção do cuidado, há a preocupação com o modo de **pensar o trabalho**. O plano de como aplicar estas diretrizes constitui-se em um processo de gestão dos cuidados. Contudo, para transformar as iniquidades de saúde das mulheres e oferecer serviços adequados, que respondam às necessidades, é fundamental associar a aplicação e a execução das políticas às necessidades de cada sujeito, apreendidas por meio da interação profissional/cliente e da atuação multiprofissional (LEOPARDI, 2009).

Neste contexto, cabe destacar que, no ambiente hospitalar, a organização do trabalho e a gestão do cuidado, constituem-se em uma atividade que é realizada, predominantemente, por enfermeiros (LUNARDI FILHO, 2000), em diferentes momentos e perspectivas, pois o trabalho da enfermagem consiste numa função que ocorre de forma contínua e ininterrupta (LEOPARDI, 2009). Assim, para o trabalho atingir a sua finalidade, ou seja, o provimento da atenção integral e satisfatória no processo abortivo¹⁰ torna-se imprescindível a atuação conjunta e comprometida entre todos os profissionais da equipe de saúde.

Aspirando obter aprofundamento teórico sobre as estratégias que o enfermeiro pode enfocar para contemplar as necessidades de saúde das mulheres que estão hospitalizadas para tratamento de complicações abortivas, procurei estudos que contemplassem a temática, em periódicos do contexto nacional e internacional. Em muitos países, independentemente da

¹⁰ Entende-se como atenção integral à mulher no processo abortivo o provimento do tratamento terapêutico, a interação e diagnóstico das reais necessidades de cada usuária, bem como a inclusão de orientações e esclarecimento sobre o planejamento familiar, ainda no período de hospitalização, visando à escolha adequada a cada situação e a adoção de um dos métodos contraceptivos disponíveis, para aquelas que desejam evitar uma nova gestação (BRASIL, 2011a).

legislação, constatou-se que tem aumentado o número de publicações sobre o tema, evidenciando que, para contemplar a atenção holística/integral¹¹, se faz necessário voltar o olhar à mulher como sujeito da ação. Os estudos, também, evidenciaram que atrelar ao tratamento clínico pós-aborto, espontâneo ou por decisão pessoal, o aconselhamento reprodutivo constitui-se uma boa estratégia, uma vez que o risco de um novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um ou mais episódios (CEYLAN et al., 2009; ROMERO; ZAMBERLIN; GIANNI, 2010; WINIKOFF; SHELDON, 2012).

Corroborando com estes achados, Ceylan et al. (2009) mencionam que a adoção e uso continuado de contraceptivos aumentou de 36,3% para 62,0%, após um ano do aconselhamento. Romero, Zamberlin e Gianni (2010), igualmente, apontam que a qualidade do cuidado no pós-abortamento implica, sobretudo, a inclusão de atividades educativas e orientações contraceptivas à cliente, antes da alta hospitalar. O período pós-aborto mostra-se como o momento ideal para disponibilizar conhecimentos sobre sexualidade, reprodução humana e medidas anticoncepcionais, pois, para muitas mulheres, este momento pode representar o único contato com profissionais de saúde (HERRICK et al., 2004; BRASIL, 2011a).

Entretanto, o aconselhamento reprodutivo abrange mais do que só a orientação e distribuição de métodos contraceptivos. Na perspectiva de integralidade, o aconselhamento precisa incluir todos os aspectos que envolvem a saúde da mulher, da sua família e a rede social na qual estão inseridas (MENEZES; AQUINO, 2009; BRASIL, 2011a).

No contexto brasileiro, estudos sobre o cuidado de enfermagem no pós-abortamento não relatam a inclusão do aconselhamento reprodutivo nem o encaminhamento para continuidade do acompanhamento nas redes básicas de saúde ou em serviços de planejamento familiar. Também, há escassez de estudos que procurem incentivar a educação em saúde, na perspectiva de prevenção da gravidez não planejada e de abortos repetidos, durante a permanência na unidade.

Diante do quadro exposto e do incentivo do Ministério da Saúde (2008), em priorizar pesquisas que avaliem as práticas de promoção da saúde e prevenção de riscos em programas de saúde reprodutiva, sobretudo, em relação ao aborto, aborto repetido e aborto recorrente,

¹¹Atenção holística e integral frequentemente tem-se usado como sinônimos, porém, são conceitos diferentes e que, por vezes, podem ser complementares, como neste caso. A atenção integral à saúde leva em consideração as necessidades específicas da pessoa ou de um grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população, integrando todos os níveis de atenção e complexidade (BRASIL, 2004). A atenção holística leva em consideração o todo que envolve a situação de saúde, tanto da microestrutura como a macroestrutura. O enfoque holístico procura compreender a pessoa em seu complexo sistema físico, mental, emocional e social (YUS, 2002).

justifica-se a realização deste estudo. A gravidez não planejada que, muitas vezes, gera o aborto inseguro é uma realidade que merece ser pensada, uma vez que reflete a insuficiência e possíveis fragilidades da gestão do cuidado de enfermagem que é realizado pela equipe, no pós-abortamento, especificamente, durante a hospitalização.

A opção por desenvolver este estudo com os profissionais de enfermagem deve-se à escassez de investigações à luz da enfermagem, sobre o cuidado integral e humanizado à mulher no processo abortivo, incluindo ao plano de ação orientações sobre contracepção e a importância de sua imediata adoção. Levando em consideração que a forma como o enfermeiro vê e organiza seu trabalho reflete na qualidade do cuidado prestado, torna-se urgente incorporar às competências técnicas e científicas, habilidades administrativas, tendo em vista que o alcance da atenção almejada depende, fundamentalmente, do exercício de “pensar as ações” (LUNARDI FILHO, 2000, p. 189).

Neste estudo, como o aborto trata-se de uma questão polêmica e um problema de saúde pública que afeta a sociedade como um todo, exige-se do profissional enfermeiro o gerenciamento de conflitos e tomadas de decisão subsidiadas no conhecimento técnico-científico e legal, para não ferir preceitos profissionais, legais e éticos. Do mesmo modo, para transformar a realidade ora apresentada, requer que os profissionais de enfermagem pensem e reflitam sobre suas atitudes e seu compromisso com a sociedade (LIPINSKI, 2000).

Assim, apresentam-se as seguintes **questões norteadoras**: qual a percepção dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão do cuidado de enfermagem que é proporcionado às mulheres hospitalizadas para tratamento pós-aborto? Os cuidados são centrados na mulher como sujeito único e multidimensional ou são focados, somente, na patologia ou enfermidade? Que estratégias são desenvolvidas para a promoção da saúde reprodutiva?

2. OBJETIVOS

- Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado de enfermagem proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento;
- Identificar o que os profissionais de enfermagem pensam a respeito do cuidado centrado nas necessidades integrais e da realização de aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção da saúde às mulheres internadas por abortamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Segundo Minayo (2008), a revisão de literatura possibilita ordenar e compreender uma dada realidade empírica. Abrange estudos clássicos sobre o objeto de pesquisa e, ao mesmo tempo, permite conhecer produções atualizadas sobre o assunto. No marco teórico-conceitual do projeto de pesquisa, o pesquisador apresenta os principais conceitos e categorias, fazendo um debate com autores que se dedicam ao estudo do assunto, complementando com suas percepções críticas.

Sendo assim, exponho a seguir, as três etapas que compõe a presente revisão de literatura. Inicialmente, discorro sobre os aspectos histórico-conceituais que envolvem a saúde da mulher e a questão do aborto. Em seguida, apresento as políticas públicas de saúde que visam a orientar o atendimento das mulheres nos serviços de saúde, em específico nas situações de abortamento. E, por fim, apresento uma revisão integrativa acerca do estado do conhecimento sobre o trabalho da enfermagem junto à mulher com complicações decorrentes do aborto.

3.1 CONTEXTUALIZANDO OS ASPECTOS QUE ENVOLVEM A SAÚDE DA MULHER E A QUESTÃO DO ABORTO.

Dentre todos os aspectos ligados à saúde da mulher, o aborto ou abortamento vem sendo considerado uma das intercorrências obstétricas mais frequentes, tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (SINGH et al., 2009). A gravidez não planejada e a opção pelo aborto, inicialmente, podem ser considerados assuntos de caráter particular e subjetivo, mas, na medida em que estas questões envolvem a atenção nos serviços de saúde e interferem nos modos de produção econômica, tornam-se uma questão social e de saúde pública. Em face disto, segue-se uma breve revisão sobre a participação da mulher no contexto da saúde e doença.

3.1.1 O papel da mulher no processo saúde-doença

Segundo Fonseca (2007), a compreensão dos fenômenos sociais depende das diferentes maneiras de interpretar a realidade. Assim, o processo saúde-doença, por ser um fenômeno social, não foge deste modo de interpretação. O homem, ao viver em busca do que considera ideal, desenvolve na sociedade padrões que servem de modelo para todos. Quando

estes não funcionam como o esperado, tendem a ser eliminados para não interferirem no processo de desenvolvimento.

Para a OMS, saúde refere-se ao “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2011). Durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Brasil, foi ampliado este conceito abrangendo, também, as condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e as formas de organização social de produção (BRASIL, 2011a). Como a definição de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIER, 2007). Estas variações refletem-se no perfil da morbidade e mortalidade da população, visto que as pessoas empobrecidas são as mais expostas ao adoecimento e morte (FERNANDES; NARCHI, 2007). Sendo assim, o processo saúde-doença torna-se um complexo que “não pode ser predeterminado nem obedecer a padrões preestabelecidos de normalidade” (FONSECA, 2007, p. 35).

Afora a influência social, o processo saúde-doença, também, é motivado pelos aspectos biológicos. O bem-estar da população é determinado por ambos os fatores. Neste contexto, as diferenças de gênero têm suas implicações, sobretudo, na manifestação ou não das doenças, uma vez que a mulher não só se diferencia do homem pelas características biológicas, mas, também, pela função que exerce, ou não, na sociedade (FONSECA, 2007).

Neste contexto, apesar da mulher vir se destacando, socialmente, no decorrer da história da humanidade, pelas importantes contribuições em seu papel produtivo e reprodutivo, ainda é possível visualizar o efeito das desigualdades no exercício do poder que ocasiona sérias implicações ao seu processo saúde-doença (VENTURA, 2009).

Em razão disso, cabe afirmar que, no cenário atual, as mulheres ainda são as mais vulneráveis, devido à influência das iniquidades de gênero, que limitam o seu acesso aos bens sociais e aos serviços de saúde. No Brasil, além das mulheres constituírem a maior parcela dos usuários do sistema de saúde, elas ainda se sobressaem, por serem provedoras de atenção em saúde, por meio da prestação de cuidados primários à família, bem como nos setores formais e informais (BRASIL, 2011b). Por isso, o investimento na saúde das mulheres, sobretudo, durante o período fértil ou reprodutivo (entre 15 e 49 anos) se faz relevante, não apenas para as mulheres em si, mas pelo impacto na sociedade e no desenvolvimento das próximas gerações (OMS, 2011).

Entretanto, com frequência, os sistemas de saúde são indiferentes às necessidades das mulheres (OMS, 2011). As razões para tais indiferenças são intrincadas, geralmente,

relacionadas ao preconceito, à discriminação e às desigualdades das relações, principalmente, quando envolvem variáveis como raça, etnia e situação de pobreza e vulnerabilidade (BRASIL, 2011b).

Diante de tal situação, constata-se que o perfil de saúde-doença das mulheres compreende dois fatores causais, ou seja, os problemas de saúde podem se desencadear pelo agravamento em si da doença ou em consequência da precarização do atendimento (BRASIL, 2004; FONSECA, 2007). Contudo, no Brasil, até a década de 1970, a abordagem à saúde da mulher ficou restrita à dimensão biológica e à ausência de doenças que poderiam comprometer a reprodução humana. Além disso, não geravam impacto, pois as ações eram fragmentadas e desvinculadas do contexto social (BRASIL, 2011b).

A partir da década de 1970, com o desenvolvimento do novo cenário político no país, quando o regime ditatorial deu espaço à democratização, e com o aumento da participação feminina na vida social, econômica e política do Estado - buscando igualdade de gênero, direito à autonomia e à integralidade de seu corpo, é que começou a serem consideradas as situações sociais das mulheres como determinante do seu processo saúde-doença. Frente a esta conjuntura, temas como sexualidade, violência, morte materna, contracepção e aborto começaram a ganhar maior visibilidade, deixando de ficar relegadas ao campo da individualidade e da subjetividade feminina. A partir de então, estas questões se transformaram no que hoje se conhece como direitos sexuais e reprodutivos (FERREIRA, 2007).

No Brasil, o conceito de saúde reprodutiva está implícito nas ações de saúde, desde a criação do Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983. Este programa nasceu em virtude da mobilização de movimentos feministas, que pressionaram o governo a implantar políticas de atenção à saúde da mulher que abrangessem, além da fase reprodutiva, atenção integral a todo o seu ciclo vital, incluindo as ações de planejamento familiar. Entretanto, a prática não refletiu a teoria, pois as ações propostas não foram implementadas, na sua totalidade (VARGAS, 2008). Segundo Barbieri (2007), este insucesso se deve, provavelmente, a fatores políticos, econômicos, sociais e culturais tão distintos, quando consideramos as desigualdades entre as regiões do país.

Porém, no decorrer da década de 90, permaneceram as discussões sobre saúde sexual e reprodutiva da mulher como um todo. Durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo, em 1994, e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing, em 1995, foi definido que a “saúde reprodutiva implica a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como

implica na liberdade para escolher entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada.” (BARBIERI, 2007, p. 64).

Para o alcance das mudanças almeçadas nas referidas conferências, há de se considerar que os direitos sexuais e reprodutivos abrangem, de um lado, o reconhecimento da dimensão individual dos sujeitos, que compreende a garantia do livre exercício da sexualidade e da reprodução humana sem qualquer tipo de discriminação, coerção ou violência. Por outro lado, o exercício dos direitos sexuais ou reprodutivos de maneira consciente, responsável e satisfatória demanda políticas específicas que assegurem este direito (VENTURA, 2009).

Neste contexto, apresenta-se como desafio ao governo a operacionalização das metas propostas nas conferências internacionais. Assim, após mais de uma década das discussões sobre as recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher e a evolução dos conceitos de saúde reprodutiva, a integralidade da atenção e a promoção da saúde da mulher tornaram-se eixos norteadores das políticas governamentais, que buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos (VARGAS, 2008).

Entretanto, no contexto brasileiro, o efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos ainda representa uma lacuna, visto que as necessidades de saúde da população feminina não são contempladas na sua totalidade e integralidade (COELHO et al., 2009). Estas lacunas podem ser observadas, por meio dos indicadores de mortalidade materna, na qualidade da atenção no pré-natal, parto e pós-parto, situações de abortamento, anticoncepção, entre outros (BARBIERI, 2007).

No tocante às necessidades de saúde, cabe destacar que a gravidez representa uma destas condições que somente as mulheres vivenciam. Embora, consista em um fenômeno fisiológico, social e não uma doença, a gestação pode abranger fatores de risco que representem ameaça à saúde e à vida das mulheres (OMS, 2011). A gravidez não planejada que, com frequência, motiva o ato de praticar ou não o aborto, reflete um destes fatores de risco, que podem ser reduzidos por intervenções de saúde, como a oferta de planejamento familiar contínua, cuidados maternos especializados e acesso ao aborto seguro (BRASIL, 2011b).

Deste modo, as principais normativas apontadas para melhorar a situação de saúde das mulheres que não conseguem gerenciar sua saúde reprodutiva são: normatização do aborto legal, divulgação e distribuição de métodos contraceptivos, dentre eles a pílula anticoncepcional de emergência e a inclusão da aspiração manual intra-uterina (AMIU), como uma técnica mais segura e menos invasiva no tratamento pós-aborto (BRASIL, 2011b).

Somando-se a estas medidas, apontam-se como condições para a manutenção e recuperação da saúde reprodutiva da mulher a **assistência sensível e humana** nas situações de abortamento e a incorporação de **ações educativas** no plano de cuidado.

3.1.2 Aspectos histórico-conceituais do aborto

Conceituações:

A palavra aborto tem sua origem etimológica no latim “abortus” que, por sua vez, deriva do termo “aborir”, o qual significa interromper o nascimento (PRUDENTE, 2000). O aborto é a interrupção do desenvolvimento do feto, durante a gravidez, desde que a gestação ainda não tenha chegado às vinte semanas. Ocorrendo após este período, a interrupção da gravidez, antes do seu termo, tem o nome de parto prematuro (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Já a Organização Mundial da Saúde considera **aborto** quando a gestação for interrompida, voluntariamente ou não, até a 22ª semana de gravidez ou, quando a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500g ou medindo menos de 16 cm (BRASIL, 2011b).

Quando o aborto acontece de forma natural, sem intervenção externa, considera-se aborto **espontâneo ou involuntário** (PRUDENTE 2000). As causas mais frequentes dos abortos involuntários, no primeiro trimestre de gravidez, são os distúrbios de origem genética. Nestas circunstâncias, os embriões são portadores de anomalias cromossômicas incompatíveis com a vida. Quando o aborto acontece no segundo trimestre da gestação, o conceito é expulso, devido a fatores externos a ele, como incontinência do colo uterino, malformação uterina, insuficiência de desenvolvimento uterino, infecções do embrião e de seus anexos (BRASIL, 2011a).

Tratando-se de interrupção intencional, com ações humanas diretas, que põem fim à gravidez, se diz que o aborto é **provocado ou induzido**. Os abortos induzidos podem ser efetuados por meio de uma ampla variedade de agentes químicos ou mecânicos, que vão desde métodos rudimentares, como a introdução de objetos no útero (cânulas de plástico, agulhas de tricô, galhos de árvores e outros objetos perfurantes), à utilização de chás e medicamentos abortivos, até intervenções cirúrgicas (SINGH et al., 2009).

O aborto voluntário pode, ainda, ser realizado em condições seguras ou inseguras. Quando provocado por profissionais sem qualificação técnica, com métodos comprometedores ou em condições de higiene precária, pode gerar complicações como

infecções graves, choque hemorrágico, perfuração do útero com necessidade de remoção cirúrgica e até ser determinante do óbito materno. Porém, quando realizado dentro das condições adequadas, o procedimento pode ser considerado uma das intervenções mais seguras em obstetrícia (SHAH; AHMAN, 2009).

Ainda, dentre os tipos de aborto, há o **aborto clandestino**. Esta classificação é utilizada em referência a todos os abortos que acontecem em desacordo com a legislação vigente de um país, que são realizados de modo secreto e sob condições médicas-sanitárias seguras ou não (SINGH et al., 2009).

Atualmente, a prática clandestina é comum, em muitos países que mantêm leis restritivas, sobretudo, naqueles em desenvolvimento, cuja magnitude do aborto permanece imprecisa e torna-se difícil obter dados fidedignos. Entretanto, há indícios de que o aborto espontâneo representa de 10 a 15% de todas as gestações (MULENS, 2009; BRASIL, 2011b). Todavia, é o aborto induzido e realizado de forma insegura que se destaca como uma realidade preocupante. Este se concentra, principalmente, nos países com menor situação socioeconômica e onde sua prática é ilegal. Nos países da América Latina, da África e da Ásia, o aborto induzido e inseguro representa 91% de todos os abortos, contrastando com os índices dos países europeus, nos quais, somente, 6% dos abortos são inseguros (SEDHG et al., 2012).

Ainda, em relação aos conceitos, há diversos autores que distinguem a ocorrência de aborto, segundo suas formas clínicas. No entanto, para este estudo, consideramos os conceitos do Ministério da Saúde, que apresenta as seguintes classificações (BRASIL, 2011b):

Ameaça de aborto é definida quando o sangramento uterino é discreto e intermitente, podendo estar acompanhado ou não de cólicas abdominais. O colo uterino encontra-se fechado e com o feto vivo. A possibilidade de manter a gravidez é avaliada, por meio do exame clínico e, principalmente, do exame ultrassonográfico.

O **Aborto inevitável** é caracterizado pelo sangramento abundante, cólicas muito intensas, colo do útero dilatado. Os sinais de abortamento inevitável consistem no rompimento da membrana amniótica, surgimento de infecção intrauterina e presença de ovo cego, que é quando apenas o saco gestacional permanece no útero, mas sua expulsão já está a caminho.

Aborto completo é mais frequente até a 8ª semana de gestação, e há expulsão de todo o produto da concepção. As cólicas deixam de ocorrer e o sangramento é bastante discreto, após a expulsão ovular. No entanto, no **Aborto incompleto**, somente parte do concepto foi

expulso, persistindo sangramento e cólicas uterinas, devido aos restos ovulares retidos no útero.

Aborto infectado, a infecção é classificada em diferentes graus, vai desde limitada ao útero, podendo propagar-se por toda região pélvica, até a infecção generalizada. Na maioria das vezes, surge como consequência da manipulação uterina no abortamento provocado em condições inadequadas.

Aborto retido, o conceito está morto, mas não há sua expulsão, o que deveria acontecer em um período de 3 a 4 semanas. Os sintomas da gravidez diminuem, gradativamente, e ocorrem indícios de abortamento, porém, não há expulsão do saco gestacional, no prazo previsto.

Nos casos de indicação de interrupção da gestação previstos em lei, denomina-se **aborto eletivo**. No Brasil, os métodos utilizados para a indução do aborto eletivo são aspiração intrauterina (manual ou elétrica), abortamento farmacológico e curetagem uterina. A ordem de escolha para os diferentes métodos depende das condições de cada serviço e da preferência da mulher, além da necessária avaliação do risco-benefício de cada procedimento (BRASIL, 2011b). Neste caso, em cumprimento à solicitação da Organização Mundial da Saúde o Ministério da Saúde recomenda que:

Para o exercício pleno desse direito, é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Os diferentes métodos disponíveis devem ser igualmente oferecidos de forma apropriada, garantindo que a decisão seja a mais livre, consciente e informada possível. Além disso, todo o processo de escolha deve estar fundamentado no respeito aos princípios de autonomia e autodeterminação da mulher (BRASIL, 2011b, p. 33).

Por fim, quando ocorrem três ou mais abortamentos consecutivos e espontâneos, considera-se **aborto habitual** (BRASIL, 2011b).

Aspectos Históricos:

Uma das principais reivindicações femininas, nas últimas décadas, está relacionada ao direito do aborto voluntário, seguro e legal (BARSTED; PITANGUY, 2011) ou ao tratamento humanizado das complicações decorrentes de abortamentos (BRASIL, 2011a). Este fenômeno não se trata de um assunto novo para a humanidade, pois, apesar de ser uma prática rara e muito perigosa, o aborto sempre existiu na cultura da maioria dos povos (JUNGLES, 1999).

Embora o aborto não se tratasse de um ato totalmente proibido, os primeiros povos não tinham condições adequadas para a sua realização. Assim, a prática do aborto, muitas vezes, falhava ou matava a mãe e o filho, pois os métodos que usavam eram baseados em

práticas de magias, superstições e encantamentos ou até técnicas de movimentação violenta da mulher, após as relações sexuais, para que não ocorresse a fecundação. Os poucos conhecimentos sobre as práticas contraceptivas e abortivas que dispunham eram limitados às mulheres casadas (SALATA, 2005).

Diversos estudiosos revelam que, no decorrer da história, houve diferentes regras e normas relacionadas ao aborto. Algumas civilizações condenavam e outras admitiam que fosse realizado em determinadas situações (SCHOR; ALVARENGA, 1994; SINGER, 2002; SOUZA, 2009). Um dos documentos mais antigos que trata do assunto é o chamado “código de Hamurabi, de 1700 a.C, que menciona o aborto como uma realidade e o tipifica como um crime contra os interesses do pai e marido e também como lesão contra a mulher” (SOUZA, 2009).

Na Grécia antiga, Sócrates, assim como Platão, acreditava que o aborto deveria ser realizado sempre quando a gravidez acarretasse algum risco para a vida da mulher ou quando esta apresentasse mais de 40 anos, além de aconselhar o aborto como meio de controle populacional (SINGER, 2002). Por sua vez, Aristóteles (383-322 a.C), nos escritos denominados “Ética a Nicômaco”, também admitia:

O aborto para fins de controle demográfico, desde que se respeitasse o período de animação. Para ele, há uma diferenciação entre “feto formado e não-formado”. Está relacionado com a recepção da alma, que acontecia entre os 40 dias após a concepção para o sexo masculino e 80 dias para o feminino. Depois da recepção da alma não se poderia mais abortar (SOUZA, 2009, p. 04).

Em Roma, assim como em muitas outras nações, inicialmente, o aborto era uma prática comum, porém, sua aceitação dependia das condições demográficas. Nos primeiros tempos de República, quando a natalidade era elevada, o abortamento era bem tolerado, mas com a tomada do Império, quando houve declínio na taxa de nascimentos, a legislação passou a ser extremamente severa, considerando o aborto induzido, voluntariamente, um delito contra a segurança do Estado (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Porém, foi com o advento do Cristianismo que a prática do aborto começou a ser considerada um crime contra a vida e, portanto, condenada com base no mandamento “NÃO MATARÁS”. Ademais, a história de repúdio ao aborto, está em grande parte, vinculada aos momentos de declínio da taxa de natalidade e às transformações sociais ocorridas, no sec. XIX (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009).

Neste período, em função do êxodo crescente do campo para a cidade e da deterioração do nível de vida da população, o aborto expandiu-se, consideravelmente, entre as classes mais populares. Este declínio apresentava uma ameaça para a classe dominante, já que

incidia na redução da oferta da força de trabalho barata, tão necessária para a expansão das indústrias. Na classe alta, o controle da natalidade era obtido por intensa repressão sexual sobre seus próprios membros e a prática do aborto, embora comum, era seriamente reprimida (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Em função disso, em 1830, muitos países, começaram a instituir leis mais severas para o aborto. No Brasil, em 1890, o Código Penal Brasileiro passou a prever como crime o aborto que fosse praticado pela gestante ou com auxílio de terceiros. Esta lei ganhou o apoio da Igreja e muitos outros defensores civis, que respaldaram suas razões em fatores econômicos, políticos, sociais e demográficos, apesar do contexto histórico se mostrar contraditório (BRASIL, 2009).

Entretanto, o século XX foi marcado por grandes mudanças econômicas, políticas e de saúde pública. Em relação ao aborto, em função de muitas reivindicações de alguns grupos de mulheres (especialmente as feministas) e da baixa fecundidade. Principalmente, após a Primeira Guerra Mundial, alguns países começaram a reformular suas leis. Enquanto uns deixaram de considerar o aborto crime, tornando-o um direito da mulher, como a ex União Soviética, em outros aconteceu o contrário. Na Europa ocidental, por exemplo, as políticas sobre o abortamento se tornaram mais rígidas. Em alguns casos, até com pena de morte, por considerar um crime contra a nação (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial, as legislações continuaram bastante restritivas, até a década de 1960, com exceção dos países socialistas e do Japão, que possuem leis favoráveis ao aborto, desde 1948. A partir dos anos 1960, houve grandes avanços, em virtude da evolução dos costumes sexuais, das novas conquistas das mulheres na sociedade moderna e de outros interesses de caráter político-econômico, em que a tendência era de maior abertura para discussões e reivindicações (VENTURA, 2009).

Atualmente, cerca de 44 países ainda mantêm a ilegalidade, total ou parcialmente (SHAH; ÅHMAN, 2009). No relatório do Instituto Guttmacher, publicado em 2009, os autores apresentam uma grande variedade de leis, que regulam a prática do aborto, em todo o mundo, por meio da classificação de leis de 197 países ou territórios. Destes, 32 estão entre os que têm as leis mais restritivas, não permitindo o aborto em nenhuma hipótese. Outros 36 países permitem o aborto induzido, somente, quando a vida da mulher está em perigo, dos quais apenas a Irlanda representa região desenvolvida (SINGH et al., 2009).

Ainda, em relação a este relatório, dos 36 países que autorizam a interrupção da gravidez para salvar a vida da mulher e preservar sua saúde física, 23 permitem, de forma mais explícita, as categorias citadas, mais para proteger a saúde mental das mulheres e 14

países, incluindo Índia, permitem o aborto, nos três motivos anteriormente mencionados e por razões socioeconômicas. Por fim, os 56 territórios restantes permitem o aborto sem restrições, porém, muitos desses países impõem limites gestacionais. O requisito mais comum é que os abortos sejam realizados, durante as primeiras 12 semanas de gravidez. Nos casos em que o limite gestacional é maior, existem, frequentemente, requisitos adicionais para que o procedimento possa ser realizado (SINGH et al., 2009).

No Brasil, o Código Penal que regula o aborto é o de 1940, em vigor até os dias atuais. Segundo Souza (2009), atualmente, há uma pressão para descriminalizar o aborto ou reformar os artigos, em que o código o criminaliza. Entretanto, ao tratar do assunto, segue-se o que determina o tópico “Dos crimes contra a vida”, dispostos nos artigos 124 ao 128, apresentados a seguir:

*Artigo 124: Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque. Pena: detenção, de um a três anos.

*Artigo 125: Provocar aborto, sem o consentimento da gestante. Pena: reclusão, de três a dez anos.

*Artigo 126: Provocar aborto com o consentimento da gestante. Pena: reclusão, de um a quatro anos. Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

*Artigo 127: Há um aumento das penas nas situações de abortamento induzido por terceiros, quando deste ato ocorrer lesão corporal de natureza grave ou morte da gestante.

*Artigo 128: Contempla os dois casos em que não se pune o aborto praticado pelo médico:

I - Se não há outro meio de salvar a vida da gestante. II - Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940, p.10).

Os casos de anencefalia, por muitos anos foram motivos de lutas e processos na justiça, com vista a pleitear autorização para interromper a gestação. Em 12 de abril de 2012, o Supremo Tribunal Federal brasileiro aprovou o direito de descontinuar a gravidez de fetos anencéfalos. No entanto,

Considerar o aborto apenas do ponto de vista legal é fechar os olhos para um problema que insiste em se colocar, diurnamente nos serviços de saúde e no âmbito mais amplo da sociedade brasileira. Até porque, como se sabe, as leis mudam com muito menos rapidez do que os costumes e práticas da sociedade (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009, p. 100).

Destarte, além do ponto de vista jurídico, o aborto é também intensamente discutido, na sociedade, pela perspectiva moral. Por ser considerado, legalmente, um crime contra a vida, o debate moral circula em torno de dois extremos. De um lado, ficam aqueles que defendem o princípio da sacralidade da vida e consideram que o aborto nunca é defensável. Por outro lado, há os que sustentam o princípio de respeito à autonomia, que enfatiza o

respeito à liberdade de escolha da pessoa, incluindo a livre decisão da mulher sobre sua vida, sexualidade e reprodução (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009; SORRENTINO, 2010).

Ainda, no contexto ético-moral, o fio condutor das discussões gira em torno da questão: quando começa a vida? Até hoje a ciência não dispõe de elementos irrefutáveis para decidir de forma definitiva. Por isso, os estudiosos no assunto apresentam divergências quanto ao momento exato em que certamente o embrião poderá ser considerado um ser humano (FERNÁNDEZ, 2000; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

Dentre as discordâncias, há os que defendem que a vida começa a partir da fecundação; outros consideram que o início da vida se dá na implantação do óvulo no útero, quando se constitui a linha primitiva do sistema nervoso. E, por fim, existem os autores que destacam que a vida humana só inicia a partir da organogênese, ou seja, a partir da formação do sistema nervoso central e o início da vida cerebral (SGRECCIA, 1996; FERNÁNDEZ, 2000; PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2005).

De fato, trata-se de um assunto pertinente, muito presente na contemporaneidade, que necessita ser discutido. No entanto, permanecer preso a uma extremidade ou outra não irá resolver a questão, haja vista que o aborto vem sendo considerado um problema mundial de saúde pública, por continuar ocorrendo em todos os contextos, independentemente, se em regiões mais desenvolvidas economicamente ou naquelas em desenvolvimento (SEDGH et al., 2012).

Segundo Dides, Benavente e Sáez (2010), a legislação restritiva total ou parcialmente em vigor, em muitos países, não tem impedido a ocorrência do aborto induzido como recurso para interromper a gestação não planejada. Pelo contrário, a ilegalidade faz com que o aborto acabe sendo realizado na clandestinidade, muitas vezes, em condições precárias e sem nenhuma segurança.

Uma pesquisa publicada, recentemente, ratifica esta afirmação, ao apresentar indicadores atuais, sobre a incidência do aborto no mundo e apontar as regiões mais críticas. Neste estudo, os autores apontaram que a estimativa é que ocorrem em torno de 43,8 milhões de abortos por ano. Sendo 49% destes abortos realizados em condições de riscos. 91% são procedentes dos países em desenvolvimento, contrastando com 6% dos abortos inseguros realizados nas regiões mais desenvolvidas (SEDGH et al., 2012).

As implicações do aborto induzido, realizado de modo inseguro e na clandestinidade, afetam a saúde e a vida das mulheres¹², de suas famílias e refletem na sociedade civil. Tais consequências se manifestam tanto pelos elevados percentuais de morbidades e mortalidades maternas, quanto pela sobrecarga dos trabalhadores de saúde e das instituições públicas, que não disponibilizam infraestrutura nem recursos humanos e financeiros suficientes para atender, com dignidade, as mulheres com suas necessidades reprodutivas não satisfeitas (VENTURA, 2009).

Segundo estudo publicado, 8,5 milhões de mulheres apresentam complicações pós-aborto que requerem atenção médica a cada ano, no mundo, porém, somente 3 milhões destas mulheres recebem cuidados. Um milhão delas vivem na América Latina (SEDGH et al., 2012).

Igualmente, em investigação realizada em uma favela de São Paulo – Brasil, foi revelado que 94,12% das mulheres que induziram o aborto e 83,3% das que sofreram abortos espontâneos apresentaram complicações. Dentre ambas as situações, 82,7% precisaram internar para tratamento pós-aborto (FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2008).

De modo semelhante, o Ministério da Saúde aponta que são realizadas cerca de 250 mil internações para curetagens uterinas pós-aborto, por ano, nos hospitais públicos do país (BRASIL, 2011a). Só no primeiro trimestre do ano de 2012, o Sistema de Informação de Registros hospitalares exibiu 43.653 procedimentos realizados (BRASIL, 2012).

Portanto, somente reivindicar a descriminalização do aborto não irá resolver a questão de saúde pública. Na perspectiva do processo saúde e doença, é necessário encarar as causas que levam ao aborto e não tratá-lo como simples consequência. De acordo com SINGH et. Al. (2009), há, no mínimo, três estratégias com grande probabilidade de reduzir a incidência do aborto inseguro:

[...] aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos para reducir los niveles globales de embarazo no planeado; ampliar los criterios legales bajo los cuales está permitido el aborto y establecer servicios para la prestación de abortos seguros y legales en el marco de las leyes vigentes; y proporcionar a las mujeres que sufran complicaciones derivadas del aborto inseguro el tratamiento médico que precisan (SINGH et. al, 2009, p. 55).

Se uma das principais consequências da gravidez não desejada é o aborto induzido, a ênfase deve ser no propósito de garantir os direitos reprodutivos e prover o planejamento

¹² Sobretudo as mais vulneráveis (mulheres negras, jovens, solteiras, com pouca escolaridade, baixa renda e que vivem em locais de difícil acesso à informação, ao planejamento reprodutivo e aos serviços de saúde adequados) (HERRICK et al., 2004).

familiar para todas as mulheres e casais que desejam planejar a sua prole (ESPINOZA, 2002). Estas iniciativas precisam partir de todos os setores comprometidos com a saúde e o bem estar da população feminina.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem reconhecido esta carência e, em cumprimento do compromisso assumido no Cairo, em 1994, tem empenhado esforços para, junto com a área técnica de saúde da mulher, criar estratégias, visando a reduzir a gravidez não planejada e as complicações decorrentes do aborto inseguro, as quais têm se mantido como importantes causas de mortes maternas por condições evitáveis (BRASIL, 2011a).

3.2 POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO À MULHER EM PROCESSO DE ABORTAMENTO

A realidade apresentada até este momento sobre as implicações do aborto permite inferir que mais do que reivindicar a descriminação ou culpar as leis restritivas pelas altas taxas de incidência, cabe a nós, profissionais de saúde, unirmo-nos aos gestores públicos para conhecer e tentar efetivar as políticas públicas disponíveis, a fim de transformar a atual realidade. Considero que o comprometimento profissional favorece a atuação respeitosa e a busca por uma assistência humanizada e resolutiva, empoderando a mulher para exercer sua autonomia reprodutiva.

Segundo a OMS (2011), quando o aborto é realizado em condições adequadas, representa um dos procedimentos obstétricos mais seguros. Do mesmo modo, quando a mulher é atendida na sua integralidade (considerada como um sujeito que possui crenças, limitações, necessidades específicas e que merece ser respeitada e esclarecida) esta pode ajudar a mudar sua própria realidade e tornar-se agente de mudança e desenvolvimento para a sociedade. Entretanto, atualmente, o aborto inseguro continua sendo um dos problemas de saúde sexual e reprodutivos mais negligenciados no mundo (SINGH et al., 2009).

As políticas públicas destinadas a orientar o atendimento das mulheres que internam por complicações no processo abortivo e que apresentam dificuldades em administrar sua saúde reprodutiva, norteiam os programas, as normas técnicas e os protocolos clínicos, que são direcionados aos gestores e profissionais de saúde. Tais orientações são fundamentais para garantir a qualidade e humanização no atendimento à saúde da mulher, especialmente, nos casos de aborto legal, nas sequelas por abortamento inseguro, assim como na garantia do direito da mulher ser informada sobre o acesso e uso de métodos contraceptivos disponíveis, para evitar a recorrência da gravidez e/ou do aborto repetido (BRASIL, 2011a).

Políticas públicas são respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade. Estas são consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado, frente a problemas que são considerados de interesse público. No campo da ação social, as políticas públicas de saúde têm por função definir a resposta do Estado às necessidades de saúde da população, visando a desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

No Brasil, a política de saúde pública em vigência, produto da luta do movimento da reforma sanitária brasileira instituída no contexto de redemocratização do Brasil e na contramão das propostas hegemônicas vigentes nos anos oitenta, foi consolidada pela Constituição Federal de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS estabelece a saúde como um direito universal, sendo dever do Estado prover o acesso à saúde a todos os cidadãos e cidadãs. Tem como princípios ideológicos a universalidade e a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde e a integralidade da atenção, operacionalizando-se pelas diretrizes organizacionais de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Entretanto, a existência de desigualdades de diversas ordens na sociedade brasileira faz com que as condições de acesso de diferentes segmentos da população aos bens e serviços de saúde, sejam desiguais. É, nesse aspecto, que o princípio da equidade se torna fundamental para o cumprimento dos demais princípios que regem o SUS e para a promoção da justiça social (LIONÇO, 2009).

Este é um desafio para o SUS. Para que a política de saúde no Brasil se construa e se implemente, na perspectiva do acesso universal, se faz necessário reconhecer as desigualdades existentes na sociedade e criar respostas para minimizá-las. Neste sentido, a participação dos diferentes segmentos da sociedade no processo de construção e implementação de políticas, sem discriminação de qualquer natureza, é indispensável (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

No que tange à saúde das mulheres, as políticas públicas, até meados dos anos 1970 eram reducionistas, pois, como mencionado anteriormente, as ações eram fragmentadas e voltadas somente para os aspectos biológicos relacionados à gravidez, ao parto e ao papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 1984).

Com o início da democratização e com o crescente avanço dos movimentos das mulheres, estas buscaram se integrar no mercado de trabalho, nos sindicatos e nas universidades; organizaram manifestações, congressos e debates, no sentido de ganhar

visibilidade e estabelecer uma presença pública no país. O movimento das mulheres foi uma característica marcante, pois conseguiram persuadir o governo e, conseqüentemente, demonstrar capacidade de articular demandas e estabelecer estratégias de encaminhamento, fortalecendo sua posição na oposição ou na negociação frente ao Estado (MONTAÑO, 2003).

O movimento feminista e os movimentos sociais, ao discriminarem temas específicos à vivência das mulheres, contribuíram para a inclusão da questão de gênero na agenda política, como uma das desigualdades a serem superadas por um regime democrático. Assim, sob impacto desses movimentos, a partir de 1975, as políticas de assistência à mulher passaram a ser melhor delineadas, incluindo, nas suas diretrizes, aspectos ligados à saúde sexual e reprodutiva, permitindo, assim, dissociar a sexualidade da procriação e incorporar às ações de saúde, orientações quanto ao planejamento reprodutivo (COELHO; LUCENA; SILVA, 2000).

Todavia, apesar da preocupação com o crescimento populacional da época, estas iniciativas não obtiveram sucesso, pois sua efetivação dependia do poder público em divulgar tais ações, o que não aconteceu. A partir da década de 1980, o planejamento familiar começou a ser difundido, na ótica da educação para a paternidade responsável, sendo o Estado, por meio do programa Prev-Saúde, comprometido em informar sobre os métodos contraceptivos e rever a legislação sobre a fecundidade. Este programa não foi efetivado, devido à resistência dos médicos e dos hospitais em aderir às orientações preventivas. Sob pressão dos movimentos sociais, especialmente o das mulheres, em 1983, foi implementado o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (COELHO LUCENA; SILVA 2000).

O PAISM se constituiu como marco histórico, na medida em que incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços e introduziu novo enfoque nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, centrado na integralidade e na equidade das ações, propondo abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal. Este novo programa para a saúde da mulher incluía, ainda, ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde (BRASIL, 1984).

O processo de implementação do PAISM foi influenciado, a partir da proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e, principalmente, pela reorganização da atenção básica, conforme aponta o Ministério da Saúde:

Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2011b, p. 17).

Corroborando com esta afirmativa, Costa (1992), ao avaliar a situação do PAISM, concluiu que a degradação qualitativa dos serviços de saúde piorava na última década, somando-se a ausência de priorização da saúde da mulher nas propostas de gestão, o que determinou o caótico quadro da situação da assistência. Dentre as consequências deste fracasso, foi constatado que continuaram aumentados os coeficientes de morbimortalidade materna, o crescente número de esterilização feminina, as altas taxas de aborto provocado e a escolha de anticoncepcionais, extremamente limitada.

Como evidência, Coelho et al. (2000) acenam que, no início da década de 1990, estimava-se a ocorrência de um aborto a cada oito mulheres brasileiras em idade fértil, representando cerca de 350 mil abortos mensais. Diante de fatos desta natureza e da dificuldade e descontinuação do processo de implementação do PAISM, em 1994, o aborto foi reconhecido, pela ONU, como um grave problema de saúde pública e a saúde da mulher passou a ser considerada uma prioridade de governo (BRASIL, 2011a; 2011b).

No decorrer da década de 1990, houve grande progresso na abordagem dos aspectos que envolvem a saúde da mulher e, em especial, nas circunstâncias em que requer orientação quanto ao planejamento familiar e assistência integral às complicações pós-aborto (HERRICK et al., 2004). Em 2000, diversos países adotaram a Declaração do Milênio, na qual se comprometeram com vários Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para reduzir a pobreza e as condições desiguais de vida entre homens e mulheres. O quinto Objetivo do Milênio é melhorar a saúde materna, reduzindo a mortalidade materna em 75%, até 2015 (MELLO; GALLI, 2012).

Considerando que 98% das mortes maternas ocorrem por causas evitáveis e a gravidez não planejada ser uma das principais causas do aborto inseguro, compreende-se ser necessário tanto investir na prevenção e promoção da saúde, por meio da educação e orientação das mulheres e adolescentes para um efetivo uso de métodos contraceptivos, quanto também na estratégia de redução de danos do aborto inseguro (SINGH et. Al., 2009). Nesta perspectiva, tendo em vista o enfrentamento desses problemas e a saúde da mulher como prioridade de governo, foi elaborada, em 2004, e reimpressa, em 2011, pelo Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, em especial com o movimento de mulheres, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) – Princípios e Diretrizes.

A PNAISM reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas previsíveis e evitáveis. Também, incorpora, no enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011b).

Ainda, com o intuito de ampliar o acesso das usuárias com complicações de aborto à atenção humanizada e auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz, qualificada e livre de julgamentos morais, tendo como base os princípios do SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher, criou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), publicada em 2005, e revisada, em 2011, trazendo como eixo central a orientação sobre a assistência de qualidade para mulheres em situação de abortamento espontâneo ou provocado, uma vez que se trata de uma questão de emergência e risco de vida (BRASIL, 2011a).

O objetivo da NTAHA é garantir os direitos sexuais e reprodutivos e fornecer aos profissionais subsídios para que possam proporcionar não só o cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas, também, na perspectiva da integralidade, disponibilizar alternativas contraceptivas, evitando o recurso do aborto repetido. Nos casos de aborto espontâneo, as mulheres que desejam uma nova gestação precisam, além da atenção às suas necessidades clínicas, serem orientadas quanto ao momento ideal para tentar uma nova gestação. No entanto, para que este modelo possa ser implementado, fazem-se necessárias algumas providências como:

1. Redes integradas com a comunidade e com os prestadores de serviço para a prevenção das gestações não planejadas e do abortamento inseguro, para a mobilização de recursos e para a garantia de que os serviços reflitam as necessidades da comunidade e satisfaçam suas expectativas;
2. Acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde mental e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir;
3. Atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos;
4. Oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive, para evitar abortos repetidos, orientações para aquelas que desejam nova gestação;
5. Integrar estas mulheres com outros serviços de atenção integral à saúde e de inclusão social (BRASIL, 2011a, p.13).

Para atingir tais metas, o Ministério da Saúde recomenda que a prevenção da gravidez não planejada e atenção humanizada no tratamento pós-aborto precisam ser consideradas em alta prioridade para profissionais de saúde, tendo em vista que, em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida, prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral, isenta de preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer naturezas que possam negar e desumanizar esse atendimento (BRASIL, 2011a). Portanto, todos os profissionais da equipe multidisciplinar deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência, de forma transversal, durante todo o contato com a mulher, pois um dos passos do atendimento, o acolhimento, é uma prática educativa que deverá refletir a qualidade da relação profissional de saúde e usuária, na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento (MELLO; GALLI, 2010).

Com base nas políticas que norteiam a atuação profissional, é possível afirmar que compete à enfermagem função diferenciada na promoção do acolhimento e da orientação à mulher em abortamento, pois são os profissionais de saúde que estão continuamente presentes durante todo o processo de atenção, sobretudo, durante o período de hospitalização. No decorrer do período de internação, a enfermeira tem a possibilidade de conversar, escutar e identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais de cada mulher, podendo modificar o modelo de atenção, oferecendo às mulheres e à sociedade um novo paradigma, que torne segura, sustentável e efetiva as ações de planejamento reprodutivo, por meio da garantia à população do acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das mulheres que abortaram ou que optem pelo aborto, nos tipos permitidos pela lei.

3.3 A GESTÃO DO CUIDADO NO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

Até o século XVIII, o cuidado de enfermagem era prestado por mulheres sem grandes preparos e artesanalmente. Com o advento do capitalismo, o ato de cuidar deixou de ser uma atividade própria da família ou da comunidade e passou a ser organizado e institucionalizado (PIRES, 2009). Os hospitais passaram a ser locais de cura e recuperação da força de trabalho, com o cuidado sendo norteado pelo modelo clínico (LUNARDI et al., 2010).

Frente a esta transformação social e a necessidade de melhorar as condições de higiene e organização do processo de trabalho da enfermagem, surge, na segunda metade do séc. XIX, a enfermagem moderna, com as concepções de Florence Nightingale, que primava pela disciplina, organização e higienização, sendo considerada uma das precursoras da administração da enfermagem (PIRES, 2009). Florence Nightingale estabeleceu o processo de trabalho da enfermagem hospitalar em três conjuntos: organização do cuidado, por meio da sistematização das técnicas de enfermagem; organização do ambiente terapêutico com purificação do ar e limpeza; organização dos agentes de enfermagem, pelo treinamento de técnicas e mecanismos disciplinares (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Assim como a Administração Científica impulsionou a divisão técnica do trabalho, Florence instituiu o processo de hierarquia na enfermagem. Às enfermeiras, couberam as atividades consideradas “intelectuais”, ou seja, administrativas/gerenciais, enquanto que os profissionais de nível técnico desempenhavam o que chamava de atividades “manuais”, cuidado direto com o paciente (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Esta divisão social do trabalho da enfermagem se mantém até hoje. Segundo Nóbrega (2006, p. 34), o modelo hierárquico “trouxe como consequência, as relações de subordinação e dominação, dentro da equipe, reproduzindo a situação das classes da sociedade”. Nos hospitais, apesar da hegemonia médica, o cuidado ao paciente é uma atividade característica da enfermagem. Entretanto, a gerência desse cuidado ainda se encontra, predominantemente, pautada nos conhecimentos oriundos das teorias clássicas propostas por Taylor e Fayol, no início do século XX, que defendiam, prioritariamente, a racionalização do trabalho, com ênfase nas tarefas, na estrutura, na produtividade e na tecnologia (NOBREGA, 2006; PROCHNOW, 2009).

Porém, a manutenção do padrão científico de administrar o trabalho em saúde fragmenta e burocratiza o processo de cuidado, fazendo com o paciente seja visto como mero objeto de trabalho. Assim como interfere na relação do profissional com o paciente e no relacionamento entre dos profissionais de saúde, este modelo burocrático também influencia o resultado das ações, em que a ênfase é voltada para o controle do produto final, em detrimento do planejamento e avaliação das práticas de saúde (NOBREGA, 2006; PIRES, 2009).

Mas, na atualidade, vive-se um momento de mudanças no mundo do trabalho, nas organizações em geral e nas instituições de saúde (PROCHNOW; 2009). Do mesmo modo, evidencia-se um crescimento nos debates sobre os direitos humanos e o respeito às singularidades dos indivíduos. Neste contexto, observa-se a necessidade de transformação dos modos de cuidar do ser humano. Não basta somente atender as necessidades clínicas, é

preciso incorporar, no exercício de cuidar, a visão da totalidade, na qual o sujeito seja visto na sua complexidade e individualidade (REIS; ANDRADE, 2007).

O processo de trabalho da enfermagem se caracteriza como um trabalho individual como relação profissional-paciente, e coletivo, por envolver uma equipe multiprofissional que tem o paciente como centralidade. Por sua vez, o cuidado como essência da enfermagem constitui foco central das ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro (PIRES, 2009).

Segundo Lunardi Filho (2000), o desempenho das funções gerenciais é visto pelo enfermeiro como um ônus que sobrecarrega seu fazer cotidiano e o mantém afastado do paciente, impedindo o desenvolvimento das atividades que considera mais essenciais no seu trabalho. Todavia, Prochnow (2009) refere que o gerenciamento compõe uma das dimensões fundamentais do cuidado de enfermagem, pois é, por meio dele, que o enfermeiro busca o suporte necessário para prevenir, promover, recuperar e reabilitar a saúde do indivíduo.

Neste sentido, Nóbrega (2006) acrescenta que, para transformar o modelo de gerenciamento na enfermagem vigente, é oportuno construir uma prática gerencial mais dialógica entre gerentes e trabalhadores e uma aproximação do enfermeiro ao cliente, procurando estabelecer vínculos. Além disso, destaca-se a importância do gerente em enfermagem possuir habilidade, conhecimento e atitudes para planejar e delegar, prever recursos, capacitar a equipe e estar atento a todos os paradoxos que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde (LUNARDI FILHO, 2000; PROCHNOW, 2009).

3.4 ESTADO DO CONHECIMENTO ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER NO PROCESSO ABORTIVO

No que se refere ao cuidado de enfermagem à mulher que internou, em decorrência de complicações do processo abortivo, considera-se que a transformação do modo de cuidar pode configurar uma das ações a serem postergadas, por este processo abortivo estar envolto em fatores complexos como valores culturais, éticos e conceitos que são definidos, conforme o contexto social dos atores envolvidos. Em estudo realizado por Lipinski (2000), ficou constatado que a construção que o profissional de enfermagem possui sobre a questão interfere no modo como o cuidado vai ser realizado. Neste estudo, a autora observou, ainda, que, por meio de um processo educativo, foi possível propiciar a reflexão e a mudança de postura dos profissionais, frente à mulher que abortou.

Diante do exposto, salienta-se a importância da gestão do cuidado de enfermagem, na efetivação da atenção humanizada à mulher em processo de abortamento. Do mesmo modo,

sobressai a necessidade do envolvimento de todos os trabalhadores da equipe de saúde no cuidado à mulher que abortou, pois a abordagem humanizada e integral promove o exercício da autonomia reprodutiva, a redução da incidência de abortos repetidos e mortes maternas.

Assim, com o intuito de colaborar com a prática profissional, por meio da síntese e exposição de evidências científicas sobre este tema, realizei, nos meses de maio e junho de 2012, uma revisão integrativa nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/Pubmed), com o objetivo de conhecer a produção científica da enfermagem, acerca do cuidado proporcionado às mulheres em situação de abortamento, no contexto nacional e internacional. Os critérios de inclusão dos artigos selecionados para esta revisão integrativa foram: estarem disponíveis, *online*, em português, inglês ou espanhol, na íntegra; publicados no período de 2007 a 2012; e que apresentassem informações relevantes ao tema proposto. Utilizaram-se como descritores: *abortion*, *nursing care* e *nursing*. Foram selecionados para análise 11 artigos. A tabela a seguir traz a discriminação dos estudos que fizeram parte da revisão integrativa.

Tabela – Artigos que compuseram a revisão integrativa. Rio Grande – 2013.

N ^o	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	ABORDAGEM / TIPO DE PESQUISA	BASE DE DADOS
I	Nursing care according to women in abortion situations.	Mariutti, M G; Almeida, A M; Panobianco, M S;	Rev Lat Am Enfermagem	2007	Qualitativo/ Exploratório e Descritivo	LILACS
II	Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP.	Higa, R; Reis, MJ; Lopes, M H B M.	Ciênc. cuid. saúde	2007	Relato de experiência	LILACS
II I	Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care?	David PH, Reichenbach L, Savelieva I, Vartapetova N, Potemkina R.	Health Policy Plan	2007	Qualitativa / descritiva	PUBMED
I V	Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals.	Gesteira, S M A; Diniz, N M F; Oliveira, E M.	Acta paul. enferm;	2008	Qualitativa / Estudo de caso	LILACS
V	Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo.	Mulens Ramos, I.	Rev. habanera cienc. méd;	2009	Qualitativa / Revisão de literatura	LILACS
V I	Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a	Swanson, KM; Chen, HT; Graham, JC;	J Womens Health (Larchmt)	2009	Qualitativo / ensaio clinico randomizado	PUBMED

	randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions.	Wojnar, DM; Petras, A. J.				
V II	Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero	Silva, J P L; Araújo, M Z;	Rev. bras. ciênc. saúde	2010	Qualitativa / exploratória descritiva	LILACS
V II I	O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem	Domingos, S R F; Merighi, M A B.	Rev. Esc. Enferm. Anna Nery	2010	Reflexão	LILACS
I X	Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives.	Nalwadda, G; Mirembe, F; Tumwesigye, NM; Byamugisha, J; Faxelid, E.	BMC Health Serv Res.	2011	Quantitativo / estudo transversal	PUBMED
X	Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga, MG.	Domingos, S R F; Merighi, M A B; Faria, E C R; Ferreira, L M G.	Reme – Rev. Min. Enferm.;	2011	Estudo transversal	LILACS
X I	Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health.	Benute, GR; Nonnenmacher; D, Nomura, RM; Lucia, MC; Zugaib, M.	Rev Bras Ginecol Obstet.	2012	Estudo prospectivo e transversal	PubMed

Caracterização dos artigos e resultados

Dentre os 11 artigos selecionados, 7 foram publicados em revistas brasileiras e 4 em estrangeiras. Quanto ao idioma das publicações, ainda que a busca tenha sido realizada com descritores em inglês, obteve-se acesso a 6 artigos em inglês, 1 em espanhol e os 4 restantes em português. Porém, chamou a atenção o fato de que 8 dos estudos foram realizados no Brasil. Este achado pode ser considerado um aspecto positivo para o país, uma vez que o número expressivo de publicações reflete uma aparente preocupação dos profissionais de saúde com a produção de conhecimento e consequente influência na melhoria da prática.

Quanto ao período das publicações, manteve-se uma média de dois ou três artigos por ano, sendo que a base de dados LILACS não dispôs de nenhum estudo com os descritores selecionados, no período anterior a 2007, mas com 2 artigos publicados, ao longo do ano 2007, e 1 artigo, no decorrer de cada ano seguinte (2008, 2009, 2010 e 2011). Já, na biblioteca do MEDLINE/ PubMed, evidenciou-se distribuição não tão constante de estudos sobre o assunto, sendo 2 artigos de 2007, seguidos de 1 artigo em 2009, 1 artigo em 2011, e outro em 2012. Estes dados permitem afirmar que, nos últimos anos, vem se atribuindo maior importância às pesquisas acerca do trabalho da enfermagem na atenção à mulher em processo de abortamento, confirmando a relevância de discutir a temática na atualidade.

No que se refere aos objetivos propostos pelos estudos, apesar da diversidade entre eles, constatou-se que a maioria tinha como finalidade averiguar como o cuidado de enfermagem é prestado às mulheres em processo de abortamento, tanto do aborto espontâneo quanto do induzido ou realizado de forma legal ou ilegalmente, buscando identificar a visão e as percepções das mulheres sobre o aborto e a influência destas construções na prática assistencial. Além disso, 1 dos estudos objetivou aferir o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre as questões legais e 2 relataram o resultado de intervenções práticas com o intuito de melhorar o cuidado da mulher no abortamento. Não foram identificados artigos que abordassem a perspectiva de planejamento e organização do cuidado.

Entre os cenários dos estudos, a maioria foi realizada em hospitais públicos, com mulheres que se encontravam internadas, no momento da investigação. Entretanto, 3 estudos foram efetuados com os sujeitos do estudo em seus ambientes de convívio, devido ao acompanhamento por um período de tempo maior. Cabe destacar que estes estudos intervencionistas não foram feitos no Brasil e, portanto, pode ser uma estratégia para ser aplicada, perante a realidade e o contexto das mulheres mais vulneráveis do país. Também, sobressaíram-se estudos reflexivos e relatos de experiência em que não constam cenários nem sujeitos da pesquisa, mas que revelam a crescente preocupação da enfermagem com o aborto como uma importante questão de saúde pública, devido ao alto índice de morbimortalidade materna.

Da leitura e análise do conteúdo dos artigos, emergiram duas categorias: A enfermagem no cuidado à mulher em processo de abortamento: diferentes perspectivas e Estratégias para qualificar o atendimento no decorrer do tratamento pós-aborto. Nestas categorias, o conteúdo dos artigos selecionados foi discutido com outros estudos considerados relevantes.

3.4.1 A enfermagem no cuidado à mulher em processo de abortamento: diferentes perspectivas

Neste levantamento, foi possível averiguar que, na assistência às mulheres, nos serviços de saúde, as ações são fragmentadas, normativas e quase isentas de aproximação empática do profissional com a paciente. Esta maneira de cuidar foi considerada, pelas mulheres, como insuficiente, carecendo ser revista para serem incorporadas novas dimensões do cuidado, tendo em vista que a situação de abortamento mostra-se como uma circunstância difícil, complicada e dolorosa, física e emocionalmente (independentemente da etiologia do

aborto) necessitando, portanto, de um modelo que as assista na íntegra (MARIUTTI; ALMEIDA; PANABIANCO, 2007; MULENS, 2009; DOMINGOS; MERIGHI, 2011).

No entanto, as relações entre os profissionais de enfermagem e a clientela podem ser influenciadas pelas condições subjetivas de cada indivíduo, pela realidade complexa vivida e permeada por crenças e valores distintos e, por vezes, divergentes, bem como pelas condições materiais e organizacionais da instituição. Ainda, há que se considerar que, por estas mulheres estarem fora de seus contextos de vida e enfrentando a situação geralmente sozinhas, elas podem se resguardar, se constranger e dificultar o estabelecimento de uma relação de confiança e vínculo com os enfermeiros, justificado, muitas vezes, pela dificuldade de lidar com as consequências de um ato que pode ser considerado pecado e/ou ilegal, mesmo quando este for espontâneo (MARIUTTI; ALMEIDA; PANABIANCO, 2007).

Contudo, Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) e Benute et al. (2012) assinalam que determinados trabalhadores têm consciência que discriminam as mulheres que provocam o aborto, ao declarar que priorizam a assistência às parturientes, puérperas e gestantes, em detrimento da assistência às mulheres que abortam, não considerando os aspectos humanísticos e de risco que envolvem a saúde dessas mulheres. Estas atitudes, além de negar o direito à atenção de qualidade, pelo serviço público de saúde (SOARES et al., 2012), podem colaborar para o desenvolvimento de complicações, como o estresse pós-traumático, episódio frequente nos casos de aborto provocado (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008; BENUTE et al., 2012). Araújo e Silva (2011, p. 21) apontam que alguns profissionais de saúde “trazem consigo a ideia de que essas mulheres cometeram um crime perante a lei e são pecadoras também diante da lei de Deus” ressaltando, assim, um discurso pautado em julgamentos morais e religiosos.

Entretanto, Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) afirmam que trabalhadores de enfermagem usam o argumento da ilegalidade do aborto induzido para justificar a condenação social e a violência institucional, no instante do atendimento. Corroborando com esta afirmativa, autores de pesquisas realizadas na Rússia e Uganda, cuja prática do aborto é liberada pela legislação, evidenciam que a legalidade não faz com que diminuam as altas taxas de abortos inseguros e as complicações e/ou as mortes maternas, advindas da interrupção das gestações indesejadas (DAVID et al., 2007; NALWADDA et al., 2011).

Ainda, segundo aponta Sedgh et al. (2012), cerca de 215 milhões de mulheres, no mundo em desenvolvimento, desejam evitar a gravidez, mas não fazem uso de nenhum método contraceptivo efetivo. Em Uganda, os autores relatam que a maioria das jovens sexualmente ativas nunca tinham usado nenhum método contraceptivo e somente 18% das

mulheres casadas usavam métodos modernos de contracepção, embora o planejamento familiar seja uma ação liberada, na região (NALWADDA et al., 2011).

Os mesmos autores referem que, dentre os fatores que dificultam o acesso e uso dos contraceptivos pelos jovens, destaca-se a negação dos profissionais de saúde em disponibilizar os métodos, devido a medos, mitos e insegurança, uma vez que acreditam que o uso de contraceptivos pelos jovens podem causar efeitos colaterais e infertilidade. Além do mais, para dispor de algum método moderno de contracepção, das jovens com menos de 18 anos, exige-se o “consentimento por escrito dos pais ou cônjuge, [...] embora nas diretrizes nacionais não possua esta restrição” (NALWADDA et al., 2011, p. 7).

De maneira semelhante aos estudos realizados em Uganda e Rússia, pesquisa realizada no Brasil, para investigar o conhecimento e a percepção dos profissionais de saúde, em relação à legislação brasileira a respeito da interrupção voluntária da gravidez, observou que 32,7% dos médicos e 97,5% dos profissionais de enfermagem desconhecem a legislação vigente e os aspectos éticos que envolvem o aborto (BENUTE et al., 2012). Portanto, a negligência e a desqualificação do cuidado podem ser atribuídas ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as leis que regulam o aborto e dos métodos contraceptivos modernos para orientar a clientela; do preconceito em disponibilizar métodos contraceptivos às jovens; bem como as precárias condições organizacionais dos serviços que prestam atenção à saúde reprodutiva.

Assim, parece que a falta de conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os princípios éticos que regem a profissão, sobre os casos em que o aborto é legal e os trâmites para a realização do aborto legal oferece risco à saúde da mulher e pode impor ao profissional mais facilmente a obediência, pois, “não tendo argumentos válidos e aceitáveis para alicerçar suas decisões, podem necessitar ceder às decisões de outros” (LUNARDI; SIMÕES, 2004, p. 175) ou favorecem a demonstração de comportamentos equivocados, ou seja, enquanto alguns manifestam atitudes de preconceitos, punição e julgamento, outros, por se identificarem com o sofrimento da mulher, revelam sentimentos de impotência, ansiedade e angústia (LIPINSKI, 2000; HIGA et al., 2007), principalmente, nos casos em que o aborto é autorizado (LUNARDI; SIMÕES, 2004).

Mariutti, Almeida e Panabianco (2007); Mulens (2009); Silva; Araújo (2010) e Benute et al. (2012) concordam que o desconhecimento pode interferir na qualidade do atendimento prestado às pacientes que abortam, tanto em hospitais quanto em outros serviços de saúde. Entretanto, mencionam que não se pode generalizar, em relação à conduta dos trabalhadores. Há profissionais de saúde que reconhecem a problemática, ao mencionarem que a assistência

não deve ser influenciada pela etiologia do aborto, pois se trata de relações humanas e que, independentemente do ato, a mulher merece ser tratada com dignidade (BENUTE et al., 2012). Todavia, há evidências que estes discursos podem diferir da prática cotidiana, em que determinados profissionais parecem que “se deixam influenciar por suas convicções pessoais, que resulta na negligência da assistência, [...] principalmente, quando o aborto foi provocado” (SILVA; ARAÚJO, 2011, p. 22).

Nesta perspectiva, cabe lembrar que tanto o Ministério da Saúde quanto o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem deixam claro que a atuação da enfermagem deve ser neutra e pautada pela compreensão, sem expor opinião pessoal ou fazer julgamentos de valores, em relação ao ocorrido. Contudo, é facultado ao profissional de saúde o direito de escolher se aceita ou não trabalhar em locais que atenda a mulher que deseja realizar a interrupção de gravidez, nos casos previstos pela legislação. Porém, se optar por não participar, alegando objeção de consciência, fica com a obrigação de encaminhar a mulher para outro profissional ou serviço que aceite participar do processo (BRASIL, 2011a).

Destarte, embora pesquisas indiquem que o índice de mortes maternas tem diminuído nos últimos anos, provavelmente, em consequência do aumento do aborto medicamentoso e da inserção de tecnologias mais seguras como a aspiração manual a vácuo (AMIU), SEDGH et al. (2012) afirmam que a proporção de óbitos por aborto inseguro permaneceu em 13%, no ano de 2008, assim como em 2003.

3.4.2 Estratégias para qualificar o atendimento no decorrer do tratamento pós-aborto.

A análise dos artigos permitiu evidenciar que o acolhimento, o pronto acesso aos serviços de saúde e a atenção integral das mulheres constituem iniciativas essenciais para fornecer cuidado humanizado às mulheres que procuram os serviços de saúde para realizar o aborto, nos casos permitidos por lei, ou para o atendimento das complicações relacionadas ao aborto incompleto e/ou inseguro. Também, em muitos contextos, os autores apontaram como aspecto decisivo na melhoria da atenção e redução da gravidez não planejada, a **sensibilização da equipe**.

Ações educativas efetuadas, por meio de reflexões e qualificações periódicas, promovem a atenção adequada e a utilização de tecnologias alternativas como a Aspiração Manual Intra Uterina, técnica segura, eficaz, menos invasiva e que, ainda, pode ser aplicada, inclusive pelo enfermeiro ou profissional técnico, quando devidamente habilitado. No entanto, para alcançar o resultado satisfatório, é necessário disponibilizar apoio psicológico,

respeitar conflitos internos e considerar as crenças e valores morais dos profissionais envolvidos na assistência, assim como respeitar os direitos garantidos pelo conselho de ética da categoria (DOMINGOS et al., 2011).

Do mesmo modo, dois estudos destacaram a adoção do **Processo de Enfermagem** como facilitador para a continuidade do cuidado (HIGA et al., 2007; MULENS, 2009). Um plano de atenção favorece a assistência individual, integral e humanizada e contribui para a adesão da cliente ao tratamento e recuperação física, psicológica e social, pois é elaborado, individualmente, adaptando-o às necessidades do indivíduo e não à doença (ALFARO-LEFÉVRE, 2010). Desta forma, a aplicação do Processo de Enfermagem, colabora na promoção da saúde da mulher, para que ela, com autonomia, consiga autogerir sua saúde reprodutiva. Outro facilitador da aplicação deste processo são as intervenções de enfermagem que acontecem em momentos distintos, ou seja, na pré-internação, durante o período de internação e no segmento ambulatorial (HIGA et al., 2007).

A **infraestrutura** também foi mencionada como fator que facilita a adaptação da mulher, uma vez que um ambiente acolhedor e privativo promove a sensação de bem-estar, propicia a interação profissional/usuária, ajuda na elaboração dos sentimentos, reduz o tempo de internação, ao mesmo tempo que permite aos profissionais de saúde uma conduta mais próxima à realidade ou necessidade da cliente (MULENS, 2009). Portanto, a humanização do serviço de enfermagem implica a organização da unidade, com a promoção de um ambiente acolhedor, confortável, com profissionais qualificados e comprometidos com a qualidade do cuidado (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007).

O Ministério da Saúde, em consonância com esta afirmativa, recomenda que as instituições devam dispor de um espaço físico específico para a avaliação e monitorização do serviço e da qualidade da assistência, pela equipe multidisciplinar, incluindo discussões de aspectos éticos (BRASIL, 2011a). A melhoria do ambiente hospitalar serve como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, promove a otimização de recursos, aumenta o bem estar dos funcionários e contribui para a redução de gastos (SOARES et al., 2012).

Tendo em vista que a curetagem uterina representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais públicos do país, ocasionando uma sobrecarga de trabalho aos profissionais de saúde e consumindo os recursos financeiros que poderiam ser investidos em melhoria das condições de trabalho e de saúde das mulheres, considera-se importante que a enfermeira atente para a organização do ambiente (BRASIL, 2011a). Outra estratégia reconhecida e recomendada pela maioria dos autores, na busca de humanizar o cuidado, trata-se da **centralidade da atenção**.

Segundo Benute et al. (2012), uma atuação competente e eficaz dos profissionais de enfermagem é aquela que proporciona atenção pós-aborto, centrada na mulher e não no diagnóstico. Esta conduta é percebida quando há uma assistência respeitosa e confidencial, envolvendo a mulher no tratamento, como um sujeito ativo, que possa fazer escolhas e que receba atendimento de qualidade (HERRICK et al., 2004). Isto só é possível quando, no cuidado, se considere tanto os aspectos éticos e jurídicos do aborto quanto os aspectos subjetivos (BENUTE et al., 2012).

Assim, para o tratamento clínico das complicações, é necessário avaliar cada situação, pois o diagnóstico e o manejo inicial variam, dependendo dos sinais e sintomas apresentados por cada usuária. Ainda, somam-se a estes o **aconselhamento**. De acordo com Mariutti, Almeida e Panabianco (2007), Higa et al. (2007) Silva; Araújo (2010) e Domingues; Merighi (2010), a capacidade de interagir, formar vínculo, se dispor a conhecer o contexto e os aspectos emocionais que envolvem a situação de abortamento são fatores que favorecem o aconselhamento e orientação da mulher, para torná-la capaz de entender e aceitar sua condição clínica. Herrick et al. (2004) afirmam que há evidências de que, quando as mulheres ou seus familiares tratam suas necessidades emocionais, conforme estas vão surgindo, experimentam, a longo prazo, menos dificuldades psicológicas.

Em contrapartida, os distúrbios emocionais como tristeza e depressão, quando não diagnosticados e tratados, podem durar anos, após o aborto (SWANSON et al., 2009). Como o apoio emocional faz parte das ações independentes da enfermagem, durante a avaliação do estado de saúde, o enfermeiro deve estar atento às falas e às expressões verbais de ansiedade, aos sentimentos de solidão, baixa autoestima, de culpa e de falta de apoio e fazer o encaminhamento para um profissional responsável (MULENS, 2009).

Outra extensão do aconselhamento envolve as atividades de **orientações, serviço de contracepção, planejamento familiar e assistência reprodutiva**, sobretudo, durante a hospitalização, para aquelas que desejam evitar uma próxima gravidez, tendo em vista que o retorno da fertilidade acontece imediatamente após o aborto e, muitas vezes, este é o único contato de muitas pacientes com o sistema de saúde (HERRICK et al., 2004; BRASIL, 2011a). Outra justificativa para a inclusão de orientações e disponibilização dos métodos contraceptivos, durante o tratamento pós-aborto, se ampara em evidências, em que a maior parte dos abortos induzidos é derivada da ausência do uso de contraceptivos ou uso errado (NALWADDA et al., 2011; SEDGH et al., 2012).

No contexto internacional, David et al. (2007) e Nalwaldda et al. (2011) mostram que a ênfase já vem sendo dada ao planejamento familiar, por meio de cursos, capacitações e

treinamentos para os profissionais de saúde. Sendo assim, é possível considerar que estes autores estão descortinando as possíveis causas que levam uma mulher a não conseguir planejar sua vida reprodutiva, expondo-se ao risco de gravidezes indesejadas e de abortos inseguros. Para SINGH et al., (2009) o uso efetivo de contraceptivo é o principal fator que pode incidir de maneira direta na redução do índice de gravidezes não planejadas.

Contudo, não é suficiente somente disponibilizar métodos contraceptivos. A orientação para o planejamento familiar engloba todo o processo de interação, troca de informações, conhecimento do contexto e intenções reprodutivas da mulher. Todavia, Winikoff e Sheldon (2012) referiram que o uso de contraceptivos não elimina totalmente a gravidez não planejada, pois, a cada ano, em média, 27 milhões de gestações indesejadas ocorrem como resultado de falha do método ou uso ineficaz, dos quais cerca de 6 milhões acontecem, mesmo que o método contraceptivo tenha sido usado corretamente.

Assim, além da expansão de serviços de atendimento pós-aborto, Winikoff e Sheldon, (2012) Sedgh et al. (2012) citam a **descriminalização**, o **acesso a medicamentos** como misoprostol e **contraceptivo de emergência**, como possível estratégia para diminuir os agravos à saúde reprodutiva e colaborar para a diminuição das mortes maternas derivadas de complicações de causas evitáveis como o aborto inseguro. Seguindo este percurso, Nalwadda et al. (2011) assinalaram que, entre as estratégias para evitar a exposição da mulher à gravidez não planejada, está a **garantia da disponibilidade dos contraceptivos** nos serviços de saúde. Segundo estes autores, muitas mulheres relataram falta do método de escolha, em muitos dos serviços de saúde. Também mencionaram que a logística prejudica as mulheres mais vulneráveis, pois algumas referem que o alto custo do transporte para acessar os serviços de contracepção restringe a busca pelo medicamento, dentro do tempo hábil.

Desta forma, Nalwadda et al. (2011) propõem como estratégia de gestão das políticas de saúde, a alocação de ambulatórios em locais estratégicos, acessíveis à população que vive nas periferias e longe dos recursos públicos. Da mesma forma, disponibilidade constante de métodos de baixo custo, eficazes e de ação prolongada para contemplar um maior número possível de usuárias, bem como aumentar o número de serviços de saúde que atendam as mulheres em situação de aborto.

Por fim, Swanson et al. (2009) citaram o acompanhamento da mulher e seu parceiro durante, pelo menos, um ano após a internação por complicações de aborto. Justificaram esta ação, por considerar que problemas mentais podem surgir em longo prazo, independentemente se o aborto foi natural ou provocado. Sensações de perda e culpa podem

afetar a mulher ou o casal e, se identificados os sinais e sintomas precocemente, sofrimentos maiores poderão ser evitados.

Portanto, diante desta revisão, cabe afirmar que o cuidado centrado no sujeito, permite ao profissional de saúde conhecer as reais necessidades da mulher que abortou. A enfermeira, sendo a responsável por gerenciar o cuidado, durante a permanência da mulher no hospital, tem condições de organizar o trabalho da equipe para que seja possível adequar o cuidado terapêutico às atividades educativas, visando a estimular a mulher para que se sinta encorajada a cuidar de si. Estas ações têm respaldo nas políticas públicas destacadas, anteriormente, e despontam como estratégias resolutivas para a diminuição da demanda por sequelas de aborto repetido.

4. CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do Estudo

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, a qual envolveu o “estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos, sentem e pensam” (MINAYO, 2008, p. 57). Também, tem caráter exploratório-descritivo, pois visou a aprofundar e adquirir maior familiaridade sobre o tema pesquisado, ao mesmo tempo que pretendeu expor, com precisão, os fatos e fenômenos presentes na realidade pesquisada (TRIVIÑOS, 2008).

4.2 Local do Estudo

O presente estudo teve como cenário investigativo a Maternidade e o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Júnior (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande¹³- RS. O HU é um hospital de médio porte e de alta complexidade que comporta 185 leitos, distribuídos em diferentes unidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Maternidade, Convênios, Serviço de Pronto Atendimento, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva Geral, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade Intermediária Pediátrica, Hemodiálise, Serviço de Estomaterapia, Laboratório de Análises Clínicas e Carga Viral, Imagenologia, Hospital Dia AIDS Adulto e Pediátrico e Hospital Dia de Doenças Crônicas.

Esta instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança desde 2002, sendo referência para gestão de risco, na área da 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, abrangendo os municípios de Rio Grande, Pelotas, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar, Chuí, Bagé e Dom Pedrito. Também, é referência para o tratamento da AIDS e do Diabetes. Seu quadro funcional é composto, em sua grande maioria, por servidores públicos federais concursados (Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais,

¹³O município do Rio grande localiza-se na planície costeira sul do Estado do Rio Grande do Sul, tendo limites ao Norte o Município de Pelotas e Lagoa dos Patos; a Leste – Oceano Atlântico e Canal do Rio Grande; a Oeste – Municípios de Capão do Leão e Arroio Grande, e a Lagoa Mirim – ao sul – Município de Santa Vitória do Palmar. Sua extensão é de 3.338,35Km. De colonização portuguesa, a cidade foi fundada pelo brigadeiro José da Silva Paes, em 19 de fevereiro de 1737, sendo o município mais antigo do estado, elevado à categoria de cidade em 1835. Sua população está estimada em 200 mil habitantes. Disponível em <http://www.riograndevirtual.com.br>.

Fisioterapeutas, Nutricionistas, Farmacêuticos e outros técnicos administrativos) e alguns contratados pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino do Rio Grande (FAHERG).

A Maternidade do HU/FURG, desde sua construção, em 1993, aderiu ao Sistema de Alojamento Conjunto. Sua área física é composta por um posto de enfermagem, uma copa, uma sala de banho para o recém-nascido, um expurgo, um banheiro para uso dos funcionários, uma sala para registro no prontuário da paciente. O quadro funcional atuante neste espaço de trabalho é composto por uma enfermeira e cinco técnicas/auxiliares de enfermagem, em cada turno diurno de 6 horas e noturno de 12 horas, ao todo são quatro enfermeiras e 20 técnicos de enfermagem. Um a dois médicos (preceptor e residente), em geral, por plantão de 12 horas, além de outros funcionários como os de fisioterapia, psicologia, nutrição e higienização.

Por sua vez, o Centro Obstétrico do HU/FURG, em funcionamento desde 1992, localiza-se no andar térreo do hospital, ao lado do centro cirúrgico. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários, funcionando 24 horas/dia, de forma contínua. A equipe de saúde atuante nesta unidade é composta por uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho, manhã e tarde, totalizando quatro enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem. O turno da noite é realizado em esquema de 12/36 horas para a equipe de enfermagem; e plantão médico de 24 horas, sendo atualmente a equipe médica composta por nove médicos concursados, oito médicos contratados e dois médicos residentes.

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos deste estudo foram 19 profissionais de enfermagem que trabalhavam na maternidade e centro obstétrico do HU/FURG e que aceitaram espontaneamente participar desta pesquisa.

4.4 Procedimentos para a Coleta de Dados

Inicialmente, foi solicitada autorização à direção do hospital HU/FURG e, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS), os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, contendo perguntas abertas, em que os entrevistados tiveram a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2008).

As entrevistas semiestruturadas foram agendadas com os profissionais de enfermagem e realizadas, em locais e horários, previamente acordados, no decorrer do mês de novembro de 2012. Os depoimentos foram registrados, por meio do uso de gravador de voz, buscando assim maior fidedignidade das falas, sendo, logo após, transcritos.

4.5 Análise e Interpretação dos Dados

O processo de análise dos dados foi realizado, por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), estratégia metodológica discursiva que possibilitou reconstruir, com recortes dos distintos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, os discursos-síntese julgados necessários para expressar o pensar ou a representação social dos participantes do estudo sobre o fenômeno investigado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Da mesma forma, a análise foi fundamentada nas normas e diretrizes das políticas públicas recomendadas pelo Ministério da Saúde quanto à humanização da atenção ao abortamento, articulando com as ideias dos autores de produções relevantes à temática.

Para análise e tabulação dos dados, foram empregadas três figuras metodológicas: As Expressões-Chave (E-Ch), que revelaram a essência dos depoimentos; as Idéias Centrais (IC), que descreviam o sentido presente nas expressões-chaves e o discurso do sujeito coletivo (DSC) que é um discurso síntese, redigido na primeira pessoa do singular e elaborado com os mais significativos extratos de depoimentos de sentido semelhante.

Para chegar ao discurso síntese, foram utilizados os instrumentos de análise de discurso - IAD1 (Apêndice A) e IAD2 (Apêndice B). No IAD1, foram transcritas as E-Ch identificadas em cada entrevista, que expressaram os eixos definidos para análise. Após esta transcrição, foram destacadas as ICs de cada E-Ch. No IAD2, as E-Ch de todas as entrevistas que se referem às IC destacadas foram agrupadas e transcritas, literalmente, dando origem a um DSC para cada IC. Para a formulação do DSC, foram agrupadas as E-Ch, de maneira que formassem um discurso coerente. Para tanto, foram utilizados conectores, a fim de dar sentido ao DSC, sem que isso alterasse a estrutura das frases elaboradas pelos sujeitos.

4.6 Princípios Éticos

Em respeito aos aspectos éticos, conforme recomenda a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS (BRASIL, 1996), que normatiza as pesquisas envolvendo

seres humanos, o projeto deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande – CEPAS/FURG para análise e julgamento, recebendo parecer positivo, no dia primeiro de novembro de 2012, sob o nº 101/2012 (anexo A).

Os 19 profissionais de enfermagem que aceitaram participar desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A fim de manter o anonimato, os entrevistados foram identificados com a inicial da categoria mais a sequência numérica das entrevistas.

Durante a realização desta pesquisa, os dados (instrumentos de coleta, CDs e consentimentos) permaneceram sob a confiança da pesquisadora responsável. Após, os dados ficarão guardados por cinco anos, para que se assegure a validade do estudo, em caixa lacrada, na Secretaria da Escola de Enfermagem da FURG, vinculado à Escola de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGENF/FURG, em local seguro sob a supervisão do professor orientador desta pesquisa. Depois deste período, serão incinerados.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como forma de mostrar os achados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos. O primeiro, intitulado “**Percepções da enfermagem sobre a gestão e a realização do cuidado no abortamento: estudo exploratório-descritivo**” foi elaborado de acordo com as normas da Revista Online Brazilian Journal of Nursing. Tal artigo teve por objetivo conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento.

O segundo artigo, intitulado “**Cuidado integral ao abortamento e ações de promoção da saúde reprodutiva durante a hospitalização**”, foi elaborado conforme as instruções aos autores da Revista Anna Nery. Esta produção teve por objetivo identificar o que os profissionais de enfermagem pensam a respeito do cuidado centrado nas necessidades integrais e da realização de aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção a saúde.

5.1 ARTIGO 1

**PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM SOBRE GESTÃO E CUIDADO NO
ABORTAMENTO: ESTUDO EXPLORATORIO DESCRITIVO¹⁴**PERCEPTIONS ABOUT THE MANAGEMENT AND THE ACHIEVEMENT OF
CARE TO WOMEN UNDERGOING ABORTIONPERCEPCIONES SOBRE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS MUJERES
SOMETIDAS A ABORTOIvanete da Silva Santiago Strefling¹⁵Wilson Danilo Lunardi Filho¹⁶**RESUMO**

Objetivo: Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado de enfermagem proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento. **Métodos:** Estudo qualitativo, realizado na unidade de internação obstétrica de um Hospital Universitário do extremo Sul do Brasil, por meio de entrevista semiestruturada com 19 profissionais de enfermagem. Para análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os discursos mostraram-se ambíguos, em relação ao planejamento, gestão e execução do cuidado. Alguns deixam implícitas a interferência do comportamento discriminatório e a pouca interação do profissional com a mulher, resultando na organização do cuidado focado nos aspectos clínicos. Outros consideram prestar um bom atendimento, independentemente da etiologia do aborto, apontando algumas iniciativas humanizadas como apoio emocional e provisão de um ambiente terapêutico privativo. **Conclusão:** garantir os direitos sexuais e reprodutivos depende da articulação entre a gestão e as atividades assistenciais da enfermagem.

Descritores: Aborto. Cuidados de enfermagem. Gestão em saúde. Políticas de saúde.

INTRODUÇÃO

¹⁴ Artigo formatado conforme as normas da Revista Online Brazilian Journal of Nursing disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/index>.

¹⁵ Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

¹⁶ Doutor em enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/RS.

O aborto suscita calorosas discussões, na sociedade como um todo. Entretanto, ainda é vastamente praticado, apresentando-se, assim, como um desafio complexo para os profissionais de saúde, pois se trata de uma situação limite, que envolve questões de vida ou morte. Segundo o Relatório sobre a Situação da População Mundial 2012¹, a estimativa é que ocorreriam em torno de 80 milhões de gravidezes indesejadas, no mundo em desenvolvimento, em 2012, e 40 milhões delas, provavelmente, terminariam em aborto. Pela manutenção da legislação restritiva ou ilegalidade de sua realização, em diversos países, muitas mulheres, em decorrência de gravidezes não planejadas e indesejáveis, recorrem às práticas inseguras para interromper a gestação, constituindo esta condição como a causa base de cerca de 13% das mortes maternas².

Nas últimas décadas, a Organização das Nações Unidas promoveu diversas conferências mundiais para discutir a questão da saúde da mulher, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. No decorrer das conferências ocorridas no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995, os governantes dos Estados participantes assumiram o compromisso de prestar atenção de qualidade a todas as mulheres para que, até 2015, consigam exercer tais direitos. No entanto, o alcance desta meta depende da efetivação das políticas públicas de saúde à mulher³.

No Brasil, a temática do aborto passou a ser considerada prioridade de atenção, desde 2007. Ao ser este tema reconhecido como uma questão de saúde pública, precisa ser enfrentado coletivamente. Isso conduz o discurso para além da moralidade e da legalidade, possibilitando o debate nos espaços dos serviços de saúde, entre gestores e profissionais, não somente no âmbito da saúde coletiva, mas, também, no ambiente hospitalar⁴.

Partindo deste entendimento, foi publicada, em 2005, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), a qual foi reeditada, em 2011, com diretrizes para auxiliar os profissionais e serviços de saúde a garantir os direitos humanos das mulheres, dentre eles, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Esta norma traz a proposta de acolhimento, orientação e atenção clínica à usuária, procurando estabelecer a confiança, deixando de lado o julgamento, a discriminação, os preceitos morais e

religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de tomada de decisão da mulher⁵.

O plano de como aplicar estas diretrizes constitui-se em um processo de gestão dos cuidados. No entanto, o êxito na sua implementação depende da capacidade relacional profissional/usuária, em que se considere a mulher como o sujeito do cuidado e suas necessidades como norteadoras das ações.

No hospital, local geralmente recorrido pelas mulheres em abortamento, o enfermeiro tem sido responsável pela organização e coordenação das atividades assistenciais e pela viabilização de recursos, sejam eles de natureza material, humana e/ou organizacional, para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e da equipe de saúde atuem⁶.

A opção por investigar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a gestão do cuidado à mulher em processo de abortamento justifica-se, uma vez que a gestão serve como ferramenta para o processo de cuidar, no qual gerenciar e cuidar estão interligados e a qualidade da assistência consiste na troca de informações, ideias e percepções que contribuem para o desenvolvimento de ações coordenadas, minimizando as diferenças e aproximando os membros das equipes de saúde, em prol da mesma finalidade⁷.

Ao analisar a produção científica sobre a temática, constatou-se que poucos estudos têm abordado a perspectiva dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado no abortamento. A grande maioria das publicações traz as percepções das mulheres, sobre o atendimento recebido. Assim, frente ao exposto, o presente estudo teve como objetivo conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado de enfermagem proporcionado às mulheres hospitalizadas por complicações decorrentes de abortamento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo, pois possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o tema estudado e a exposição das percepções e

opiniões dos sujeitos, da pesquisa, sobre a realidade vivenciada. Os locais do estudo foram o centro obstétrico e a unidade de internação obstétrica de um hospital público situado no sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Constituíram sujeitos desta pesquisa 19 profissionais de enfermagem (sete Enfermeiros e 12 Técnicos de Enfermagem) que cuidam de mulheres em situação de abortamento e que aceitaram, espontaneamente, contribuir para esta investigação, assinando o termo de consentimento livre esclarecido e autorizando a gravação das entrevistas. O número total de participantes foi delimitado pelo número de entrevistas que possibilitou atingir a compreensão do fenômeno estudado, caracterizado pela repetição das falas.

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de novembro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, contendo a seguinte questão: Como você percebe a gestão e a realização do cuidado de enfermagem que é prestado à mulher que interna por abortamento?

A interpretação dos dados foi feita com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que possibilitou reconstruir, com recortes de distintos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, os discursos-síntese julgados necessários para expressar o pensamento coletivo, dos participantes deste estudo, sobre o fenômeno investigado¹⁴. A análise foi fundamentada nas diretrizes e recomendações das políticas indicadas pelo Ministério da Saúde quanto à humanização da atenção ao abortamento, articulando com as ideias dos autores de produções relevantes à temática.

Foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal Rio Grande – FURG, sob o Parecer nº 101/2012.

RESULTADOS

As percepções dos profissionais de enfermagem, atuantes na unidade de internação obstétrica do hospital pesquisado, sobre a gestão e a realização do cuidado de enfermagem que é proporcionado à mulher hospitalizada por abortamento, são

apresentadas a seguir, na forma de Discursos do Sujeito Coletivo - DSC, constituídos por categorias de Ideias Centrais.

IC – gestão/realização do cuidado influenciada por julgamento de valores.

DSC: *Eu acho deficitário, porque é uma temática que envolve julgamento de valores. As pessoas pré-julgam. Se foi induzido, tem uma certa rejeição, que é expressa, por meio de comentários como: Ah! Abortou? Agora, vou deixar de lado. Senão, o tratamento é como qualquer outro. Mas, no âmbito geral, depende de como foi. Não é muito bom. Eu falo por mim: se foi provocado, eu não consigo sorrir muito e o cuidado é realizado, de acordo com aquilo que a pessoa acha. Então, tem que ter muito cuidado para lidar com esta situação. Não se aprofunda muito o assunto. A gente dá assistência, mas não fica perguntando muito, pois se acredita que esta mulher não está preparada para falar. Não é uma discriminação de não cuidar da paciente, mas tu ficas receosa do como falar. Percebo que, apesar de o cuidado, em si, ser o mesmo para todas as pacientes, muitos profissionais demonstram tratamento diferente, ao atender situações de abortamento. Não estão preparados para conversar.*

IC: Gestão/realização do cuidado influenciada pelos aspectos socioculturais

DSC: *Eu sinto, de maneira geral, que existe um constrangimento. São pacientes que, às vezes, não são muito cooperativas. Relutam em fazer a medicação, ficam rebeldes, chegam perturbadas, querem ir embora, de uma hora para outra, fogem do hospital e nós, como gestores dos cuidados, ficamos numa situação difícil. Em relação ao relacionamento com a equipe, depende do grau de instrução de cada paciente, da comunidade que vem... Tem muitas pacientes que são revoltadas porque são revoltadas e, quando acontece alguma coisa, descontam em quem está por perto. Tem, também, aquelas pessoas que induzem o aborto e, após, se arrependem. Umas são religiosas e acham que vão pagar por isso. Outras induziram, devido à questão financeira. Então, a dificuldade maior é que, às vezes, a gente não sabe usar a expressão correta. A gente não pode dizer: ah! Fizeste e, agora, vai se arrepender, por quê? O arrependimento faz parte do ser humano. Outras vezes, não é provocado. Aí, elas choram, sentem muito o bebê perdido, ficam mais tristes, deprimidas. É difícil, nas duas situações! Fora isso, acho complicado conversar, quando tem familiar por perto. Porque, muitas vezes, elas têm pavor que os familiares saibam que foi um aborto provocado. Tu nunca sabes o que a paciente falou para o familiar. Tu vais revelar as coisas, ali, e não sabe o que o familiar sabe desta verdade.*

IC – Gestão/realização do cuidado focada na atenção clínica.

DSC: *Em primeiro lugar, busca-se o risco à vida da paciente. A gente presta todos aqueles cuidados práticos, observa como estão os sinais vitais. Nesta avaliação, vai ser visto se o colo está aberto, se ela não está sangrando. Se já é uma gestação mais adiantada, dá para fazer ultrassom, para ver se o bebê tem batimentos fetais ou não. Os primeiros cuidados são estes, que fazem parte da rotina diária. Quando o aborto foi provocado, tem que ficar de olho porque tem que ver se ela expeliu o bebê e se o colo está fechando.*

IC - a gestão/realização do cuidado: semelhante para todas as mulheres

DSC: *Eu acho que o cuidado é bom, é bem tranquilo. Está bem diferente de antes, quando os profissionais eram mais resistentes, agiam com mais frieza. Eu já trabalhei em pronto socorro, onde a gente pegava as pessoas e botava no soro, levava para fazer cureta e elas iam embora, para casa, e ninguém se preocupava não. Então, eu acho que o cuidado aqui está muito bom. Não tem um cuidado especial, mas a gente tenta prestar o máximo de segurança para elas, no aspecto psicológico, no aspecto físico. A gente conversa com elas, faz os procedimentos técnicos e dá auxílio emocional. Quando o aborto é provocado, tem aquelas que não ficam muito preocupadas e tem aquelas que vêm demolidas. Para estas, a gente tenta dar um suporte psicológico maior: fica em volta, conversa. Normalmente, elas se abrem e contam como aconteceu. Aí, a gente tenta instruir, que é para a saúde delas, que elas colocam suas vidas em risco. Sempre tem que melhorar, mas, não se pode dizer que é um péssimo serviço. É bom.*

IC: gestão/realização do cuidado: ênfase nos aspectos psicoemocionais

DSC: *Na maioria das vezes, o cuidado é centrado na parte emocional, no apoio psicológico. A gente tenta conversar com elas, orientar, ficar junto, mas, a questão da escuta é muito vaga, porque tem momento que é melhor a gente ficar só escutando. O que a gente vai falar? Às vezes, elas choram muito. Às vezes, não querem a nossa presença, outras vezes, querem atenção. Então, tem que ter muito cuidado para lidar com esta situação. Se observar e ver que a coisa está ficando séria, que a paciente está ficando muito deprimida, a gente chama um profissional da psicologia para ficar junto, para ter um "papo" mais aprofundado, que a gente não consegue dar. Aquelas que não provocaram, querem aquele cuidado, porque é como se um sonho fosse embora. Mas, se for o contrário? De repente, elas precisam de um cuidado psicológico, um carinho. A gente tem que cuidar porque elas vêm com uma bagagem e a gente não consegue dar a atenção que elas precisam. Por isso, eu acho que teria que ter um acompanhamento psicológico, um maior comprometimento com esta paciente para ela não sentir dor, para que ela possa ficar confortável.*

IC: A gestão/realização do cuidado: tranquilo, as mulheres não exigem nada.

DSC: *Para mim, é tranquilo, porque já trabalhei bastante com mulheres. Eu parto da visão de que cada uma faz o que quer. A vida é sua e eu não estou aqui para julgar, só para atender. Eu acho fácil de cuidar porque eu gosto muito de conversar. Falo daqui, dali e elas ficam no cantinho delas, dão menos trabalho, não te cobram nada, porém, elas dão limite e, quando eu percebo, eu paro ali. Frequentemente, elas dão abertura, pedem pra conversar, dizem que já pediram laqueadura e não fazem e tu não podes fazer nada, porque tudo é uma burocracia. Agora, quando o aborto foi espontâneo, elas ficam mais chorosas, perturbadas, porque queriam a gravidez, mas estas são fáceis de chegar, se abrem e a gente dá conselho.*

IC: Ambiência

DSC: *Aqui, é bem tranquilo. Uma coisa que a gente prioriza, na organização do serviço, é de não deixar a gestante ou puérpera junto com as que abortaram, porque tu nunca sabes. Quer dizer, algumas vezes, tu até sabes que podes causar um sofrimento, aumentar a tristeza daquela mãe que perdeu o filho, por ficar junto com a mãe que está amamentando. Como algumas têm aborto natural e outras induzem, a gente tenta prevenir para que elas não fiquem traumatizadas. Agora, quando as enfermarias estão muito "lotadas", a tendência é colocar as mães que são HIV positivas e não estão amamentando, junto com as em abortamento. Mas, sempre, a gente prioriza uma unidade apenas para aborto, tanto para não gerar constrangimento quanto, também, pela questão de infecção.*

DISCUSSÃO

No primeiro **DSC – IC: Gestão do cuidado: influenciada por julgamento de valores**, os entrevistados percebem que tanto a gestão quanto a realização do cuidado são deficitárias, pois, devido a pré-concepções, nem todos os profissionais sentem-se preparados e à vontade para interagir. Conflitos de valores e falta de qualificação profissional são apontadas como justificativas para a fragmentação da assistência. Desta forma, o trabalhador realiza somente os procedimentos técnicos e cala-se, frente à mulher perdendo a oportunidade de criar vínculo e uma relação de empatia que favoreça o fornecimento de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado.

Os valores pessoais são importantes, mas cabe aos profissionais de saúde separar crenças pessoais das práticas profissionais, pois, as atitudes dos trabalhadores, em relação às mulheres têm peso considerável. Encontros positivos tendem a aumentar a satisfação das mulheres e torná-las mais inclinadas a confiar no profissional e buscar atenção, no caso de problemas de saúde futuros⁵.

Além da discriminação e juízo de valores, os entrevistados apontaram a dificuldade de comunicação e interação, no decorrer do atendimento. Conforme exposto no **DSC - IC: Gestão do cuidado influenciada pelos aspectos socioculturais**, o relacionamento interpessoal trabalhador/usuário é influenciado pelas diferenças culturais e socioeconômicas.

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, onde ocorrem os maiores índices de gestações não planejadas e onde não se tem acesso ao aborto seguro, as mulheres mais vulneráveis são aquelas que vivem em situação de pobreza e com dificuldade de acesso à informação e à educação. A vulnerabilidade socioeconômica pode gerar baixa autoestima nas mulheres, fator predisponente para a exposição a situações de riscos à sua saúde^{11,16}. A noção da ilegalidade para a maioria das situações de abortamento, também pode estar vinculada ao comportamento arredo das usuárias,

mesmo que o aborto tenha sido espontâneo, pois, às vezes, elas não conseguem perceber, no profissional, o atendimento acolhedor que elas necessitam.

O exposto nestes dois DSC discutidos corroboram resultados de outras pesquisas anteriormente realizadas^{9,11-12,16}, quanto aos problemas enfrentados pelas usuárias de serviços de saúde, incluindo, desde dificuldades de acesso a uma vaga para internação, falta de informações sobre as intervenções a serem realizadas, desconsideração quanto as necessidades das mulheres e a sua capacidade de compartilhar decisões, até situações de discriminação sofridas, durante a internação.

De acordo com pesquisa realizada para identificar o conhecimento dos profissionais de saúde, em relação à legislação brasileira sobre o aborto provocado, 7,5% dos profissionais de enfermagem desconhecem a legislação vigente¹⁰. O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a legislação e os aspectos éticos que estão relacionados ao aborto favorece uma assistência discriminatória, punitiva e prescritiva⁵. Esta deficiência, além de dificultar o cumprimento da lei, nos hospitais e serviços de saúde, também interfere na qualidade do planejamento e execução do cuidado às pacientes que abortam, conforme foi relatado pelos participantes desta pesquisa.

Como as atribuições da profissional enfermeiro consistem em planejar, assistir e educar, o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde, disposto na NTAHA, depende da organização do processo de trabalho. Neste sentido, compete à enfermeira da unidade aliar o conhecimento teórico às atividades práticas, disseminar informações sobre as leis em vigência aos trabalhadores e aos usuários; proporcionar capacitação técnica, científica e humanística à equipe de enfermagem, possibilitando a utilização de medidas terapêuticas adequadas e o emprego de tecnologias apropriadas para o tratamento seguro, qualificado e humano, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde^{2,10}.

Outra questão apontada em um dos DSC refere-se às relações familiares. Na maioria das vezes, a mulher enfrenta a situação de abortamento sozinha, ou porque foi abandonada pelo companheiro e/ou familiares de origem, ou porque, por decisão

pessoal, ela optou por interromper a gestação, assumindo o direito de decidir sobre seu corpo¹⁵. Porém, em alguns casos, a sensação da mulher, depois do aborto, é de alívio, mas, também, de vergonha porque, socialmente, este é um ato que fere a moral. Sendo assim, ela teme ser julgada pelas pessoas de seu contexto social, pelos profissionais de saúde e pela própria família¹⁷.

Entretanto, quando acontece o contrário (usuária estar acompanhada), os participantes mencionam este fato como um obstáculo para a interação, pois, como eles não sabem o grau de ciência do ocorrido pelo acompanhante, temem prejudicar o relacionamento entre profissional e a mulher e/ou entre a usuária e acompanhante. Neste caso, cabe aos trabalhadores de enfermagem partir da escuta ativa, oportunizando espaço e confiança para que a mulher possa quebrar o silêncio e falar de suas experiências⁵.

O profissional de enfermagem precisa pensar, falar e agir, de forma mais neutra possível, durante a interação clínica, e adaptar seu comportamento e linguagem, de acordo com as pistas fornecidas pela mulher¹⁵. Este é um momento importante para o trabalhador conhecer o contexto social e a situação de saúde da mulher e poder formular um plano de ação, conforme a demanda identificada, cumprindo o que propõem as políticas de humanização. O exposto, até o momento, reforça aspectos de que sensibilidade e habilidade de comunicação são ferramentas imprescindíveis, no processo de gestão de trabalho da enfermagem, com as quais se pode transformar a consciência individual e coletiva, articular teoria e prática e qualificar as ações da equipe⁶.

Porém, a realidade expressa pelos participantes e confirmada por outros autores demonstra que a presença de diversas barreiras tem dificultado a transformação desse modelo verticalizado. Nesta pesquisa, algumas declarações tornam visível que a formação profissional induz a gestão do cuidado proporcionado às mulheres, o qual resulta, muitas vezes, em práticas voltadas somente às necessidades clínicas, conforme o **DCS – IC: Gestão do cuidado focada na atenção clínica**.

Em geral, durante as práticas de saúde, incumbe aos profissionais de enfermagem visar a dois aspectos básicos. O primeiro é preservar, respeitar e

reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades das usuárias. O segundo aspecto é estar em conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores gerais. Para dar conta desses aspectos, o profissional de enfermagem necessita inserir-se nos mais variados espaços relacionais e interacionais, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas das mulheres para que sejam cuidadas de forma humana e integral¹⁸.

Seguindo este percurso, no **DSC-IC: a gestão do cuidado: semelhante para todas as mulheres**, os profissionais de enfermagem expõem uma visão positiva sobre a administração e a execução do cuidado prestado às mulheres internadas por complicações de abortamento. Esta conduta fundamenta-se na afirmativa de que há profissionais de saúde que reconhecem a problemática, ao mencionarem que a assistência não deve ser influenciada pela etiologia do aborto, pois tratam-se de relações humanas e que, independentemente do ato, a mulher merece ser tratada com dignidade¹⁰.

O que foi observado neste DSC, também foi referido em outro estudo, no qual as mulheres investigadas consideraram o atendimento recebido, durante sua hospitalização, adequado às suas necessidades, o que contribuiu para que se sentissem acolhidas e seguras⁽¹²⁾. Porém, mulheres com experiências negativas de internações anteriores têm expectativas de que serão mal tratadas, por terem abortado. Quando episódios específicos não se confirmam, elas sentem-se surpresas com a qualidade do atendimento e tendem a avaliar positivamente o serviço, privilegiando o restabelecimento da saúde física e a possibilidade de retomada da vida cotidiana, sobretudo, considerando o longo percurso que muitas vivenciaram¹¹.

Como a questão do aborto, por vezes, vem acompanhada de alterações psicológicas e mentais, no **DSC-IC: gestão do cuidado centrado nos aspectos psicoemocionais**, alguns profissionais entrevistados, atuantes nas duas unidades pesquisadas, apontaram algumas iniciativas (o apoio psicológico, o diálogo, a escuta) em busca da humanização na atenção ao abortamento. Considerando que problemas mentais poderão surgir em decorrência do aborto, independentemente, se a perda foi

natural ou provocada, a identificação dos sinais e sintomas, precocemente, possibilitará o encaminhamento da usuária para um profissional qualificado, evitando maiores sofrimentos¹⁹.

Ainda, em relação ao processo de cuidado, há participantes que consideram fácil atender a mulheres que abortaram, porque elas são mais acessíveis e pouco ou nada exigentes, conforme evidenciado no **DSC-IC: A gestão/realização do cuidado: tranquilo, as mulheres não exigem nada**. Este discurso, a princípio, parece refletir que o cuidado é planejado, gerido e executado, conforme o que é recomendado pelas políticas de saúde para a humanização da atenção. Porém, pelo fato das mulheres não possuírem muita expectativa quanto à qualidade dos cuidados prestados, elas podem ficar acuadas, não interagirem e contentarem-se com práticas de cuidado voltadas, sobretudo, à resolução das necessidades físicas. No entanto, por a mulher não expor suas dificuldades em relação ao planejamento familiar, isto pode estar contribuindo para a manutenção de altos índices de gravidezes não planejadas e consequentes abortamentos.

Como expressão de condutas discriminatórias, os participantes apontaram que, em casos de abortos espontâneos, o relacionamento é mais tranquilo, pois as mulheres expressam-se mais facilmente e o acolhimento e as orientações acontecem com maior naturalidade. Isto pode ser entendido como um reflexo cultural, em que tanto as mulheres quanto os profissionais sentem-se seguros, por não estarem transgredindo nenhuma norma legal ou moral.

Quanto à organização da unidade, no **DSC-IC: Ambiência**, os profissionais de enfermagem apontaram que destinar um quarto ou enfermaria específicos para mulheres em abortamento é um aspecto priorizado na administração do serviço, tanto pela questão da privacidade quanto para evitar infecções cruzadas. Porém, nem sempre esta situação é possível, devido à superlotação.

Segundo o Ministério da Saúde, um espaço acolhedor e privativo promove a sensação de bem-estar, propicia a interação profissional/usuária, ajuda na elaboração dos sentimentos, reduz a duração do período de internação, ao mesmo tempo permite

aos profissionais de saúde uma conduta mais próxima à realidade ou necessidades da mulher²⁰. Também, serve como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, pois promove a otimização de recursos, aumenta o bem estar dos trabalhadores e contribui para a redução de gastos¹⁶.

Portanto, a humanização do serviço de enfermagem implica a organização dessas unidades, adequando-as como ambientes acolhedores e confortáveis, que privilegiem a privacidade e o emprego de habilidades comunicativas, para a efetivação do cuidado prestado por profissionais qualificados e comprometidos com a qualidade do atendimento às mulheres internadas por aborto.

CONCLUSÃO

As percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e realização do cuidado proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento, objeto desta pesquisa, aponta para uma visão ambígua em relação ao planejamento, gestão e execução do cuidado. Por um lado, os discursos deixam implícitas a interferência do comportamento discriminatório e a pouca interação do profissional com a mulher, o que resulta na organização do atendimento focado nos aspectos clínicos e na fragmentação da assistência.

Por outro lado, em outras categorias de DSC, percebe-se que tem profissionais de enfermagem que consideram prestar um bom atendimento, independentemente da etiologia do aborto, apontando alguns aspectos humanizados como a escuta, o apoio psicológico e o provimento de um ambiente terapêutico exclusivo e separado das demais pacientes.

No entanto, para alcançar a meta de que todas as mulheres tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, é preciso que haja uma mudança no processo de trabalho da enfermagem, no ambiente hospitalar, para que a gestão seja articulada com as atividades assistenciais, de modo que os saberes e os fazeres se multipliquem, transversalmente, produzindo efeitos nas relações profissionais, terapêuticas e institucionais. Para isso, é necessário que a enfermeira e sua equipe se desvencilhem de

estereótipos presentes na nossa cultura, no que tange ao aborto e considerem a subjetividade de cada mulher. Estas concepções devem ser abordadas tanto na formação profissional quanto por meio da qualificação constante dos trabalhadores para que, ao se depararem com situações de abortamento, não fiquem apreensivos, sem saber como agir, diante da problemática, conforme foi discorrido pelos entrevistados.

Os resultados desta pesquisa mostram-se relevantes para que os profissionais e estudantes de enfermagem possam refletir sobre o cuidado, que precisa ir além dos conhecimentos técnicos e científicos, envolvendo percepções, sentimentos, comportamentos éticos, articulação das ações de planejar, gerenciar e cuidar, entre outros. Estes resultados também podem contribuir para a aquisição de informações, fornecendo subsídios ao planejamento e gestão de condutas adequadas à situação vivenciada por cada mulher que vivencia o aborto.

REFERÊNCIAS

1. Singh S, Darroch J. Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services- Estimates for 2012. Nova York: Guttmacher Institute e Fundo de População das Nações Unidas; 2012.
2. Domingos SRF, Merhigui MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. Esc Anna Nery Ver Enferm. 2010, 14(1): 177-81.
3. Unfpa, Relatório sobre a situação da população mundial 2012. Por escolha, não por acaso: Planejamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento; 2012.
4. Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. Rev Esc Enferm USP. 2012, 46(4): 914-21.
5. Brasil, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica, 2. ed – Brasília, 2011.
6. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2010, 31(2):359-66.
7. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev Esc Enferm USP. 2012, 46(3):734-41.
8. Gesteira SMA, Diniz NMF, Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2008, 21(3): 449-53.

9. Strefling ISS, Vasconcellos FC. A ética na enfermagem frente às situações de abortamento: uma revisão integrativa da literatura. Pelotas, 2010. 68p. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Graduação em Enfermagem, Universidade Católica de Pelotas – UCPel; Pelotas. 2010.
10. Benute GR, Nonnenmacher D, Nomura RM, Lucia MC, Zugaib M. Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012, 34(2): 69-73.
11. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves S, Valongueiro AMCC. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Ciênc. saúde coletiva. 2012, 17(7): 1765-76.
12. Bazotti KD, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. Texto Contexto Enferm. 2009, 18(1): 147-54.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed, Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.
15. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivência e cuidado no abortamento espontâneo: um estudo qualitativo. braz. J. nurs.(Online). 2011, 10(2).
16. Mariutti MG, Almeida, AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. Rev Lat Am Enfermagem. 2007, 15(1): 20-26.
17. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Texto contexto - enferm. 2011, 20(4): 742 - 730.
18. Backes DS, Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. Ciênc. cuid. Saúde. 2008, 7(3):319-26.
19. Swanson KM, Chen HT, Graham JC, Wojnar DM, Petras AJ. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. J Womens Health (Larchmt). 2009, 18(8): 1245-57.
20. Mulens RI. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. Rev haban cienc méd [online]. 2009, 8(3): 0-0.

5.2 ARTIGO 2

CUIDADO INTEGRAL NO ABORTAMENTO E AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REPRODUTIVA DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

Cuidado completo en acciones de promoción de salud reproductiva y aborto durante la hospitalización

Full care in abortion and reproductive health promotion actions during hospitalization

Ivanete da Silva Santiago Strefling¹⁷, Wilson Danilo Lunardi Filho¹⁸

RESUMO

Pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi identificar a percepção dos profissionais de enfermagem a respeito do cuidado integral à mulher que abortou e acerca do aconselhamento como estratégia de promoção da saúde reprodutiva. Realizada, em novembro de 2012, com entrevistas semiestruturadas junto a 19 profissionais de enfermagem que cuidavam de mulheres internadas por abortamento, em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Para análise dos dados, empregou-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. Nos resultados, ideias centrais apontam que o cuidado integral é visualizado a partir da imparcialidade e influenciado pelo aparente comodismo e descompromisso com a qualidade do atendimento. Atividades educativas como o aconselhamento reprodutivo, quando ocorrem, são comprometidas pela dificuldade dos trabalhadores em adotar novas tecnologias de ensino-aprendizagem que tornem a mulher ativa no processo de planejar sua família. Salienta-se a importância de capacitações contínuas e investimentos na formação dos novos profissionais para potencialização do cuidado integral e resolutivo.

Palavras-chave: Aborto; Cuidado integral; Promoção da saúde reprodutiva; Enfermagem.

RESUMEN

Investigación cualitativa cuyo objetivo fue identificar la percepción de enfermería profesionales de atención integral a la mujer que abortó y asesoramiento como estrategia de promoción de la salud reproductiva. En noviembre de 2012, entrevistas semiestruturadas con

¹⁷Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio grande – RS. Email: ivanete25@gmail.com.

¹⁸Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande - RS. Email: lunardifilho@terra.com.br.

los 19 enfermería profesionales que cuidaron de las mujeres hospitalizadas por aborto en un Hospital de la Universidad en el sur de Brasil. Para análisis de datos, se empleó la metodología del discurso del sujeto colectivo. Ideas centrales en los resultados, demuestran que la integral es muestra de la imparcialidad e influenciada por la aparente comodidad y la separación con la calidad de la atención. Actividades educativas como asesoramiento reproductivo, cuando ocurren, están en peligro por la dificultad de los trabajadores en la adopción de nuevas de enseñanza y aprendizaje de tecnologías para hacer que la mujer activa en el proceso de planificación de su familia. Destaca la importancia de la formación continua y la inversiones en la formación de nuevos profesionales para mejorar la atención integral y resolutiva.

Palabras clave: Aborto; Cuidado integral; Promoción de la salud reproductiva; Enfermería.

ABSTRACT

Qualitative research whose objective was to identify the nursing professionals think about integral care and reproductive advice as reproductive health promotion strategy. Semi-structured interviews were conducted with 19 nursing professionals who care for women hospitalized for abortion, maternity and obstetric service of a university hospital in the far south of Brazil. For data analysis, employed the methodology of the Collective subject discourse. Central ideas in the results, show that the integral is displayed from the impartiality and influenced by the apparent convenience and disengagement with the quality of attention. Educational activities as reproductive counselling when they occur, are compromised by workers difficulty in adopting new teaching and learning technologies to make the woman active in the process of planning your family. So, we stress the importance of continuous qualifications and investments in the training of new professionals to enhance comprehensive care and Resolutive.

Keywords: Abortion; Full care; Reproductive health promotion; Nursing.

INTRODUÇÃO

No decorrer do século XX, sobretudo, no período da transição democrática, diversas transformações ocorreram no contexto da saúde pública no Brasil. Dentre estas transformações, destacam-se as conquistas dos movimentos sociais e grupos feministas sobre

o direito à atenção integral na saúde da mulher. Estas conquistas são garantidas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio de programas e políticas que trazem, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e buscam consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar e na atenção ao abortamento¹.

No que tange, especificamente, às situações de abortamento, sua prática se expressa pela desigualdade social, pois, embora as mulheres compartilhem da mesma situação de ilegalidade, na maioria dos países em desenvolvimento, grande parte da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que, frequentemente, se complicam e acarretam mortes maternas². No Brasil, de acordo com o art. 128 do Código Penal de 1940, somente é permitido praticar aborto nos casos de risco à vida da mãe e de gestação derivada de violência sexual². No ano de 2012, o Superior Tribunal Federal aprovou a interrupção de gestações de fetos anencéfalos.

Porém, evidências científicas apontam que a maioria dos abortos resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação e/ou dificuldades de acesso aos métodos anticoncepcionais, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde³⁻⁴. Tais falhas repercutem na vida pessoal, familiar e social das mulheres, além de sobrecarregar o sistema de saúde e elevar os custos com o tratamento das complicações^{5,7,8}.

Ao considerar a gravidez não planejada como principal desencadeadora do abortamento, supõe-se ser essencial vincular a atenção pós-aborto aos serviços de planejamento familiar e a outras medidas de promoção da saúde reprodutiva⁹. Tal assertiva vai ao encontro de diversos estudos realizados na América Latina, nos últimos anos, que expressam a necessidade de intervenções tanto para melhorar a qualidade dos cuidados no

pós-abortamento quanto para diminuir os altos índices de mortalidade materna por esta causa^{5,8}.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) tem empenhado esforços para oferecer aos profissionais de saúde subsídios para que possam desempenhar, além de ações imediatas para tratar de complicações que acarretam risco à saúde e à vida das mulheres, disponibilizar alternativas contraceptivas, prevenindo a ocorrência de gravidezes não planejadas, com vistas a evitar abortos repetidos². Esta medida preventiva, segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento (NTAHA)², é aconselhada, tanto nos casos de aborto induzido quanto nos espontâneos, pois, em ambos, o retorno da fertilidade é imediato e o organismo feminino precisa restabelecer-se, antes de ocorrer uma nova gestação.

Ainda, no contexto da integralidade, salienta-se a importância do acolhimento e da orientação, pois, para a mulher que chega ao serviço de saúde em processo de abortamento, sua experiência, além de física, é emocional e social. As dificuldades em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliadas ao medo, à vergonha e ao difícil acesso aos serviços de saúde constituem fatores que podem levar a mulher a retardar a busca por atendimento e pelas informações necessárias ao direcionamento das escolhas mais adequadas ao seu contexto e momento de vida².

De acordo com estudo que buscou descrever as características dos abortamentos, o local mais procurado para atendimento de complicações no processo abortivo é o hospital⁹. Frente a estas condições, o aconselhamento reprodutivo desponta como uma tecnologia comunicativa que facilita a interação e troca de informações, podendo trazer resultados satisfatórios^{3,5}, sobretudo, quando este processo comunicativo ocorre durante o período de hospitalização das mulheres que abortaram¹⁰.

Neste campo de atuação profissional, a identificação das reais dificuldades são atribuições de toda a equipe de saúde. No entanto, os profissionais de enfermagem, que estão

presentes durante todo o período de internação, têm maior oportunidade de conversar, escutar e identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais de cada mulher, podendo modificar o modelo de atenção, oferecendo às mulheres e à sociedade um novo paradigma, que torne as ações preventivas seguras, sustentáveis e efetivas².

Todavia, no contexto brasileiro, a inclusão do aconselhamento reprodutivo no pós-abortamento e/ou referenciamento para continuidade do acompanhamento nas redes de atenção básica, não são ações incluídas nos planos de cuidado dos profissionais de enfermagem. Por consequência desta lacuna, ao avaliar os possíveis fatores relacionados à gravidez não planejada, estudo desenvolvido em dois hospitais da cidade do Rio Grande/RS revelou que 65% das gestações não são planejadas e ocorrem por falta de informação e acesso a métodos seguros e eficazes¹⁰.

Como a internação hospitalar pode ser o único período de contato das mulheres com o sistema de saúde e por ser o aconselhamento reprodutivo uma estratégia possível de ser desenvolvida em todas as esferas de atenção, as atividades preventivas e educativas poderão ser ações para reduzir a morbimortalidade materna por causas evitáveis, bem como as complicações relacionadas ao abortamento¹¹. Portanto, como a enfermagem possui papel importante na garantia do direito à atenção de qualidade nos serviços de saúde, para transformar a realidade ora apresentada, requer que seus profissionais pensem e reflitam sobre suas atitudes e seu compromisso tanto com a pessoa quanto com a sociedade.

Neste sentido, ao entender que a formação e o conhecimento que os profissionais de saúde possuem a respeito do assunto podem influenciar no modo de assistir e relacionarem-se com as mulheres, realizou-se este estudo com o objetivo de identificar o que os profissionais de enfermagem pensam a respeito do cuidado integral à mulher que abortou e acerca do aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção da saúde reprodutiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo, que possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o tema estudado e a exposição das percepções e opiniões dos sujeitos da pesquisa, sobre a realidade vivenciada. Os locais do estudo foram a Maternidade e o Centro Obstétrico de um hospital universitário situado no sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Constituíram-se sujeitos desta pesquisa 19 profissionais de enfermagem (sete Enfermeiros e 12 Técnicos de Enfermagem) que cuidavam de mulheres hospitalizadas por abortamento. O número total de participantes foi delimitado pelo número de entrevistas que possibilitou atingir a compreensão do fenômeno estudado, caracterizado pela repetição das falas.

Os dados foram coletados, por meio de entrevistas semiestruturadas, durante o mês de novembro de 2012, contendo as seguintes questões: o que você considera como cuidado centrado nas necessidades integrais de saúde das mulheres que estão hospitalizadas por abortamento? Você utiliza alguma estratégia de promoção à saúde reprodutiva, durante o cuidado das mulheres hospitalizadas por abortamento? O que você pensa sobre a realização do aconselhamento reprodutivo, durante a hospitalização?

A interpretação dos dados foi feita com base no método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que possibilitou reconstruir, com recortes de distintos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, os discursos-síntese julgados necessários para expressar o pensamento coletivo dos participantes deste estudo, sobre o fenômeno investigado¹². A análise foi fundamentada nas diretrizes e recomendações das políticas de saúde indicadas pelo Ministério da Saúde quanto à humanização da atenção ao abortamento, articulando com as ideias dos autores de produções relevantes à temática.

Foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, sob o Parecer nº 101/2012. Os sujeitos da pesquisa que aceitaram, espontaneamente, contribuir para esta investigação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizaram a gravação das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos depoimentos, várias ideias centrais se destacaram, as quais foram organizadas em duas categorias: a primeira refere-se ao **cuidado integral à mulher após abortamento**, e a segunda aborda as **práticas de promoção da saúde reprodutiva**.

Cuidado integral à mulher após abortamento

Para o MS, o cuidado integral nas situações de abortamento envolve desde o acolhimento e diagnóstico das reais necessidades de cada usuária, o emprego de tecnologias apropriadas para a terapêutica, bem como a inclusão de orientações e esclarecimento sobre o planejamento familiar, visando à escolha e adoção de um método contraceptivo adequado a cada situação². Estas medidas, porém, terão maior êxito, se o planejamento do cuidado estiver centralizado na mulher.

Pelas diversas realidades que as mulheres vivenciam, entendem-se como condutas humanizadas aquelas que demonstram respeito à opção da mulher pelo aborto, consideram o período de internação hospitalar como oportunidade de escuta sobre os fatores psicossociais que envolvem esta decisão e promovem o conhecimento, com base na troca de saberes e não com imposição⁸.

Os discursos dos profissionais de enfermagem, deste estudo, apontam que o atendimento centrado nas necessidades integrais inclui, ainda, uma abordagem ética, respeitosa e sem julgamento, independente da etiologia da enfermidade. Segundo os depoentes, esta forma de atender traz a sensação de bem-estar à paciente.

IC – O atendimento precisa ser desprovido de julgamento

***DSC:** Acho que temos que prestar atendimento integral, independentemente, se é um assaltante, se é uma mulher que provocou aborto, se é alguém que atirou em alguém. Às vezes, é um bebê que elas esperavam muito. Mas, a gente sabe que tem outras situações, em que foi provocado. Porém, não estamos, aqui, para julgar ninguém. Aqui, o cuidado é centrado nas necessidades integrais. A gente visa ao bem estar delas, respeitamos, as deixamos chorar, procuramos entender o sofrimento que elas estão passando.*

No entanto, ainda que os entrevistados assinalem que o atendimento, na instituição pesquisada, não é influenciado por julgamentos sobre o ocorrido com a usuária, outros estudos^{5,11-14} afirmam que esta postura não é uma unanimidade, visto que “o olhar da enfermagem para a mulher em situação de abortamento ainda é discriminatório e predominantemente técnico e, quando avaliado na perspectiva da humanização, apresenta-se como um cuidado com vínculo solidário e não como um direito humano”^{14:140}.

A indisponibilidade de tempo, o número excessivo de usuários nos serviços e a estrutura física deficiente são obstáculos mencionados, por diversos autores, como fatores que dificultam o atendimento integral e humanizado^{9,11-14}. Todavia, quando o cuidado é planejado com foco no sujeito e não na doença, é possível se ter uma abordagem integral e humanizada, em qualquer momento da interação⁹.

No contexto deste estudo, o tempo de experiência profissional foi mencionado como dificultador do provimento do cuidado, de forma integral. Para os entrevistados, quanto mais tempo de exercício, maior é o descompromisso dos trabalhadores para com o sujeito, favorecendo o aumento da lacuna entre a teoria e prática e o distanciamento das condutas humanizadas, preconizadas pelo MS.

IC – O tempo de experiência interfere na humanização do cuidado

DSC: *Eu acho que o cuidado centrado nas necessidades integrais depende da experiência, do tempo de trabalho. Talvez, quem esteja começando tenha mais paciência para cuidar. Vão, lá, conversam, orientam, já falam sobre os métodos contraceptivos, fazem uma abordagem maior, mais abrangente. Já, aqueles que têm mais tempo de trabalho estão cansados. Vão lá, e fazem o que tem que fazer e deu. Então, de maneira geral, acho que não estamos preparados para isso. A gente precisaria de um treinamento, capacitações mais frequentes, para podermos passar algo de bom, para que a necessidade do aborto não venha a acontecer de novo.*

Como casos de abortamento são problemas obstétricos comuns nas instituições de saúde, inclusive na realidade deste estudo, muitas vezes, pode ser encarado pela equipe de enfermagem como rotineiro. No entanto, o compromisso dos profissionais de saúde deve ser com a vida e com a garantia do cuidado como um direito humano⁸. Nesta perspectiva, a enfermagem como profissão da saúde, que cuida do ser humano, nas suas múltiplas dimensões, necessita refletir sobre o que significa para cada mulher vivenciar a situação de abortamento e interpretar os sinais e sintomas, não apenas como algo orgânico, mas, considerando todos os fatores socioeconômicos, culturais, bem como a sua subjetividade e suas experiências¹¹.

Além de aparente descompromisso dos trabalhadores com a sustentabilidade do processo de cuidado, os discursos dos entrevistados apontam a carência de capacitação e sensibilização dos profissionais para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da assistência. A impessoalidade da atenção e a falta de informações sobre as intervenções a serem realizadas, sem considerar as necessidades das mulheres e sua capacidade de compartilhar decisões, tal como prevê a NTAHA, pode comprometer a qualidade da atenção almejada¹⁵. Como consequência dos aspectos apontados, o discurso a seguir denota que a percepção do cuidado integral restringe-se ao cumprimento dos procedimentos que atendem necessidades biológicas da usuária.

IC – No cuidado integral ainda há predomínio dos aspectos biológicos

DSC: Eu acho que o cuidado integral é a abordagem da paciente, no início da consulta: a forma como é recebida e as orientações dadas. É seguir a prescrição médica e fazer o que ela necessita. Se tem dor, faço medicação. Se quer conversar sobre algum assunto, eu converso, mas tento não entrar no assunto [aborto]. Procuro evitar fazer muitas perguntas invasivas, para não deixá-la constrangida. Vejo os sinais vitais, faço meu trabalho. A gente considera sempre a questão das mamas. Enfaixo os seios, explico da necessidade de tomar a medicação, pois elas sentem muita dor, até por causa da ansiedade. Também, sempre abordo a questão dos anticoncepcionais. Então, eu acho que a enfermagem está bem humanizada.

Neste DSC, apesar dos entrevistados apontarem alguns enfoques do cuidado integral, a maioria das falas permaneceram ligadas ao fazer essencial. Habilidades comunicativas, apontadas em vários contextos como elementos que complementam a abordagem integral, parecem não ser expressivas no ambiente pesquisado, visto que os depoentes declaram que, quando a usuária faz alguma pergunta, eles respondem. Caso contrário, calam-se e evitam aprofundar o diálogo. Esta postura pode ser utilizada como mecanismo de defesa, uma vez que o profissional não aprova o ocorrido.

Portanto, a visão que os profissionais de enfermagem revelaram sobre o cuidado centrado na integralidade parece não condizer com o que é praticado por eles. Esta constatação também foi assinalada, em outro estudo realizado para conhecer as representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência prestada à mulher, na rede básica de saúde¹⁵. Nele, as enfermeiras afirmaram a importância do atendimento integral, mas não conseguiram conceituá-lo, no contexto profissional nem na prática assistencial.

Práticas de promoção à saúde reprodutiva

No Brasil, o conceito de saúde reprodutiva está implícito nas ações de saúde, desde a criação dos primeiros programas com enfoque na atenção integral da saúde da mulher. No decorrer de diversas conferências internacionais, promovidas pela Organização das Nações

Unidas, na década de 1990, ficou definido que a saúde reprodutiva implica a capacidade da mulher e do homem desfrutarem de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, a procriarem com liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência; direito à informação e ao acesso a métodos seguros, eficientes e acessíveis de planejamento familiar de sua escolha e ao acesso a serviços de acompanhamento na gravidez e no parto sem riscos².

Contudo, o acesso às informações e aos serviços necessários para planejar a família ainda não é exercido como um direito universal por toda a população⁴. Neste estudo, ao discorrer sobre as práticas de promoção da saúde reprodutiva às mulheres que abortaram, os profissionais de enfermagem demonstraram reconhecer a importância e necessidade de uma abordagem mais abrangente, porém, alguns relatos se restringiram às dimensões contraceptivas. Além de reduzidas, tais práticas foram apontadas pelos trabalhadores como frágeis, pela falta de instrumentalização para realizar orientações mais eficazes.

IC: É válido desenvolver atividades de promoção à saúde reprodutiva, porém as orientações são frágeis.

DSC: Eu acho que toda orientação é válida. Sempre que há aceitação, deve-se orientar porque, muitas vezes, elas vão embora e não têm consciência de procurar outro centro de saúde, mesmo não querendo uma nova gestação. Aí, a história se repete. Isso é complicado, mas é uma realidade. A maioria não tem onde fazer pré-câncer, controle de câncer de mama, nada disso. Também, a mulher que não provocou o aborto e não quer uma nova gravidez, tem que se preocupar com as DSTs e elas não têm esta orientação. Geralmente, recebem tratamento, devido ao abortamento, e ganham alta com o anticoncepcional, mas sem a necessária orientação. Eu acredito que deveria ser conversado sobre o assunto, sobre os cuidados ginecológicos da mulher, principalmente, com as adolescentes, que têm muita coisa para viver e têm que se proteger não só da gravidez, mas das DSTs. Então, além do anticoncepcional, tem que orientar para usar a camisinha. Algumas vão ouvir, outras vão ignorar e, dependendo da situação que estão vivendo, elas nem registram o que a gente fala, na saída do hospital. Mas, independentemente desta postura, eu acho importante orientar, pois a informação nunca é demais. A gente conversa, mas tem que ver a melhor maneira de abordar. Acho que uma gravidez sem querer é um problema. Por isso, as mulheres deveriam sair daqui orientadas.

Um fato que chama a atenção, neste discurso, é que o reconhecimento da importância da orientação para a prevenção de novas gestações não planejadas e outros agravos à saúde reprodutiva das mulheres parte dos próprios trabalhadores. No entanto, há que se ter cautela para que o posicionamento pessoal não interfira na atenção prestada às mulheres. De acordo com estudo publicado, existe uma contradição entre o discurso dos profissionais e o modo como eles assistem e se relacionam com as mulheres¹⁶.

Para o MS, por envolver questões subjetivas de quem atende e quem é atendido, o tema do abortamento representa um obstáculo para o processo interativo. Esse exercício não é fácil, uma vez que muitos profissionais não estão preparados para lidar com os sentimentos e com as questões sociais, que vão além da prática técnico-científica².

Entretanto, salienta-se que a comunicação é uma ferramenta indispensável para o profissional de enfermagem que busca prestar uma assistência integral e humanizada. Neste contexto, destaca-se o aconselhamento reprodutivo como uma estratégia de comunicação bidirecional que pode ajudar os profissionais a avaliar as necessidades e os sentimentos das clientes, a fornecer informações e apoio emocional e auxiliá-las nas tomadas de decisão.

Isto é, o aconselhamento reprodutivo desponta como integrante das práticas de promoção da saúde reprodutiva e como condição essencial para a qualidade do cuidado pós-aborto e redução de gestações não planejadas, que podem oferecer risco à saúde e à vida das mulheres. Quando questionados sobre o que pensam a respeito do aconselhamento reprodutivo ser realizado, durante o período de internação hospitalar, os profissionais de enfermagem apresentaram duas ideias centrais opostas, que deram origem aos dois DSC a seguir:

IC: O aconselhamento reprodutivo é realizado, mas as mulheres não adotam nenhuma medida preventiva.

DSC: Olha! Eu acho que o anticoncepcional tinha que estar na água, porque tem muitas adolescentes e até múltiparas de trinta e poucos anos, com aborto, que a

gente explica tudo direitinho, mas, a maioria não tem o entendimento. Se, realmente, elas fizessem o dever de casa, como a gente ensina, não teria problema, porque os métodos têm nos postos de saúde, de graça, mas elas não tomam direito. Elas acham que podem ter relação sexual e não tomar, no outro dia. Outros métodos elas são muito resistentes. No acompanhamento de soropositivas, a médica vem aqui e pede amostras de injetáveis e faz uma na saída. Aqui, no hospital, muitos métodos não estão disponíveis. Só quando o laboratório deixa amostras. Antes, tinha colocação de DIU. Agora, não tem mais. A gente aconselha também é o uso do preservativo, para evitar outros problemas, além da gravidez. Agora, em minha opinião, só não se cuida quem realmente não quer, pois tem tanta informação nos meios de comunicação. Todo mundo tem acesso à internet. Mas é sempre bom frisar porque, senão, chega, na hora, não se cuidam.

Este DSC revela a fragilidade das relações interpessoais. Pois, quando os entrevistados mencionam que transmitem algumas informações a respeito do aconselhamento para a contracepção às mulheres, estas orientações não são absorvidas. Isto sinaliza que há necessidade de maior aproximação do profissional ao contexto social, uma vez que é, por meio do reconhecimento das subjetividades que permeiam o relacionamento e a partir das perspectivas da mulher, que se desenvolve uma relação de confiança e troca de conhecimento⁴.

Para tanto, compreende-se que a sensibilidade do profissional é fator que fomenta a empatia necessária ao processo educativo. Como isto ainda é pouco visível nos depoimentos, observa-se que o relacionamento profissional-paciente apresenta-se verticalizado e com pouco sucesso, pois os profissionais só transmitem o que “acham” necessário e não procuram saber quais as barreiras que dificultam a escolha e o uso continuado de métodos contraceptivos por cada uma das mulheres.

Sendo assim, para que o processo comunicativo seja eficiente, o enfermeiro precisa ser criativo, competente e estar atento aos sinais verbais e não verbais, tanto da sua equipe como da mulher; da mesma forma, precisa permitir que os demais profissionais da equipe de enfermagem explorem todo seu potencial na execução de suas atividades¹⁷, uma vez que a

articulação de todos os agentes de enfermagem culmina em um único processo de trabalho conexo.

Devemos romper a dureza com a qual a equipe de saúde interage com a mulher, pois a interação humana, o contato interpessoal e a emoção que, naturalmente, aparecem nas relações possibilitam o envolvimento da própria mulher na sua recuperação, por meio da troca de saberes, melhorando seu entendimento sobre seu corpo, sobre seu modo de levar a vida e sua relação com o meio social, contribuindo, assim, para que tenha atitudes que diminuam os riscos e melhorem sua qualidade de vida³.

IC: O aconselhamento reprodutivo não é uma prática presente no ambiente hospitalar.

Outra ideia central que se destacou, ao discorrerem sobre o que pensam a respeito de realizar o aconselhamento para a contracepção e a disponibilização dos métodos às usuárias, antes da alta hospitalar, é que estas atividades não fazem parte do processo de cuidado de enfermagem, no dia-a-dia.

DSC: Aqui, no hospital, o aconselhamento ainda é uma necessidade. Não é feita nenhuma orientação específica para evitar o abortamento. Pelo menos, eu não vejo nada disso. As mulheres podem implorar por uma laqueadura e saem daqui sem nada. Aí, podem ter outras gestações, tentarem abortar, não conseguirem, colocarem suas vidas em risco e nada acontece. Não tem nenhum método disponível, na unidade. Antigamente, tinha, aqui, no hospital, o planejamento familiar com distribuição de camisinha, anticoncepcional, encaminhamento para laqueadura ou colocação de DIU. Agora, acho que não está ativo este serviço. Porém, já que é um local de emergência, também poderia ter este cuidado. Apesar de o hospital seguir uma linha toda humanizada, a mulher ainda recebe alta só com a instrução de procurar o posto de saúde. Para o pessoal da noite, é mais difícil fazer qualquer aconselhamento. Por mais que tenhamos tempo, temos outras rotinas. Então, tu acabas deixando para o pessoal do dia. Se a gente vê uma necessidade, a gente até deixa uma notificação para a colega do dia, mas, quanto aos anticoncepcionais, eu nunca falei e nem vi ninguém falar.

Na perspectiva de promoção e educação em saúde reprodutiva, esta realidade constitui uma situação preocupante, pois toda mulher que recebe atenção pós-aborto tem o direito a um aconselhamento de alta qualidade e acesso a métodos contraceptivos². No entanto, a ênfase na dimensão curativa do cuidado, com absoluta negligência das práticas preventivas e daquelas que reforçam a autonomia das mulheres no processo de decisão sobre a reprodução, parece reproduzirem-se em outros serviços de saúde brasileiros também¹⁷.

Em contrapartida, no contexto internacional, atividades de planejamento familiar pós-aborto constituem ação educativa bastante estimulada, por meio de cursos, capacitações e treinamentos para os profissionais de saúde⁴. Seu efeito pode ser constatado em estudo desenvolvido para descrever o impacto do aconselhamento sobre o planejamento familiar às mulheres em tratamento pós-aborto⁵. Segundo seus autores, a adoção e uso continuado de contraceptivos aumentaram de 36,3% para 62,0%, após um ano da introdução de aconselhamentos.

Conforme afirma o MS, o risco de ter um novo aborto é maior entre as mulheres que já tiveram um abortamento, e aumenta com o número de abortamentos anteriores. Por isso, o ideal é que todos os métodos contraceptivos estejam disponíveis no local onde se atende às mulheres em abortamento, dando oportunidades a elas de iniciarem o seu uso, antes de receberem alta². Todavia, quando não houver condições, no hospital, para fornecer os subsídios necessários à prevenção de novos abortos, é necessário descentralizar o poder e encaminhar a mulher a outros serviços de planejamento familiar e inserção social³.

Portanto, frente ao exposto, cabe afirmar que o enfermeiro, sendo o responsável por gerenciar o cuidado, durante a permanência da mulher no hospital, tem condições de organizar o trabalho da equipe para que seja possível adequar as atividades assistenciais às atividades educativas, visando a capacitar as mulheres para que se sintam encorajadas a

cuidarem de si. Estas ações têm respaldo em políticas públicas e despontam como estratégias resolutivas para a diminuição da demanda por sequelas de aborto repetido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo proposto neste estudo foi alcançado, no sentido de que os profissionais de enfermagem relataram como visualizam o cuidado integral, dentro de seu processo de trabalho e o que pensam sobre o desempenho de atividades educativas como o aconselhamento reprodutivo, durante o período de internação hospitalar da mulher em processo de abortamento. Dentre as ideias centrais, destaca-se que a integralidade no atendimento é comprometida pela percepção imparcial da problemática, pelo comodismo no desenvolvimento das práticas terapêuticas e pelo aparente descompromisso da equipe com a qualidade da atenção e com o emprego de novas tecnologias de ensino-aprendizagem.

Segundo o discurso dos profissionais de enfermagem, a dificuldade de atuar, de forma pedagógica, deve-se à falta de conhecimentos técnico-humanísticos, associada à dificuldade de compartilhar a tomada de decisão com o ser cuidado. Portanto, considera-se que os gestores deste serviço, que é vinculado à Universidade, precisam investir na capacitação dos trabalhadores, de forma sistemática e contínua, na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços, para a potencialização da atenção integral e resolutiva, conforme preconizam as políticas do Ministério da Saúde.

Assim, espera-se que estes resultados possam contribuir para a reflexão dos profissionais da saúde e possibilite que ampliem o olhar sobre as diversas dimensões que envolvem a mulher em processo de abortamento ou pós-aborto, considerando o seu contexto de vida e envolvendo a mulher no planejamento e implementação das ações educativas eficazes.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2011.
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília (DF); 2011.
3. Nalwadda G, Mirembe F, Tumwesigye NM, Byamugisha J, Faxelid E. Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2011; 17;11:220.
4. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Relatório sobre a situação da população mundial 2012. Por escolha, não por acaso: Planejamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento. Brasil; 2012.
5. Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz, N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BMC Public Health* 2009; 15(9):1-7.
6. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman EMA, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* 2012; 379 (9816):625-32.
7. Santos AG, Nery IS, Furtado ÉZL, Moura FMJSP. Perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em uma Maternidade Pública de Teresina-PI. *Rev Rene*, 2011; 12(3):494-501.
8. Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. *Salud colectiva* 2010; 6(1):21-35.
9. Domingos SRF, Merighi, MAB, Faria ECR; Ferreira LMG. Características dos abortamentos de mulheres atendidas em uma instituição hospitalar filantrópica de Caratinga, MG. *REME Rev. Min. Enferm* 2011; 15(4):504-512.
10. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(10):1906-16.
11. Domingos SRF, Merhigui MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010; 14(1):177-81.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2 ed, Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.
13. Soares MCS, Freitas VEO, Cunha ARR, Almeida JLS, Souto CMRM, Arruda RD. Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. *Rev Rene* 2012; 13(1):140-6.

14. Silva RM, Araujo KNC, Bastos LAC, Moura EF. Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2415-24.
15. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13(1):61-70.
16. Silva JPL, Araújo MZ. Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero. *R Bras Ci Saúde* 2011; 14(4):19-24.
17. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves S, Valongueiro AMCC. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1765-76.
18. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(2):359-66.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia deste estudo mostrou-se pertinente para responder às questões formuladas e ao alcance dos objetivos, cujos resultados foram obtidos a partir da análise dos depoimentos dos participantes, dos quais várias ideias centrais destacaram-se, dando origem a diferentes discursos que traduziram o pensamento coletivo dos profissionais de enfermagem, apresentados sob a forma de dois artigos científicos.

O primeiro artigo, intitulado “**Percepções da enfermagem sobre a gestão e a realização do cuidado no abortamento: estudo exploratório descritivo**” teve por objetivo conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e da realização do cuidado proporcionado às mulheres hospitalizadas por abortamento. Os seus achados apontam para uma visão ambígua, em relação ao planejamento, gestão e execução do cuidado.

Por um lado, os discursos revelam que os profissionais de enfermagem consideram prestar um bom atendimento, independentemente da etiologia do aborto, pois comentaram que observam, sobretudo, os aspectos emocionais, ao cuidarem das mulheres em processo de aborto. Apontaram, também, algumas iniciativas humanizadas como a escuta e o provimento de um ambiente terapêutico exclusivo e separado das demais pacientes. Por outro lado, em outras categorias de DSC, alguns entrevistados se mostraram mais preocupados com a realidade vivenciada, apontando que o atendimento das pacientes, ainda é deficitário e influenciado pelas diferenças socioculturais. Em decorrência disso, afirmaram que o desenvolvimento das práticas de saúde, na maioria das vezes, permanece centrado na objetividade clínica e com pouco envolvimento da paciente no processo terapêutico.

No entanto, para alcançar a meta de que todas as mulheres tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, é preciso que haja uma mudança no processo de trabalho da enfermagem, no ambiente hospitalar, onde a gestão seja articulada com as atividades assistenciais, de modo que os saberes e os fazeres se multipliquem, transversalmente, produzindo efeitos nas relações profissionais, terapêuticas e institucionais. Para que isso aconteça, é necessário que a enfermeira e sua equipe se desvincilhem de estereótipos presentes na nossa cultura, no que tange ao aborto e considerem a subjetividade de cada paciente. Estas concepções devem ser abordadas tanto na formação profissional quanto por meio da qualificação constante dos trabalhadores para que, ao se depararem com situações de abortamento, não fiquem apreensivos, sem saber como agir, diante da problemática, conforme foi discorrido pelos entrevistados.

O segundo artigo, intitulado “**Cuidado integral ao abortamento e ações de promoção da saúde reprodutiva durante a hospitalização**”, teve por objetivo identificar o que os profissionais de enfermagem pensam a respeito do cuidado centrado nas necessidades integrais e da realização de aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção da saúde reprodutiva de mulheres hospitalizadas por abortamento.

Dentre as ideias centrais, observou-se que os profissionais de enfermagem reconhecem a importância de valorizar as diversas dimensões que envolvem o sujeito do cuidado, mas verbalizam que, na prática, a integralidade no atendimento é comprometida pela percepção imparcial da problemática, pelo comodismo no desenvolvimento das práticas terapêuticas e pelo aparente descompromisso da equipe com a qualidade da atenção e com o emprego de novas tecnologias de ensino-aprendizagem.

Estes resultados mostram-se relevantes para que os profissionais e estudantes de enfermagem possam refletir sobre o cuidado, que precisa extrapolar conhecimentos técnicos e científicos, envolvendo percepções, sentimentos, comportamentos éticos, articulação das ações de planejar, gerenciar e cuidar, entre outros. Podem contribuir também para a aquisição de informações, fornecendo subsídios ao planejamento e gestão de condutas adequadas à situação vivenciada por cada paciente.

Todavia, na análise dos distintos discursos dos entrevistados, percebeu-se que a dificuldade de atuar, de forma pedagógica, se deve à falta de conhecimentos técnico-humanísticos, associada à dificuldade de compartilhar a tomada de decisão com o ser cuidado. Portanto, considera-se que os gestores deste serviço, que é vinculado a uma Universidade, precisam investir na capacitação dos trabalhadores, na formação dos estudantes e na estrutura dos serviços, de forma sistemática e contínua, para a potencialização da atenção integral e resolutiva, conforme preconizam as políticas do Ministério da Saúde.

Quanto às ações de promoção da saúde reprodutiva, constatou-se que estas são percebidas de forma reduzida às medidas contraceptivas. Porém, quando discorreram sobre a possibilidade de realizar o aconselhamento reprodutivo, há uma divergência de concepções: uns relataram que as mulheres são orientadas para o uso de contraceptivos, mas que não adotam nenhuma medida preventiva; outros disseram que, neste serviço de saúde pesquisado, não existe nenhuma iniciativa de práticas educativas, somente eventuais indicações para que a mulher busque uma unidade de atenção básica, a fim de adquirir acompanhamento de planejamento familiar.

Contudo, foi perceptível a preocupação da maioria dos trabalhadores com a problemática do aborto, devido à grande demanda, na realidade deste serviço. Os

entrevistados demonstraram a necessidade e o interesse por treinamentos e qualificação para saber como aproximar-se da mulher que, muitas vezes, encontra-se desestimulada, com medo, envergonhada e/ou impaciente para qualquer abordagem interativa. Assim, a educação continuada também se mostra oportuna para estimular aquele profissional de enfermagem que desacredita da educação em saúde, justificando que não adianta orientar porque as informações não serão adotadas pelas pacientes.

Neste sentido, salienta-se a importância da ampla divulgação das diversas metodologias educativas, para que tanto a enfermeira quanto os demais membros da equipe de enfermagem consigam identificar qual a estratégia mais apropriada para cada situação enfrentada. Porém, mesmo reconhecendo o valor de capacitações periódicas de ensino-aprendizagem, compreende-se que a potencialidade do cuidado se reflete pelo interesse e envolvimento do sujeito que cuida, pois é, no exercício do cuidado, que o profissional de enfermagem evidencia suas competências como cuidador. Assim, quando os entrevistados apontam que o tempo de atuação profissional tem alterado a postura dos trabalhadores frente ao seu fazer, denotam a falta de compromisso profissional, pois a interação com a mulher que vivencia a hospitalização é sempre única e singular.

A partir desses resultados, é possível afirmar que a equipe de enfermagem tem papel imprescindível na efetivação do cuidado humanizado e resolutivo, no âmbito hospitalar. A ciência desta responsabilidade, por parte dos trabalhadores, pode favorecer a qualidade das ações.

Portanto, a opção pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo mostrou-se adequada para o propósito deste estudo, visto que favoreceu a reflexão e exposição do pensamento dos profissionais de enfermagem a respeito de sua atuação, frente à problemática do aborto, na realidade estudada. Seus resultados corroboram outras evidências científicas, as quais apontam que o atendimento, nos serviços de saúde, ainda não contemplam, integralmente, as normas e os princípios que recomendam as políticas de saúde para o alcance dos objetivos do milênio.

Assim, espera-se que estes resultados possam contribuir para a reflexão dos profissionais da saúde com a resolutividade dos agravos gerados à saúde da mulher e à sociedade, pela dificuldade no planejamento reprodutivo das famílias, para que ampliem o olhar sobre as diversas dimensões que envolvem a mulher em processo de abortamento ou pós-aborto, considerando o seu contexto de vida e envolvendo-a no planejamento e implementação das ações educativas eficazes.

Por fim, conclui-se que os depoimentos trouxeram contribuições significativas para a produção do conhecimento tanto para a pesquisa em Enfermagem quanto para o ensino e formação dos profissionais, fortalecendo o pressuposto de que o ser humano, no presente estudo, a mulher, é o sujeito do processo de cuidado, do seu corpo e do processo reprodutivo e que a garantia do exercício deste direito está atrelado à mudança do modelo de atenção institucionalizado. Pela pertinência da temática, no contexto social, sugerem-se outros estudos, incluindo a avaliação do impacto das políticas públicas que enfatizam a humanização e as orientações psicoeducativas, enfocando os diversos cenários de atuação profissional e/ou as populações mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, L.B.S.P. Políticas públicas de saúde da mulher. In: FRENANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z (Org). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Manole, p. 1-29, 2007.

ALFARO-LEFÉVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ARAÚJO, J.P.L.; SILVA, M.Z. Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma Leitura de Gênero. **R bras ci Saúde** v.14, n.4: p.19-24, 2011.

BARBIERI, M. Direitos sexuais e reprodutivos da mulher. In: FRENANDES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z (Org). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Manole, p.62-81, 2007.

BARSTED, L.L.; PITANGUY, J.; (Org). **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. – Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 436p. 2011. <http://www.aads.org.br/arquivos/progresso.pdf>.

BAZOTTI, K.D.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1: p.147-54, 2009.

BENUTE, G.R.; NONNENMACHER, D.; NOMURA, R.M.; LUCIA, M.C.; ZUGAIB, M. Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health. **Rev Bras Ginecol Obstet.**; v 34, n. 2: p. 69-73, 2012.

BRASIL, **Código Penal: Decreto-lei n. 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848.htm. Acessado em 30 de julho de 2012.

_____, Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul. **O aborto sob a perspectiva da bioética**. Doutrina - Maria Regina Fay de Azambuja - Procuradora de Justiça/RS. 2009. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/doutrina/id617.htm>.

_____, Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1984.

_____, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo: Brasília, 2005.

_____, COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº23**, de 08 de fevereiro de 2007. Disponível em: www.portalcofen.gov.br.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. – Brasília, 68 p. 2008.

_____, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica, 2. ed. atual. e ampl. – Brasília, 2011a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. 2º reimpressão – Brasília, 2011b.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**. Brasília, 2011c. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf.

_____, Ministério da Saúde - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**, 01/06/2012, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qirs.def>.

CASTIEL, L.D.A. Palavra – subjetividade e as coisas – subjetividade. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA R.; GOMES, M. H. de A. (Org.) **O Clássico e o novo – tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CEYLAN, A.; ERTEM, M.; SAKA, G.; AKDENIZ, N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. **BMC Public Health**, v.15; n.9, p.1-7 2009.

COELHO, E.A.C.; LUCENA, M.F.G.; SILVA, A.T.M. O Planejamento Familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34,n.1, p.37 – 44, 2000.

COELHO, E.A.C.; SILVA, C.T.O.; OLIVEIRA, J.F.; ALMEIDA, M.S. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v.13 n.1: p. 154-160, 2009.

COSTA, A.M. **PAISM: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada**. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

DAVID, P.H.; REICHENBACH, L.; SAVELIEVA, I.; VARTAPETOVA, N.; POTEKINA, R. Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care? **Health Policy Plan**. v. 22, n. 2: p. 83-94, 2007.

DIDES, C.C.; BENAVENTE, M.C.R.; SÁEZ, A.I. **Principais Resultados**: Estudo de Opinião Pública sobre o Aborto no Brasil, Chile, México e Nicarágua. Série Documentos eletrônicos n. 1; 2010. Disponível em: http://www.aads.org.br/arquivos/Enc_aborto.pdf.

DOMINGOS, S.R.F.; MERHIGUI M.A.B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, v.14, n.1: p. 177-81, 2010.

ESPINOZA, H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.11, n.3: p.148-149, 2002.

FRENADES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Manole, 2007.

FERNÁNDEZ, J.G. **10 Palavras-Chave em Bioética**. Trad. Maria Luisa Garcia Prada. São Paulo: Paulinas, 2000.

FERREIRA, S.L. Participação das mulheres na vida social. In: FRENADES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. (Org). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Manole, 344 p. 2007.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p.70-82, 2010.

FONSECA, R.M.G.S. Gênero e saúde doença: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: FRENADES, R.A.Q.; NARCHI, N.Z. (Org). **Enfermagem e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Manole, p.30-61, 2007.

FUSCO, C.L.B.; SILVA, R.S.; ANDREONI, S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** v.1n.1: p.78-88, 2008.

GESTEIRA, S.M.A.; DINIZ, N.M.F.; OLIVEIRA, E.M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso dos profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**; v.21, n. 3: p.449-453, 2008.

HIGA, R.; REIS, M.J.; LOPES, M.H.B.M. Interrupção legal da gestação decorrente de estupro: assistência de enfermagem às mulheres atendidas num serviço público da cidade de Campinas – SP. **Ciênc. cuid. Saúde**. v.6, n.3: p.372-376, 2007.

HERRICK, J.; TURNER, K.; MCINERNEY, T.; CASTLEMAN, L. **Atenção pós-aborto centrada na mulher**: Manual de referência. Chapel Hill, Carolina do Norte, EUA, Ipas. 224p, 2004.

JARDIM, J. S.; CARVALHO, M.L.O. Registros relativos à contracepção em prontuários de mulheres atendidas por abortamento no Hospital Universitário de Londrina - Paraná, de 2001 a 2005. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina**, v. 31, n. 2, p. 113-124, 2010.

JUNGES, J R. **Bioética. perspectivas e desafios**. São Leopoldo :Unisinos, 1999.

KAVLAK, S.Ü.A.O; KULAK, E; BOZKAYA, M. Attitudes towards family planning among women seeking induced abortion in Izmir, Turkey. **Eur J Contracept Reprod Health Care**. v.16, n.3: p.194-200, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A.M.C. **O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2 ed, Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

LEOPARDI, M.T. Responsabilidades frente a gestão do trabalho da enfermagem. In: THOFEHRN, M.B.; MEINKE, S.M.K.; SOARES, M.C.; HECK, R.M. **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: editora Universitária/UFPeL, p.73-83, 2009.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, p.43-63, 2009.

LIPINSKI J.M. **Assistência de enfermagem à mulher que provoca aborto discutida por enfermeiras em busca de uma assistência humanizada**. [dissertação de mestrado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

LOPES, J.L.; CARDOSO, M.L.A.P; ALVES, V.L.S; D.INNOCENZO, M. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paul Enferm**; v.22, n.2: p.136-41. 2009.

LUNARDI FILHO, W.D. **O Mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. Universitária/ UFPeL. Florianópolis: UFSC, 206p. 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8°. **Relatório final. Ministério da Saúde:** Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

LUNARDI, V.L; LUNARDI FILHO W.D.; SCHWENGBER, A.I.; SILVA, C.R.A. Processo de trabalho em enfermagem/saúde no Sistema Único de Saúde. **Enfermagem em Foco**; v. n. 2: p. 73-76, 2010.

LUNARDI, V.L; SIMÕES, A.R. (Re) Ações da equipe de enfermagem frente à possibilidade de participação em um aborto legal. **R Enferm UERJ**; v.12, n.2: p.173-8, 2004.

MARIUTTI, M.G.; ALMEIDA, A.M.; PANOBIANCO, M.S. Nursing care according to women in abortion situations. **Rev Lat Am Enfermagem**; V.15, n.1 : p. 20-26, 2007.

MELLO, M.E.V.; GALLI, B. **Mortalidade Materna e Aborto Inseguro: uma questão de direitos humanos das mulheres**. IPAS, Brasil. 2012. Disponível em: http://aads.org.br/arquivos/MortalidadeMaterna_DH.pdf.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**; v. 25, n.2: p.193-204, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hubitec-Abrasco, 2008.

MONTAÑO, S. As políticas públicas de gênero: um modelo para armar. O caso do Brasil. In: MONTAÑO, S.; PITANGUY, J.; LOBO, T. **As políticas públicas de gênero: um modelo para armar – o caso do Brasil**. Santiago: Cepal, 2003.

MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L. **Estimativas de aborto induzido no Brasil e Grandes Regiões**. In: **Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte:

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2006. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf. Acesso em 26 de julho de 2012.

MULENS; R.I. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el Aborto Espontáneo. **Rev haban cienc méd** [online]. vol.8, n.3, 2009.

NALWADDA, G.; MIREMBE, F.; TUMWESIGYE, N.M.; BYAMUGISHA, J.; FAXELID, E. Constraints and prospects for contraceptive service provision to young people in Uganda: providers' perspectives. **BMC Health Serv Res**. Sep 17;11:220, 2011.

NASCIMENTO, L.S.; GUTIERREZ, M.G.R.; DOMENICO, D.E.; LOPES, E.B. Programas educativos baseados no autogerenciamento: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. vol.31, n.2, p. 375-382, 2010.

NERY, I.S.; MONTEIRO, C.F.S.; LUZ, M.H.B.; CRIZÓSTOMO C.D. Vivências de Mulheres em situação de Aborto Espontâneo. **Rev. Enfermagem UERJ**; v.14, n.1: p. 67-73, 2006.

NÓBREGA, M.F.B. **Processo de trabalho em enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um hospital público de ensino**. 2006. P. 161. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Ceará, Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Fortaleza – Ceará, 2006.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2011. Disponível em http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. de. **Problemas Atuais de Bioética**. 7. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2005.

PILECCO, F.B.; KNAUTH, D.R.; VIGO, A. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cad Saude Publica**; v. 27, n.3: p.427-439, 2011.

PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, Profissão e Trabalho. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n.5: p. 739-44, 2009.

PRIETSCH, S.O.M.; GONZÁLEZ-CHICA, D.A.; CESAR, J.A.; MENDONZA-SASSI, R.A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**; v. 27, n.10: p.190-1916, 2011.

PROCHNOW, A.G. Gestão e gerência no processo de trabalho em enfermagem. In: THOFEHRN, M.B.; MEINKE, S.M.K.; SOARES, M.C.; HECK, R.M. **Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde**. Pelotas: editora Universitária/UFPel, p. 63-72, 2009.

PRUDENTE, M.G. **Bioética: conceitos fundamentais**. Porto Alegre. Ed. do autor, 208p. 2000.

RASCH, V. Unsafe abortion and postabortion care - an overview. **Acta Obstet Gynecol Scand**; v.90, n. 7: p. 692-700, 2011.

REGO, S., PALÁCIOS, M., SIQUEIRA-BATISTA, R. **Bioética para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

RIO GRANDE DO SUL, Coordenadoria Estadual da Mulher Secretaria do Planejamento e Gestão. **Plano Estadual de Políticas Públicas para as Mulheres**. Porto Alegre, 2008.

ROMERO, M.; ZAMBERLIN, N.; GIANNI, M.C. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos. **Salud colectiva** [online]. v.6, n.1, p. 21-35, 2010.

SALATA, Carla Roberta. **Avaliação da toxicidade de extratos vegetais de uso abortivo**. 2005. 52p. Monografia. Centro Universitário Claretiano, Batatais, 2005.

SAWAIA, B.B. O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA R.; GOMES, M.H.A. (Org.) **O Clássico e o novo – tendências, objetos e abordagens em ciências e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A.T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Rev Bras Crescimento desenvolv hum**; v.4, n.2: p.12 – 17, 1994.

SCLAIR, M. História do Conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**; v. 17, n.1: p.29-41, 2007.

SEDGH, G.; SINGH, S.; SHAH, I.H.; AHMAN, E.M.A.; HENSHAW, S.K.; BANKOLE, A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**. v.379, n.9816: p. 625-632, 2012.

SGRECCIA, E. **Manual de Bioética: I- Fundamentos e Ética Biomédica**. São Paulo: Loyola, 1996.

SINGH, S.; WULF, D.; HUSSAIN, R.; BANKOLE, A.; SEDGH, G. **Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress**, New York: Guttmacher Institute, 2009. Disponível em <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.

SHAH, I.; AHMAN, E. Unsafe Abortion: Global and Regional Incidence, Trends, Consequences, and Challenges. **J Obstet Gynaecol Can**; v.31 n.12: p.1149-58, 2009;

SORRENTINO, S.R. **Dossiê Aborto Inseguro**: Direito de decidir sobre o aborto: uma questão de cidadania e democracia. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde. Mar. 2010. Disponível em: www.redesaude.org.br/.../Dossiês/Dossiê%20Aborto%20Inseguro.pdf.

SOUSA, T.G.S. **Aborto Voluntário**: visão ética, jurídica e religiosa. 2002. Disponível em: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/eventos/evento2002/GT.5/GT5_3_2002.pdf.

SOUZA, V.J. O aborto no Brasil: um resgate das concepções morais católicas em contraposição aos grupos pró-aborto. Anais do II Encontro Nacional do GT História das Religiões e das Religiosidades. **Revista Brasileira de História das Religiões - Maringá (PR)** v. 1, n. 3, 2009.

STREFLING, I.S.S.; VASCONCELLOS, F.C. **A ética na enfermagem frente as situações de abortamento: uma revisão integrativa da literatura**. Pelotas, 2010. 68p. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Graduação em Enfermagem, Universidade Católica de Pelotas – UCPel; Pelotas. 2010.

SWANSON, K.M.; CHEN, H.T.; GRAHAM, J.C.; WOJNAR, D.M.; PETRAS, A.J. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. **J Womens Health (Larchmt)**; v.18, n.8, p.1245-57, 2009.

TARQUI-MAMANI, C.; BARREDA, A.; BARREDA, M.; SANABRIA-ROJA, H. Prevalencia del intento de interrumpir el embarazo y factores asociados en una comunidad urbano marginal de Lima-Perú, 2006. **Rev Peru Med Exp Salud Publica**; v.27, n.1, p. 38-44, 2010.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VARGAS, R.B.A. **A construção das políticas de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Porto Alegre, 2008. 78p. (Trabalho de Conclusão de Curso) – Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Porto Alegre, 2008.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3ª Ed. revisada e ampliada. Brasília.DF: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA. 2009.

WINIKOFF, B.; SHELDON, W.R. Abortion: what is the problem? **The Lancet**. v. 379, n. 9816, p. 594-596, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003**. 5. Ed. Genebra: 2007.

YUS, R. **Educação Integral: uma educação holística para o século XXI**. Trad. Daisy Vaz de Moraes. – Porto Alegre: Artmed, 2002.

Anexo – Parecer do Comitê de Ética de Pesquisas em Saúde- CEPAS

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 101/ 2012**CEPAS 44/2012**

PROCESSO Nº: 23116.004492/2012-52

TÍTULO DO PROJETO: “O PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO PÓS-ABORTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM”

Pesquisador responsável: Ivanete da Silva Santiago Strefling**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento as pendências informadas no parecer 98/12, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **“O PROCESSO DE GESTÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES HOSPITALIZADAS PARA TRATAMENTO PÓS-ABORTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM”**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/04/2013

Rio Grande, RS, 01 de novembro de 2012.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Identificação:

Idade:

Sexo:

Tempo de exercício profissional:

Local de atuação:

Entrevistas

1. Como você percebe a gestão do cuidado de enfermagem prestado à mulher que interna por complicações de abortamento?
2. O que você considera como cuidado centrado nas necessidades integrais de saúde das mulheres internadas por complicações de abortamento?
3. Quais as dificuldades que você enfrenta e/ou observa ao atender uma mulher que internou por complicações, devido ao abortamento?
4. Quais as facilidades que você enfrenta e/ou observa ao atender uma mulher que internou por complicações, devido ao abortamento?
5. Você utiliza alguma estratégia de promoção à saúde reprodutiva, durante o atendimento das mulheres hospitalizadas para o tratamento de complicações decorrentes de aborto? Justifique.
6. O que você pensa sobre o aconselhamento reprodutivo durante o período de hospitalização? Que orientações você transmite às mulheres?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eu, Ivanete da Silva Santiago Strefling (RG: 5082322371; Tel: (53) 30255087; e-mail: ivanete25@gmail.com), venho respeitosamente, solicitar sua colaboração em participar da pesquisa intitulada **“O processo de gestão do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento: contribuições para a enfermagem”**.

A pesquisa tem como objetivos: Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem a respeito da gestão e realização do cuidado de enfermagem e disponibilizado às mulheres hospitalizadas por abortamento e identificar o que eles pensam a respeito do cuidado centrado nas necessidades integrais e da realização de aconselhamento reprodutivo como estratégia de promoção da saúde. As técnicas metodológicas utilizadas serão: entrevista semiestruturada e análise do Discurso do Sujeito Coletivo.

Não haverá riscos à integridade física dos participantes. No caso de algum sujeito sentir-se prejudicado pela pesquisa, tem-se à disposição recurso psicológico junto aos profissionais de psicologia que atuam no hospital HU/FURG.

A projeção dos resultados do estudo poderá contribuir para a enfermagem, saúde e sociedade e, ainda, colaborar na organização da assistência de enfermagem por meio da qualificação e humanização da assistência à mulher. O mesmo é orientado pelo Prof Dr Enf Wilson Danilo Lunardi Filho (RG:3003891177, Tel: (53) 91037187, e-mail: lunardifilho@terra.com.br).

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa e da metodologia do trabalho. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais, durante e após o término do trabalho;
- De compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho, bem como da análise dos dados.

Nome do(a) participante: _____

Local e Data _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - Ex. INSTRUMENTO DE ANÁLISE DE DISCURSO 1

DSC - PERCEPÇÃO SOBRE A GESTÃO E A REALIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

EXPRESSOES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS
<p><u>Eu acho que é muito deficitário porque esta é uma temática que envolve valores e o cuidado é realizado de acordo com aquilo que a pessoa acha. Por exemplo: se foi um aborto provocado tem um julgamento e eu acho que o cuidado já não vai ser tão holístico assim como a gente preconiza e realiza. Agora se é um aborto que aconteceu por causas naturais, a atendimento ai sim é humanístico. Vejo que tem diferença do atendimento realizado no aborto provocado para o espontâneo, vejo que tem julgamento de valores, que é expresso através comentários, a gente vê comentários. Eu acho que depende de cada profissional, vai mto da experiência, do tempo de trabalho. Talvez quem esteja começando tenha mais paciência para orientar, que orienta para o cuidado tbm. Então tu orienta... geralmente tu sabe se foi aborto provocado ou natural. Aqui quando vem La do SPA já se sabe. Ai acho que vai mais da tua conduta (enf.1)</u></p>	<p>É uma temática que envolve julgamento de valores, a qualidade do cuidado depende da etiologia do aborto.</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p><u>Em primeiro lugar busca-se o risco a vida da paciente. Observa como esta os sinais vitais desta paciente, nesta avaliação vai ser visto se o colo está aberto, se já é uma gestação mais adiantada da pra fazer ultrassom pra ver se o bb tem batimentos fetais ou não. Normalmente a queixa é dor e sangramento e os primeiros cuidados são estes pra manter sv e ver se ta bem ela e levada pra unidade de internação aonde ela fica aguardando a ultrassonografia pra confirmar se tem abortamento, se tem restos ovulares ela pode sangrar, espele coágulos mas não tem abortamento completo, o útero não fica limpo, ai é encaminhada para fazer curetagem. Quando a gente faz o cuidado com esta mulher a gente tem que ter toda a delicadeza pra tocar no assunto pq algumas vezes é um abortamento provocado e algumas vezes não então até tu conseguir saber o que é. Já tivemos casos de mulheres que chegam relatando que provocaram o aborto e no momento que expelem caem no desespero profundo pq ai não era bem isso que queriam e tal. Outras induzem o abortamento e o nenê nasce vivo. Então tem que ter mto cuidado para lidar com esta situação. Alguns dos cuidados de organização do serviço que a gente tem é de procurar não colocar as mulheres em abortamento junto com puérperas, parturientes a termo, que tu nunca sabe, quer dizer algumas vezes tu até sabe que pode causar um sofrimento para uma mae que perdeu o filho junto com a mae que está ali amamentando, normalmente se uma gestação que é por causa natural interna, faz exames, cureta e vai embora. O aborto provocado normalmente tem infecção então ela fica pra fazer antibiótico terapia. quando o aborto foi provocado Tem que ficar de olho pq tem que ver se ela expeliu o BB, se o colo ta fechando, se ela não ta sangrando. (enf. 2).</u></p>	<p>O Processo de enfermagem é correspondente à demanda.</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>Durante o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, procura-se abordar o assunto com delicadeza porque algumas vezes é um abortamento provocado e outras vezes não. Então tem que ter muito cuidado para lidar com esta situação.</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p>Não colocar as mulheres em abortamento junto com puérperas, parturientes a termo, para não causar sofrimento à mulher que abortou.</p> <p style="text-align: center;">C</p> <p>A mulher em processo de aborto demanda acompanhamento constante de sua evolução clinica.</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p><u>Geralmente elas ficam em quarto separados pra não ficar com as outras pacientes que tem BB (tec. Enf.3)</u></p>	<p>As pacientes que abortam são alocadas em quartos separados das demais gestantes ou puérperas.</p> <p style="text-align: center;">C</p>
<p><u>Uma coisa que a gente prioriza aqui é não deixar a</u></p>	<p>Não se deixa gestante junto com as pacientes em</p>

<p><u>mulher gestante junto com as que abortaram pra não aumentar mais a tristeza delas. Então acho que a enfermagem ta bem receptiva para este tipo de mulher. (enf.4)</u></p>	<p>situação de abortamento para não aumentar o sentimento de tristeza. C</p>
<p><u>O cuidado é o mesmo dos outras, quando a paciente chega a gente acolhe, faz os procedimentos, tenta não entrar muito em detalhes com ela, porque elas não estão preparadas para falar sobre o assunto ainda. Acolhe cm se fosse uma paciente qualquer (tec. Enf. 5)</u></p>	<p>O cuidado é o mesmo para todas as pacientes, independente da patologia. Não se aprofunda muito o assunto, pois se acredita que esta mulher não está preparada para falar. A</p>
<p><u>A gente conversa com elas, presta os cuidados, faz os procedimentos técnicos e da auxílio emocional que mtas precisam, normalmente elas se abrem e contam como aconteceu. Elas ficam sempre em quartos separados a gente nunca deixa uma mãe com BB, ou gestante junto com uma que abortou. Muitos profissionais não estão preparados para conversar e mtas pessoas tem o tratamento diferente quando é aborto (tec. Enf. 6)</u></p>	<p>A gente conversa com elas presta os cuidados, faz os procedimentos técnicos e da auxílio emocional que mtas precisam, normalmente elas se abrem e contam como aconteceu. A A mulher que abortou sempre fica em quarto separado daquelas com bebe ou gestante. C Muitos profissionais demonstram tratamento diferente ao atender situações de abortamento. Não estão preparados para conversar. A</p>
<p><u>Eu acho que o cuidado é bom pq eu que já trabalhei em pronto socorro que a gente pegava as pessoas e botava no soro, levava La pra santa casa onde elas faziam a cureta e iam embora pra casa e ninguém preocupava com elas não, então, eu acho que o cuidado aqui ta muito bom. Se tem que melhorar? Sempre tem que melhorar, mas não se pode dizer que é um péssimo serviço, é bom. devem ser cuidadas igual, com o mesmo carinho, a mesma atenção, pq aquela que provoca ela tem na sua mente: é certo? Certo não é, mas, o que é certo neste mundo? (tec.enf. 8)</u></p>	<p>Atualmente o cuidado é muito bom, há tempo atrás, o atendimento era mais burocrático, impessoal. Se tem que melhorar? Sempre tem que melhorar, mas o serviço é bom. B O cuidado prestado é igual para todas as mulheres, sem julgamentos. A</p>
<p><u>Aqui é bem tranquilo, a gente tenta não envolver esta paciente com as parturientes, pq algumas tem aborto natural e outras induzem, então a gente tenta prevenir até por causa que aquela que perdeu para que ela não fique traumatizando vendo a outra amamentando. A gente separa por quarto, enfermaria. Agora quando as enfermarias estão muito lotadas a tendência é de colocar as mães que tem HIV positivas que já não amamentam junto com as em abortamento. Mas sempre a gente prioriza uma unidade apenas para aborto, tem todo aquele cuidado medicamentoso, cuidado após, a questão do período que poderá engravidar, pq elas tem muitas dúvidas. Pq no aborto espontâneo certamente a mulher quer engravidar novamente então a gente faz todo aquele atendimento (enf9)</u></p>	<p>Bem tranquilo A As pacientes são colocadas em quartos separadas das demais mulheres gestantes ou puérperas para não agravar seu estado de saúde. C</p>
<p><u>É bem tranquilo, a gente da assistência, mas não fica perguntando muito. Não interessa se foi espontâneo ou provocado. A gente atende normal. Elas não ficam no mesmo quarto que as mulheres que ganharam nenê. (tec/enf10)</u></p>	<p>É bem tranquilo, a gente da assistência, mas não fica perguntando muito. A gente atende normal. A Elas não ficam no mesmo quarto que as mulheres que ganharam nenê C</p>
<p><u>Acredito que o cuidado é normal como qualquer outra patologia. Elas não ficam em quarto com outra mulher que ta com bebe pelo fato delas terem perdido o bebe e geram constrangimento e pela infecção tbm. (tec/enf11)</u></p>	<p>Acredito que o cuidado é normal como qualquer outra patologia A C</p>
<p><u>É feito todos os procedimentos necessários, não tem assim um cuidado em especial, só no caso de um dialogo porque tem umas que vem muito abatidas, tem vários tipos de aborto, tem o provocado que elas nem tão muito</u></p>	<p>É feito todos os procedimentos necessários. B não tem assim um cuidado em especial, só no caso de um dialogo porque tem umas que vem muito</p>

<p><u>preocupada e tem aquelas que vem demolidas, e mais é ficar em volta, conversar, tentar ver a parte emocional.</u>(tec/enf12)</p>	<p>abatidas, tem vários tipos de aborto, tem o provocado que elas nem tão muito preocupada e tem aquelas que vem demolidas, e mais é ficar em volta, conversar, tentar ver a parte emocional.</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p><u>A gente tenta prestar o máximo de segurança pra ela no especto psicológico, no aspecto físico. Até mtas vezes é um abortamento provocado e outras que elas não queriam e estas as vezes estão mais abaladas psicologicamente. Pra estas a gente tenta dar um suporte psicológico maior, no mais a gente tenta instruir que é pra saude delas que elas colocam suas vidas em risco. Geralmente se separa as mães que abortam das outras. Só se precisar ser feito, se a unidade esta lotada que alguma mãe fica junto com as que abortaram, da parte da enfermagem a gente presta todos aqueles cuidados práticos de medicação, cuidados pra ver cm esta o sangramento, estas coisas que fazem parte da rotina diária.</u> (enf 13).</p>	<p>A gente tenta prestar o máximo de segurança pra ela no especto psicológico, no aspecto físico.</p> <p style="text-align: center;">A</p> <p>Geralmente se separa as mães que abortam das outras. Só se precisar ser feito, se a unidade esta lotada que alguma mãe fica junto com as que abortaram.</p> <p style="text-align: center;">C</p> <p>da parte da enfermagem a gente presta todos aqueles cuidados práticos de medicação, cuidados pra ver cm esta o sangramento, estas coisas que fazem parte da rotina diária</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p><u>Nos dependemos da médica para tomar alguma conduta Pq até então a gente não sabe que tipo de aborto é. Então a medica passa pra enfermeira e a enf diz pra mim. O cuidado de enfermagem é o mesmo independente se foi provocado ou não, é o respeito com a dor pq independente é uma perda. A gente explica</u> (tec enf 14).</p>	<p>Nos dependemos da médica para tomar alguma conduta, Pq até então a gente não sabe que tipo de aborto. O cuidado de enfermagem é o mesmo independente se foi provocado ou não.</p> <p style="text-align: center;">B</p>
<p><u>Percebo é que as pessoas pré-julgam. Ah abortou vou deixar de lado.</u>(tec/enf15)</p>	<p>Percebo é que as pessoas pré-julgam. Ah abortou vou deixar de lado</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p><u>Igual aos outros pacientes, da minha parte é. Elas são colocadas em um quarto que não tenha bebe, a gente toma cuida para não colocar junto com as que abortaram, com mãe com FM ou outra patologia</u> (tec/enf16)</p>	<p>Igual aos outros pacientes, da minha parte são colocadas em um quarto que não tenha bebe, a gente toma cuida para não colocar junto com as que abortaram, com mãe com FM ou outra patologia</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">C</p>
<p><u>Eu acho que ta bem diferente de antes onde os profissionais eram mais resistentes com mais frieza, mas agora ta bem normal. Olha eu trato do mesmo jeito pq não sei qual foi o motivo do abortamento.</u>(tec/enf17)</p>	<p>Eu acho que ta bem diferente de antes onde os profissionais eram mais resistentes com mais frieza, mas agora ta bem normal. eu trato do mesmo jeito pq não sei qual foi o motivo do abortamento.</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p><u>Ola se foi induzido tem uma certa rejeição, senão o tratamento é como qualquer outro, mas no âmbito geral depende de cm foi. Não é muito bom. Eu falo por mim, se foi provocado eu não consigo sorrir mto. Não estou criticando, mas mal sabem elas do sofrimento que elas vão ter. não é pra mim, é pra elas. É uma pessoa que ta desesperada e tu não consegue suprir, as vezes ela não tem outra opção. Mas não é uma discriminação de não cuidar do paciente, não é julgar, mas tu fica receosa do como falar, pq elas já trazem uma bagagem.</u>(tec/enf.18)</p>	<p>Ola se foi induzido tem uma certa rejeição, senão o tratamento é como qualquer outro, mas no âmbito geral depende de cm foi. Não é muito bom. Eu falo por mim, se foi provocado eu não consigo sorrir mto. Não estou criticando, mas mal sabem elas do sofrimento que elas vão ter. não é uma discriminação de não cuidar do paciente, não é julgar, mas tu fica receosa do como falar, pq elas já trazem uma bagagem.</p> <p style="text-align: center;">A</p>
<p><u>Normalmente ela fica aqui internada conosco aguardando, se ela não expeliu o feto ela fica aguardando pra ver se vai ser feito curetagem, se tem mais de 20 semanas se vão induzir e desde quando chega são feitos os cuidados de rotina, a gente ve SV e fica observando se ela tem sangramento. Só se precisar ser feito, se a unidade esta lotada A gente tem uns leitos que é só pra abortamento e quando tem mais leitos elas ficam sozinhas.</u>(enf19)</p>	<p>Normalmente ela fica aqui internada conosco aguardando, se ela não expeliu o feto ela fica aguardando pra ver se vai ser feito curetagem, se tem mais de 20 semanas se vão induzir e desde quando chega são feitos os cuidados de rotina, a gente ve SV e fica observando se ela tem sangramento.</p> <p style="text-align: center;">B</p> <p>A gente tem uns leitos que é só pra abortamento e quando tem mais leitos elas ficam sozinhas.</p> <p style="text-align: center;">C</p>

APÊNDICE D – Ex. INSTRUMENTO DE ANÁLISE DO DISCURSO 2.

Ideia Central A – gestão do cuidado: influenciada por julgamento de valores

EXPRESSÕES-CHAVE	DSC
<ul style="list-style-type: none"> • É uma temática que envolve julgamento de valores, a qualidade do cuidado depende da etiologia do aborto (ENF1). • Durante o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, a gente procura abordar o assunto com delicadeza porque algumas vezes é um abortamento provocado e outras vezes não (ENF2). • O cuidado é o mesmo para todas as pacientes, independente da patologia. (TEC.ENF5). • Muitos profissionais demonstram tratamento diferente ao atender situações de abortamento. Não estão preparados para conversar (TEC. ENF.6). • A gente da assistência, mas não fica perguntando muito. Não interessa se foi espontâneo ou provocado (tec.enf 10). • Percebo é que as pessoas pré-julgam. Ah abortou vou deixar de lado (tec. Enf. 15) • Ola se foi induzido tem uma certa rejeição, senão o tratamento é como qualquer outro, mas no âmbito geral depende de cm foi. Não é muito bom. Eu falo por mim, se foi provocado eu não consigo sorrir muito. Não é uma discriminação de não cuidar do paciente, não é julgar, mas tu fica receosa do como falar, porque elas já trazem uma bagagem (tec. Enf.18). 	<p><i>Eu acho deficitário, porque é uma temática que envolve julgamento de valores. As pessoas pré julgam, se foi induzido tem uma certa rejeição, que é expresso através comentários como: ah abortou! agora vou deixar de lado. Se não, o tratamento é como qualquer outro, mas no âmbito geral depende de como foi. Não é muito bom. Eu falo por mim, se foi provocado eu não consigo sorrir muito e o cuidado é realizado de acordo com aquilo que a pessoa acha. Então tem que ter muito cuidado para lidar com esta situação. A gente procura abordar o assunto com delicadeza porque algumas vezes é um abortamento provocado e outras vezes não. Não aprofundo muito o assunto, dou assistência, mas não fica perguntando muito, pois acredito que esta mulher não está preparada para falar. Não é uma discriminação de não cuidar do paciente, não é julgar, mas tu fica receosa do como falar, porque elas já trazem uma bagagem. Percebo que apesar de o cuidado em si ser o mesmo para todas as pacientes, independente da patologia, muitos profissionais demonstram tratamento diferente ao atender situações de abortamento. Não estão preparados para conversar.</i></p>