

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

MARIANA POSTINGHER

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
ABORTAMENTO**

Porto Alegre

2018

Mariana Postinger

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE
ABORTAMENTO**

Dissertação de Mestrado em Enfermagem Profissional, apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche

Porto Alegre

2018

P857p Postinger, Mariana.
Protocolo de atendimento a mulheres em situação de
abortamento / Mariana Postinger. – 2018.
96 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Porto Alegre, 2018.

“Orientadora: Prof^ª. Dra. Denise Antunes de Azambuja
Zocche.”

1. Aborto. 2. Serviços de saúde para mulheres. 3.
Humanização dos serviços de saúde. 4. Serviços de
enfermagem. 5. Gravidez – Complicações e sequelas.
I. Título.

CDU 618.39

Aos meus pais, Felix (em memória) e Iara,
minhas filhas Giovana e Manuela e meu
companheiro de todos os dias, Luciano.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço aos meus familiares, por entenderem minha ausência durante muitos momentos nesta jornada.

Agradeço, com muito carinho, à minha orientadora, Dra Denise Antunes de Azambuja Zocche, pela atenção, pela tranquilidade e motivação depositadas durante a construção deste trabalho.

Às minhas filhas, Giovana e Manuela pela paciência e compreensão por eu não dispor de mais tempo com elas.

Agradeço, também, à Instituição onde iniciei a pesquisa, a qual fez parte da minha jornada profissional.

Aos amigos que me apoiaram nesta conquista, assim como todos os profissionais e colegas de trabalho que não hesitaram em participar com seu conhecimento e experiência durante a pesquisa.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana.”

(Carl G. Jung)

RESUMO

O atendimento às mulheres com diagnóstico de aborto requer uma atenção segura e humanizada. O abortamento, independente de sua etiologia, é um evento vivenciado por mulheres em crescente índice no Brasil, e se não bem manejado, apresenta riscos e complicações, como a mortalidade. Poucos são os estudos que apresentam a preocupação com os sentimentos e necessidades de saúde dos envolvidos no abortamento. Neste sentido, o presente estudo visou construir e propor a implantação de um protocolo assistencial multiprofissional para mulheres com diagnóstico de aborto, investigando como ocorre a assistência multiprofissional prestada às mulheres com diagnóstico de abortamento. Trata-se de um olhar qualitativo, descritivo e exploratório sendo utilizada a pesquisa ação como meio de entender o atendimento às mulheres com diagnóstico de abortamento, considerando a tríade das práticas baseadas em evidências. Para este, foram entrevistadas dez mulheres que vivenciaram pelo menos um atendimento hospitalar por abortamento no ano de 2017, buscando as preferências das mulheres e a realização da técnica de grupo focal com nove profissionais da saúde que atuavam há mais de dois anos na instituição de escolha da pesquisa, discutindo as evidências clínicas e habilidades clínicas. Mediante análise das evidências e discussão dos dados do estudo, foi possível a construção do protocolo de atendimento a mulheres em situação de abortamento. Os resultados mostram que há necessidade de capacitações com as equipes de saúde, como também de sistematizar o atendimento do abortamento, buscando a individualização de cada caso devido às necessidades de saúde da mulher, desde o diagnóstico do aborto até o posterior planejamento reprodutivo ou contraceptivo.

Palavras chave: Abortamento. Necessidades de saúde da mulher. Protocolo de atendimento. Práticas baseadas em evidências.

Produto: Protocolo de atendimento a mulheres em situação de abortamento.

ABSTRACT

The care for women diagnosed with abortion requires a safe and humanized attention. Abortion independent of its etiology and is an event experienced by women in an increased index in Brazil, and if not well carried, presents risks and complications such as mortality. Few are the studies that show concern with the feelings and health needs of those involved in abortion. In this sense, the present study aimed to build and propose the implementation of a multiprofessional care protocol for women diagnosed with abortion, investigating how multiprofessional care provided to women with a diagnosis of abortion happens. It's a qualitative, descriptive and exploratory look which uses action research as a way to understand the care of women with a diagnosis of abortion, considering the triad of evidence-based practices. For this one, ten women who had experienced at least one hospitalization per abortion in the year 2017 were interviewed, seeking the women's preferences and the realization of the focus group technique with nine health professionals who had been working for more than two years at the institution of research choice, discussing the clinical evidence and clinical skills. Through analysis of the evidence and discussion of the study data, it was possible to construct the protocol of assistance to women in situations of abortion. The results show that there is a need for training with health teams and systematizing abortion care, looking for the individualization of each case due to women's health needs, from the diagnosis of abortion to subsequent reproductive or contraceptive planning.

Keywords: Abortion. Women's health needs. Care protocol. Evidence-based practices.

Product: Protocol for the care of women in situations of abortion.

LISTA DE SIGLAS

AMIU	Aspiração Manual Intra Uterina
CO	Centro obstétrico
E	Entrevistada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GF	Grupo focal
mm	Milímetros
MS	Ministério da Saúde
NTAHA	Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento
OMS	Organização Mundial de Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UTI	Unidade de terapia intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivo Específico	13
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 O Conceito do Aborto	14
3.2 Os Sentimentos da Mulher em Relação ao Processo de Abortamento	17
3.3 A Assistência Prestada a Mulheres em Abortamento: o papel da enfermagem	18
3.4 Protocolos Assistenciais e a Qualidade da Assistência	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 Delineamento	22
4.2 Campo de estudo	24
4.3 Participantes do estudo	24
4.3.1 Mulheres que sofreram aborto	24
4.3.2 Profissionais.....	25
4.4 Coleta de dados	25
4.4.1 Entrevista	26
4.4.2 Grupo focal.....	26
5 QUESTÕES ÉTICAS	28
6 ANÁLISE DOS DADOS	30
7 DISCUSSÃO E RESULTADO	32
7.1 A Atenção à Saúde da Mulher em Abortamento	32
7.1.1 A percepção da mulher e dos profissionais sobre a assistência: entre o diagnóstico e a informação do tratamento	32
7.1.2 A visão da mulher diante da assistência recebida: evidências para mudanças no atendimento.....	41
7.2 As Necessidades das Mulheres com Abortamento: a ambiência entre a assistência qualificada e os caminhos apresentados	52
7.3 A Assistência de Saúde no Pós-abortamento: necessidades de saúde para o planejamento reprodutivo ou contraceptivo	57

7.4 A visão dos profissionais de saúde na assistência à mulher com abortamento a partir do olhar das mulheres	62
7.4.1 Conversando sobre a legislação do aborto e a NTAHA	62
7.4.2 Diagnosticando a necessidade de capacitação para o atendimento à mulher com abortamento	67
7.5 Discutindo e construindo um instrumento de trabalho: protocolo	68
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A	80
Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	80
APÊNDICE B	81
Roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicada as mulheres com vivência de atendimento por abortamento	81
APÊNDICE C	82
Tópicos pertinentes a serem abordados com os profissionais de saúde	82
APÊNDICE D	83
Categorização das entrevistas.....	83
APÊNDICE E	84
Carta de agradecimento e apresentação do protocolo assistencial	84
APÊNDICE F.....	85
Protocolo de atendimento a mulheres em situação de abortamento	85

1 INTRODUÇÃO

O aborto é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) como o término da gestação até 20 ou 22 semanas completas a partir do primeiro dia da última menstruação ou quando, no nascimento, o feto apresenta o peso menor que 500g. Ainda para OMS (2013), o aborto é considerado a 5ª causa de morte materna, devido as suas complicações.

Segundo Valongueiro (2000), o termo abortamento, é o processo de expulsão do concepto antes da sua viabilidade. Cunningham et al. (2015) conceitua o abortamento como a interrupção da gestação prematuramente, antes das 22 semanas com a perda do material conceptual. Ribeiro e Fonseca (2015), além do conceito de aborto da OMS, destacam que no código penal brasileiro, a expressão aborto está relacionado à criminalização do abortamento.

Quanto à classificação do abortamento, este pode se apresentar conforme a sua causa e forma de ocorrência. Para Nonnenmacher (2013), o aborto espontâneo ocorre quando a gestação é interrompida sem uma causa provocada, ou seja, involuntária e de forma natural. Já o abortamento provocado provém de uma ação voluntária, que resulta na interrupção da gestação mediante a utilização de medicamentos, compostos formulados, intervenções manuais ou cirúrgicas. Com relação à incidência, 15% das gestações no Brasil terminam em abortos espontâneos e, 80% destes, ocorrem nas primeiras 12 semanas de gestação, muitas vezes relacionados ao aumento da paridade (número de partos) da mulher. Sendo que no Estado do Rio Grande do Sul, a estatística do IBGE em 2013, aponta que 13,5% das mulheres com idade entre 18 a 49 anos já tiveram pelo menos um aborto espontâneo. (PEDROSA; HIME, 2014).

Neste contexto, a preocupação dos países participantes da (ONU) Organização das Nações Unidas em relação à prática do aborto, resultou no compromisso em desenvolver políticas redutoras para estas práticas, assegurando que as usuárias dos serviços de saúde em processo de abortamento recebam atendimento humanizado e com tecnologias adequadas, evitando o risco de adoecimento e morte. (BRASIL, 2011).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo programas para estabelecer diretrizes com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da mulher, por meio de portarias e diretrizes contidas em políticas e programas de

saúde. Destacamos, entre elas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 e reeditada em 2011. Neste período de implementação da política, tivemos o lançamento, em 2005, da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), também reeditada em 2011, que trouxe como inserção a valorização das práticas humanizadas no atendimento às mulheres, tendo como norteador os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) do Brasil. (BRASIL, 2011).

Contudo, temos percebido algumas críticas em alguns estudos realizados quanto à implementação de tais políticas, normas e diretrizes. Estudos sobre a gestão do cuidado com mulheres em abortamento, como a dissertação de mestrado de Strefling (2013), confirmam esta ideia, de que a prática do PNAISM não evoluiu muito da teoria proposta, pois as suas diretrizes ainda não foram totalmente incorporadas e aplicadas na prática do cotidiano dos serviços de saúde. Strefling (2013) ainda destaca que as ações são fragmentadas, normativas e praticamente isentas da aproximação empática que a paciente espera do profissional. Embora os documentos e diretrizes apontem para uma atenção humanizada como nos mostra a NTAHA. (BRASIL, 2011, p. 11):

Esta Norma pretende, portanto, fornecer aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só um cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, na perspectiva da integralidade deste atendimento, disponibilizá-las alternativas contraceptivas, evitando o recurso a abortos repetidos. Para as mulheres com abortamentos espontâneos e que desejem nova gestação deve ser garantido um atendimento adequado às suas necessidades.

Frente ao exposto, pode-se compreender que o atendimento às mulheres com diagnóstico de aborto requer uma atenção segura, adequada e humanizada devido às sensações de perda, culpa e até de complicações para o sistema reprodutivo, vivenciadas por estas mulheres. Neste sentido, cabe aos serviços, oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade, articulando o conhecimento teórico e prático com boa habilidade de interação e comunicação, considerando o ser mulher em suas necessidades para o norteamento das ações que serão prestadas.

Portanto, se faz necessário pensar sobre o tema abortamento visto que já tem sido alvo de preocupação e estudos, tanto para os organismos internacionais da área da saúde como para pesquisadores brasileiros. Houve um aumento de estudos

e publicações nos anos de 2004 e 2005, pertinentes ao tema aborto, porém ainda muito focados na área jurídica, sendo os abortos provocados os mais citados. Poucos são os estudos sobre o aborto espontâneo, nesta perspectiva assistencial que também está relacionado à mortalidade materna e à baixa preocupação com as complicações físicas e psíquicas geradas pelo aborto às mulheres. (NONNENMACHER, 2013). Entre esta esparsa produção, constata-se uma quantidade pequena de estudos que abordam a gestão e prática do cuidado às mulheres hospitalizadas com diagnóstico de aborto sob as perspectivas dos profissionais de enfermagem. (MORTARI; MARTINI; VARGAS, 2012).

Existe uma dificuldade em acessar dados estatísticos relacionados à etiologia do aborto, ou seja, comprovar se o aborto é espontâneo ou provocado. (NONNENMACHER, 2013). O conhecimento do tipo de abortamento é importante para o planejamento da assistência em saúde e enfermagem, pois dele depreendem-se várias ações, entre elas o acolhimento e o apoio emocional. O plano de como aplicar as diretrizes recomendadas pelos programas de saúde, constitui-se em uma organização de gestão de cuidados. É importante associar a aplicação e a execução das políticas à individualidade de cada usuária com a atividade multiprofissional. (OLIVEIRA; CARVALHO; ROSS, 2015).

Contudo, percebe-se na grande parte dos serviços de atenção à saúde da mulher que, a oferta de ações e procedimentos, é realizada sem atender às particularidades e singularidades das mulheres, levando pouco em consideração a etapa do seu ciclo vital. Para Mccallum, Menezes e Reis (2016), é irônico pensar que no Brasil, tornar-se mãe e abortar sejam eventos que ocorram, na mesma área física, onde estão mulheres em trabalho de parto e mulheres com queixas ginecológicas sem a devida diferenciação e humanização.

Deslandes (2005) já apontava em seus estudos as fraquezas das práticas assistenciais tidas como desumanizantes, quanto às condições precárias de trabalho que acarretam falhas técnicas produzindo estresse e comportamentos que podem ser interpretados, por um lado, como defesas psíquicas dos profissionais, e, por outro, resultam em dificuldade de acesso para as usuárias que sofrem de longas esperas, e são mal acolhidas em serviços sem estrutura propícia ao abortamento.

Se pensarmos que a experiência do aborto vivenciada pela mulher está vinculada a um percurso biológico que é a maternidade, independente de existir o desejo ou não da gravidez, é necessário (re) pensar as práticas dos profissionais

que atendem este segmento da população e pôr em prática a NTAHA estabelecida pelo MS. A mulher que vive uma situação de aborto transcende expectativas internas diversas, tanto físicas como emocionais. (STREFLING, 2013).

A partir da minha vivência profissional na última década, como enfermeira assistencial em centro obstétrico, percebo que é necessário ofertarmos uma assistência humanizada identificada com as necessidades de saúde das mulheres em abortamento, diante de protocolos assistenciais propostos. Entre elas, me chamam atenção aquelas relacionadas a questões afetivas e emocionais.

Frente ao exposto e a partir das buscas realizadas na literatura e na análise de documento oficiais do MS, surgiram alguns questionamentos sobre o tema em questão. Diante destes, desenvolveu-se o problema de pesquisa deste estudo: como são as práticas terapêuticas multiprofissionais com as mulheres que vivenciaram o abortamento e como sistematizá-las?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Construir e propor a implantação de um protocolo assistencial multiprofissional para mulheres com diagnóstico de aborto.

2.2 Objetivo Específico

Investigar como ocorre a assistência multiprofissional prestada às mulheres com diagnóstico de abortamento.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão de literatura deste projeto será apresentada em etapas conforme os aspectos relacionados ao tema em questão, julgados importantes pela autora, como necessidade para o entendimento da questão a ser estudada. O tema aborto ou abortamento requer uma revisão sobre sua contextualização: conceitual, aspectos emocionais e físicos das mulheres, assistência prestada pela equipe multiprofissional e protocolos assistenciais.

3.1 O Conceito do Aborto

O aborto é definido como o término da gestação antes das 22 semanas e quando o embrião ou feto (dependendo do seu estágio de desenvolvimento) pesa 500g ou menos. (CUNNINGHAM et al., 2015). O processo de abortamento é entendido quando há a expulsão ou extração do produto conceptual, antes da sua viabilidade, como conceituado na NTAHA. (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco a ser considerados para o aborto são a idade materna, antecedentes de aborto, tabagismo, etilismo e uso de drogas, uso de anti-inflamatórios não hormonais, cafeína e extremos de peso. Quanto à etiologia, consideram as anormalidades cromossômicas (50% dos casos), alterações uterinas congênitas ou adquiridas, fatores endócrinos, fatores imunológicos e infecções. (CUNNINGHAM et al., 2015).

O aborto pode ser precoce, quando ocorre antes das 12 semanas de gestação, ou tardio, quando o aborto ocorre após as 12 semanas de gestação. O valor estimado de gestações que terminam em abortamento é de 15 a 20%, porém acredita-se que seja maior este índice devido à falta de notificações e até de conhecimento da gravidez pela mulher. (FREITAS et al., 2011).

Segundo Fraser e Cooper (2010), o aborto pode ser espontâneo, induzido ou recorrente. No aborto espontâneo ocorre o término da gestação antes da viabilidade fetal e de forma não provocada, consequência de um aborto inevitável (quando há ruptura grosseira das membranas na presença de dilatação cervical e não perda do material), incompleto (há expulsão de parte do material conceptual), completo (expulsão de todo material conceptual) e aborto retido (quando há ausência de batimentos cardíacos do feto e não há expulsão do material conceptual). O aborto

induzido, ocorre de forma provocada, com uso de materiais ou medicamentos para o término da gestação. E o aborto recorrente ou habitual é quando há perda de três ou mais gestações anteriores.

O abortamento espontâneo é uma das complicações mais comuns da gestação, ocorrendo mais frequentemente no primeiro trimestre da gestação. (MCCALUM; MENEZES; REIS, 2016). Sua prevalência é de 15 a 27% em mulheres entre 24 a 29 anos, aumentando para 75% em idade superior a 45 anos. (KERSTING; WAGNER, 2012). Um estudo realizado por Oliver-Williams e Steer (2015), durante os anos de 1988 e 2000, demonstra maior incidência de aborto espontâneo em mulheres de raça negra, propondo maior investigação dos fatores de risco em relação à raça negra.

O aborto provocado ou induzido remete a uma situação insegura, de como foi conduzido e ou tratado. O que atualmente é a preocupação dos governos devido à alta taxa de mortalidade secundária as consequências destes atos. (NONNENMACHER, 2013). De acordo com a OMS (2013), uma a cada oito mulheres morrem pela prática insegura de abortamento, aproximadamente 47 mil mulheres por ano. O diagnóstico de aborto provocado está relacionado a um exame clínico ou anatomopatológico, que muitas vezes não possibilita distinguir sua causa, ficando a critério das informações da paciente, dos familiares ou de quem realizou o aborto. (NONNENMACHER, 2013).

Em 2005, o MS, com a finalidade de melhorar a assistência profissional à mulher em abortamento e de reduzir os elevados índices de mortalidade materna, criou a NTAHA (Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento), que garante que toda mulher em processo de aborto inseguro ou espontâneo, tenha direito a acolhimento e tratamento com qualidade, no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011).

Já naquela ocasião, o documento destacava que 10% dos atendimentos em hospitais de casos de aborto são ocasionados pelas mais diferentes formas devido ao não planejamento reprodutivo destas mulheres e até mesmo de jovens. O que envolve pouca ou falta de informação sobre a anticoncepção, sua dificuldade de acesso, falhas do uso (irregular ou inadequado) e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

Dides, Benavente e Sáez (2010) já relatavam que em muitos países a legislação em vigor não impede a realização do aborto como forma de interromper a

gestação, fazendo com que muitos abortos sejam realizados clandestinamente, em condições inseguras e por pessoas despreparadas. Neste sentido, as consequências da prática de abortos clandestinos já eram apresentadas nos altos índices de morbidades e mortalidades maternas que sobrecarregam os atendimentos prestados nas redes de saúde que não possuem infraestrutura adequada para uma assistência humana e digna para estas mulheres. (VENTURA, 2009). Cerca de 2 mil mulheres abortam todos os dias no Brasil. (STREFLING et al., 2015).

Em Brasil (2011), além dos conceitos de tipos de aborto, o MS classifica as formas clínicas de aborto. A *ameaça de aborto* é definida quando a mulher apresenta escasso e intermitente sangramento uterino, com a presença ou não de cólicas, com colo uterino fechado e feto vivo. Neste caso há um acompanhamento clínico e realização de exame ultrassonográfico. O *aborto inevitável* apresenta sangramento em quantidade significativa, cólicas fortes e o colo uterino com dilatação, com a expulsão do material gestacional em andamento. O *aborto completo* apresenta a expulsão completa do material ovular e permanece com sangramento discreto. No *aborto incompleto*, somente parte do material ovular é expulso, acompanhado de cólicas e sangramento. No *aborto retido*, há a detecção da morte do conceito, mas não ocorre a expulsão – podendo esta perdurar por mais de 4 semanas. *Aborto infectado* é a presença de infecção de diversas categorias, resultante das condições de abortamento provocado inadequadamente ou por demora na expulsão do conceito de forma espontânea ou provocada. O *aborto eletivo* é o aborto quando indicado previsto em lei. E o *aborto habitual ou recorrente* é quando a mulher apresenta mais de três abortos consecutivos e espontâneos.

A septicemia decorrente de um aborto realizado de forma inadequada é uma causa importante de morte materna. Muitos estudos citam as complicações do aborto como a quinta causa de mortalidade materna no Brasil. (OMS, 2013).

O risco de ter um aborto está relacionado a mulheres que já tiveram abortos anteriores. Nos casos de abortos espontâneos de repetição (recorrentes ou habituais) as mulheres necessitam de uma assistência adequada para se protegerem em uma nova gestação. A recuperação da mulher após um abortamento depende do tempo de gestação interrompida, sendo as gestações de primeiro trimestre de recuperação relativamente rápida. (BRASIL, 2011).

3.2 Os Sentimentos da Mulher em Relação ao Processo de Abortamento

A gestação é vista como um processo almejado e de plenitude feminina, porém se for avaliado seu desejo e sua condição de vida atual nem sempre o momento é o cabível para perdas e ganhos. E quando ocorre uma perda gestacional, a mulher, além de avaliar toda sua condição, ainda sofre a culpa e questionamentos de quem a permeia, caracterizando um período de regressão emocional. (MCCALUM; MENEZES; REIS, 2016).

O abortamento é o término de uma expectativa que gera diversos sentimentos vinculados à maternidade. É uma experiência que interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, sendo a gestação desejada ou indesejada. Independente do tempo gestacional, representa o fim, a perda de algo que estava em desenvolvimento, expondo a mulher a dilemas culturais, religiosos, morais e emocionais. Inicia um questionamento da justificativa do ocorrido. (NONNENMACHER, 2013).

Os motivos que levam o aborto a ocorrer ou ser escolhido como uma prática, podem provocar um lamento reservado para evitar o julgamento social. Este processo envolve sentimentos como a culpa, angústia e perda, que podem desencadear transtornos emocionais como a depressão. (MARIUTTI; FUREGATO, 2010).

Ferguson, Horwood e Boden (2008) apresentaram o resultado de um estudo longitudinal, de 30 anos, com mulheres que sofreram aborto e concluíram que este está associado a um pequeno aumento de incidência de transtornos mentais, principalmente a depressão nos casos de gravidezes desejadas, e nas indesejadas, a resposta da mulher é menos estressante e neutra.

O aborto espontâneo é uma perda brusca, que remete a um sentimento de perda física e emocional de todas as expectativas de se ter um filho. Algumas mulheres apresentam certo alívio com a perda nos casos em que não esperavam a gravidez. Para muitas o ocorrido foi tão rápido que nem sentiram o efeito de estarem grávidas. Para outras, a perda gera tristeza, preocupação e a expectativa de quando poderão engravidar novamente. (NERY et al., 2006).

O processo de abortamento normalmente inicia com sangramento vaginal e dor em baixo ventre, referidos pela mulher, porém algumas não apresentam sintomas e descobrem que a gestação foi interrompida quando realizam uma

ultrassonografia. Na ultrassonografia os achados estão relacionados ao tempo gestacional. Quando o saco gestacional for menor que 25 milímetros e não se visualiza o embrião, diagnostica-se gestação interrompida. Por vezes, uma ultrassonografia não é o suficiente devido à idade gestacional ser precoce, então, tornam-se necessários exames seriados para observar o crescimento do saco gestacional e/ou do feto despertando sentimentos de angústia na mulher. (PEDROSA; HIME, 2014).

Quando a mulher chega à rede de saúde para atendimento devido a um abortamento, vivencia experiências físicas, emocionais e sociais. Demonstra as vivências físicas, porém omite seus sentimentos. Algumas apresentam o medo da incapacidade de engravidar novamente. Devido a isto, é importante o acolhimento humanizado a estas mulheres. (BRASIL, 2011).

A dor apresentada pela maioria das mulheres é demonstrada de diferentes formas no abortamento. A intensidade da dor varia conforme alguns aspectos como a idade da mulher, a paridade, os antecedentes do fluxo menstrual, assim como o nível de ansiedade e sentimento de perda da mulher. É comprovado que se a mulher tiver um parto vaginal anterior ao aborto e estiver sendo assistida por um profissional com experiência, a dor será com menor graduação. Se a dor não for levada em consideração, a ansiedade aumenta, promovendo uma adaptação inadequada ao tratamento do aborto. (OMS, 2013).

A mulher que vivencia o aborto espontâneo apresenta um período de luto devido sua perda. Algumas o enfrentam, outras o postergam e outras não o resolvem. A perda mal resolvida pode gerar futuras manifestações que deveriam ter sido manejadas no tempo certo. (NERY et al., 2006).

3.3 A Assistência Prestada a Mulheres em Abortamento: o papel da enfermagem

Segundo o MS, ocorrem cerca de 250mil internações para a realização de curetagens uterinas pós-aborto por ano, nos hospitais públicos. A curetagem pós-aborto é o terceiro procedimento obstétrico mais realizado pelos profissionais na rede pública de serviços de saúde. (BRASIL, 2011).

A mulher com diagnóstico de aborto é atendida no mesmo ambiente em que outras mulheres recebem atendimento para terem seus filhos, como os centros

obstétricos. Alguns profissionais não percebem a diferença consistente neste atendimento, podendo haver uma discriminação em relação à mulher com abortamento impossibilitando uma assistência humanizada. (MCCALUM; MENEZES; REIS, 2016).

Na segunda edição da NTAHA, é indicado que o atendimento de qualidade prestado à mulher em situação de abortamento deve ser sistematizado por haver a necessidade de um conhecimento prévio, tanto teórico quanto prático, uma comunicação efetiva e a habilidade de interação para que a mulher seja percebida em sua integralidade. Outro destaque é dado ao acolhimento e à orientação como elementos importantes para um atendimento humanizado. Neste sentido, a equipe de saúde necessita refletir suas atuações para não haver prejulgamentos e rotulações em relação a esta mulher. (BRASIL, 2011).

A OMS, em 2013, desenvolveu o Manual de Abortamento Seguro: orientação técnica de políticas para sistemas de saúde com o objetivo de padronizar as condutas a serem adotadas pelas redes de saúde. As condutas foram estabelecidas para manter o atendimento do aborto seguro. Entre as condutas: determinar adequadamente a idade gestacional em que a mulher se encontra e o tempo de diagnóstico de aborto, o uso profilático de antibióticos; o preparo do colo uterino com uso de medicamentos dilatadores como o misoprostol até a expulsão do material conceitual, e dilatadores osmóticos, como as laminárias (que absorvem a umidade cervical e alargam gradualmente o canal endocervical); a administração de medicamentos para a dor; o uso de anestésico local como a lidocaína no colo uterino; o exame físico e uso de ecografias e exames laboratoriais; o aconselhamento pós-atendimento, como concepção e planejamento reprodutivo.

A preparação do colo uterino antes do abortamento cirúrgico com medicamentos é importante para evitar complicações, como hemorragias, e para facilitar para os profissionais com menos experiência. Porém este preparo agrega custos e tempo até que o efeito ocorra. (OMS, 2013).

Há décadas, a enfermagem vem percebendo a necessidade de uma normatização de cuidados individuais ao cliente, onde o enfermeiro deve planejar uma assistência integral e de responsabilidade junto ao cliente. (STREFLING et al., 2015). Para Barbosa e Melo (2008), o enfermeiro deve coordenar e gerenciar todo o processo de assistência desenvolvido para o cliente, alinhando todo o contexto da instituição hospitalar.

Outro aspecto importante é a questão bioética que envolve a assistência às mulheres em abortamento. Em todo o caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser multiprofissional, respeitando sua liberdade, dignidade, autonomia, a autoridade moral e ética para as tomadas de decisão de seu cuidado. (BRASIL, 2011).

Para Dias, Fonseca, Parcianello e Gehlen (2013), há a necessidade de uma formação ética, jurídica e legal para o acadêmico de enfermagem, desenvolvendo assim, uma educação de saúde e valores, em função do contexto do aborto estar inserido em um espaço polêmico que envolve aspectos morais e legais. O Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940, art. 128) só permite o aborto no Brasil nas seguintes situações:

Artigo 128: Não se pune o aborto provocado por 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 do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal.

Do ponto de vista jurídico, a lei não estabelece limites quanto à idade gestacional. No primeiro caso, o consentimento da gestante não é necessário e somente o médico pode avaliar essa necessidade, sendo dispensável uma autorização judicial ou policial. Nesse caso, devem estar descritas as reais necessidades, a permissão por escrito de dois médicos e a notificação ao Comitê de Ética da instituição onde será realizado. No caso de abortamento após violência sexual, o procedimento só é permitido com o prévio consentimento da gestante ou de seu representante legal, caso seja menor de idade ou incapaz não há necessidade de sentença condenatória ou de autorização judicial de acordo com o Decreto-lei número 2848, de 7 de dezembro de 1940. (BRASIL, 1940).

Os profissionais devem estar sensibilizados e capacitados para desenvolver uma prática acolhedora nas situações de abortamento. Escutar e considerar os aspectos psicossociais são fundamentais. A enfermagem tem um papel diferenciado por estar na linha de frente do atendimento obstétrico e na fase de recuperação clínica ou cirúrgica da mulher com abortamento, mas deve integrar a assistência profissional de um assistente social e um psicólogo, conforme os casos de aborto. (BRASIL, 2011).

3.4 Protocolos Assistenciais e a Qualidade da Assistência

No local de atendimento às mulheres com abortamento, o plano de cuidados estabelecidos deve seguir uma gestão norteadora, para que as atividades assistenciais sejam realizadas adequadamente, seja por diretrizes ou protocolos. (STREFLING et al., 2015). Em estudo, Christovam, Porto e Oliveira (2012) já afirmavam que, para desenvolver o cuidado sistematizado e de qualidade às mulheres com diagnóstico de abortamento, é preciso articular mais o conhecimento teórico e prático, e desenvolver maiores habilidades de comunicação e interação entre a equipe e a paciente, considerando a mulher como principal objetivo norteador das ações dos cuidados.

Os protocolos são instrumentos importantes que padronizam condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes hospitalares e ambulatoriais, para organizar e enfrentar problemas na assistência e na gestão de serviços. Orientam fluxos para o enfrentamento de problemas, sendo elaborados por profissionais especialistas na área e respaldados por evidências científicas. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). O protocolo é a descrição de uma situação específica de um cuidado no qual se denomina o que se faz, quem faz e como se faz. Contém vários procedimentos, aprimorando a assistência com práticas cientificamente sustentadas, minimizando diferentes condutas e informações entre profissionais da mesma equipe de saúde. (PIMENTA et al., 2015).

A existência de protocolos não anula a autonomia do profissional, ele permanece decidindo as condutas a serem tomadas, porém, se seguir o protocolo estabelecido, terá o endosso da Instituição. Os protocolos são instrumentos constituídos e construídos a partir das práticas baseadas em evidências (PBE). A PBE é uma prática de uso consciente, que requer a integração da melhor evidência disponível da literatura com a experiência clínica profissional, às preferências do paciente e os recursos disponíveis da instituição. (PIMENTA et al., 2015).

O atendimento em saúde por muitos anos foi baseado na experiência profissional, em ações que geravam resultados positivos, deixando de lado o conhecimento científico ou até mesmo, não transformando estas experiências em métodos cientificamente documentados. Muitos procedimentos são pouco documentados ou até mesmo não atualizados em registros já realizados. (BORK, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento

A pesquisa qualitativa responde a questionamentos muito particulares, que não podem ser quantificados e que envolvem percepções frente a atitudes e valores sobre determinado assunto. O caráter descritivo e exploratório, assim como a pesquisa de campo, permitem uma aproximação entre o pesquisador e a questão a ser respondida pela pesquisa, como também, com os participantes da mesma. (MINAYO, 2014). O desenvolvimento deste estudo foi baseado em uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório do tipo pesquisa ação.

A pesquisa ação é utilizada quando há interesse coletivo na resolutividade de um problema relevante com a utilização de grupos, que consiste do pesquisador, dos membros do problema e outros interessados em resolver o problema. O pesquisador participa da pesquisa ativamente na resolução do problema, juntamente com os participantes. A pesquisa ação apresenta algumas fases de desenvolvimento de forma flexível, ou seja, o pesquisador escolhe e segue as fases que mais se enquadram com a pesquisa. (THIOLLENT, 2011).

De acordo com a escolha e os objetivos propostos, foram utilizadas três fases adaptadas a partir dos pressupostos da pesquisa ação, conforme Thiollent (2011). São elas:

1) **Exploratória:** A fase exploratória englobou o levantamento do problema de pesquisa e a análise de conteúdo como os documentos oficiais do MS, neste caso a NTAHA, e publicações referentes ao tema. O levantamento do problema foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa foram realizadas entrevistas com mulheres que tiveram a vivência do diagnóstico de abortamento e atendimento hospitalar por este motivo e, na segunda etapa, foi realizada a revisão de literatura sobre o tema, assim como uma leitura das transcrições das entrevistas realizadas com as mulheres.

2) **Seminário:** O papel do seminário é de examinar, discutir e achar soluções para o problema de pesquisa. No seminário foi utilizada a técnica do grupo focal (GF) com os profissionais de saúde. Os dados levantados da literatura e das entrevistas com as mulheres foram analisados pela pesquisadora, apresentados ao grupo de profissionais, como evidências clínicas e preferências das mulheres.

Posteriormente, estes dados foram discutidos e foram apontadas as habilidades clínicas dos profissionais. Após a discussão, deu-se a construção do protocolo.

3) **Divulgação externa:** É a fase de divulgação dos resultados encontrados na pesquisa. Nesta, ocorreu a apresentação final do modelo de protocolo aos profissionais e para a instituição, construído a partir da fase exploratória e do seminário.

Para realizar a fase exploratória e o seminário, utilizou-se o referencial da Prática Baseada em Evidência. A busca destas transformações foi fundamentada no modelo proposto por Larrabee (2011). Cabe destacar que este método foi desenvolvido por um grupo de enfermeiros da atenção hospitalar norte americano, visando melhorar a assistência de enfermagem, integrando a experiência clínica interna dos profissionais com a melhor evidência clínica externa. (LARRABEE, 2011).

Conforme Larrabee (2011), existem seis etapas estabelecidas para a mudança ocorrer a partir do uso de evidências: avaliar a necessidade de mudança da prática, localizar as melhores evidências, fazer uma análise crítica das evidências, projetar a mudança da prática, implementar e avaliar integrando a mudança da prática. As alterações surgem devido mudanças de comportamentos e estruturas disponíveis para tal ação, para melhor atendimento ao paciente.

Neste estudo, foram realizadas as quatro primeiras etapas, com a meta de realizar as etapas posteriores que exigem aceitação do local onde foi realizada a pesquisa para a implantação do protocolo proposto e avaliação após sua implementação.

Diante disto, a metodologia utilizada proporcionou a interação com a problemática por meio das vivências dos participantes do estudo, levantando e discutindo a problemática vivenciada no cenário das práticas hoje exercidas, e elaborando uma proposta de protocolo assistencial para atendimento das mulheres com diagnóstico de abortamento. Pedrolo et al. (2009) reforçam a importância de integrar três elementos para adquirir uma proposta de atividades baseadas em evidências: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente, as quais foram utilizadas neste estudo.

4.2 Campo de estudo

A pesquisa foi realizada na região do Vale do Rio dos Sinos–RS, durante os meses de julho a agosto do ano de 2017, com a participação de mulheres que tiveram atendimento hospitalar por abortamento e profissionais atuantes de um Hospital Filantrópico da região, após aprovação do Conselho de Colegiado da Instituição e do Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos. A escolha do campo da pesquisa se deu por ter sido um campo de atuação profissional da pesquisadora nos últimos doze anos e ser referência de atendimento na região.

O hospital de escolha para o estudo é considerado de alta complexidade em atendimento e referência em gestação de alto risco na região do Vale do Rio dos Sinos. A estrutura materno-infantil conta com um centro obstétrico, ala de internação para gestantes de alto risco, puérperas, UTI neonatal e UTI adulto.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram dez mulheres que vivenciaram a experiência do abortamento e que tiveram atendimento hospitalar na região do Vale do Rio dos Sinos, no ano de 2017, e nove profissionais atuantes na Instituição, sendo dois enfermeiros, três médicos obstetras, três técnicos de enfermagem e um psicólogo, que trabalham na instituição (de escolha) há pelo menos dois anos na área atendendo os critérios de inclusão.

4.3.1 Mulheres que sofreram aborto

As mulheres convidadas para o estudo foram escolhidas de forma aleatória, através do sistema de registro de atendimentos da Instituição de escolha da pesquisa e que tiveram a experiência de um atendimento hospitalar por aborto no ano de 2017.

Estas tinham entre dezenove a trinta e oito anos de idade, sendo três mulheres na primeira gestação (primigestas) e sete mulheres com mais de duas gestações (multigestas), sendo a maioria dos casos de aborto durante o primeiro trimestre de gestação. Das multigestas, sete mulheres com um aborto e três mulheres com abortos recorrentes.

Como critérios de exclusão, foram considerados os casos em que as mulheres não apresentavam condições de participar devido estado o clínico e/ou problemas de cognição, porém nenhum caso foi identificado. O número final de participantes mulheres foi estabelecido a partir do critério de saturação de Fontanella, Ricas e Turato (2008), para os quais a saturação de dados caracteriza-se quando os mesmos tornam-se repetitivos, podendo acarretar na interrupção da coleta dos dados de forma consciente pelo pesquisador, pois este deve avaliar se o objetivo da pesquisa foi alcançado e se houve profundidade no conteúdo explorado através da população escolhida. As mulheres entrevistadas foram identificadas por números ordinais (1, 2, 3...) em ordem da realização das entrevistas, preservando suas identidades e nomes, acompanhados da letra E inicialmente, como por exemplo: E1.

4.3.2 Profissionais

Os profissionais participantes do estudo totalizam nove participantes, sendo dois enfermeiros, três médicos obstetras, três técnicos de enfermagem e um psicólogo, os quais trabalham na instituição de escolha onde são atuantes, há no mínimo dois anos, na área materno-infantil e no centro obstétrico, além da pesquisadora do estudo. Como caráter de exclusão dos profissionais participantes do estudo, foram considerados aqueles que estivessem de férias em licença.

Para todos os participantes foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), elaborado pela pesquisadora e com base no termo proposto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos (Apêndice A) e os mesmos tiveram o direito de desistir da participação do estudo sem nenhuma penalidade ou julgamento, contudo, isto não ocorreu.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no ano de 2017, nos meses de julho e agosto, utilizando o método de pesquisa ação, por meio de entrevistas e grupo focal, detalhados a seguir:

4.4.1 Entrevista

Neste estudo foram realizadas entrevistas semi estruturadas, elaboradas pela pesquisadora (Apêndice B), durante os meses de julho e agosto de 2017, com dez mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. Para tanto, as entrevistas com as mulheres foram realizadas para contemplar a temática do problema da pesquisa. Conforme Lakatos e Marconi (2010), a entrevista possibilita averiguar fatos ocorridos, conhecer a opinião, ação e sentimento do participante.

As entrevistas foram realizadas individualmente em locais privados, nas cidades de residências das mulheres, com datas e horários escolhidos pelas participantes, com a duração aproximada de trinta minutos cada uma. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra no mesmo dia de sua realização, para melhor captação de sentimentos da participante e percepções da pesquisadora. Nenhuma entrevista apresentou qualquer inaceitabilidade ou resistência por parte das entrevistadas, sendo respeitados os momentos de indagações e de sentimentalismo perante as lembranças. A quantidade de entrevistas foi estabelecida pelo critério de saturação dos dados, conforme Fontanella, Ricas e Turato (2008).

4.4.2 Grupo focal

O grupo focal seguiu a proposta de Gomes e Barbosa (2012), de ocorrer encontros com pessoas convidadas que apresentam características semelhantes em algum aspecto, e que são estimuladas por um mediador a discutirem sobre determinado assunto, sendo necessários no mínimo dois encontros e ser composto de pelo menos seis pessoas.

Neste estudo foram realizados dois encontros, de uma hora aproximadamente, com os profissionais de saúde, tendo o intervalo entre um encontro e o outro de uma semana. No primeiro encontro com o grupo de profissionais foram discutidos tópicos pertinentes sobre aborto e o atendimento prestado nestas situações (Apêndice C), o conteúdo da literatura pesquisada e utilizada e o levantamento dos principais tópicos das entrevistas realizadas com as mulheres. No segundo encontro, foi apresentado pela pesquisadora um levantamento das discussões do encontro anterior, e proposta a construção do

protocolo assistencial multiprofissional, sendo finalizado no mesmo encontro. Os encontros do grupo focal ocorreram em local confortável e horário previamente estabelecido pela pesquisadora, quando foram gravados áudios, sendo estes transcritos na íntegra.

O grupo focal ocorreu de uma forma agradável, com participação de todos e foram muito produtivos, com intermédio da pesquisadora e sem a necessidade de qualquer intervenção além dos tópicos propostos.

5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto do estudo foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) (Projeto 70234217.2.0000.5344 – Plataforma Brasil) e seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012). Foram oferecidas informações referentes ao estudo e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), produzido pela pesquisadora para todos participantes do estudo (Apêndice A), em duas vias, permanecendo uma via com cada participante e a outra com a pesquisadora.

As entrevistas das mulheres e o encontro do grupo focal foram gravados em formato de áudio, transcritos na íntegra, os quais serão armazenados pela pesquisadora por cinco anos juntamente com os TCLE's conforme resolução 466/2012 (BRASIL, 2012) e após, serão destruídos. Os profissionais foram identificados pela ocupação profissional e por letras do alfabeto (A, B, C, D, E...) para preservar as suas identidades nas transcrições realizadas. As mulheres entrevistadas foram identificadas pela letra E acompanhada de números ordinais (1, 2, 3...) em ordem da realização das entrevistas, preservando suas identidades e nomes.

Durante a apresentação dos dados foram citadas falas dos participantes do estudo e referencial teórico para fundamentar as colocações. Os dados coletados foram analisados e apresentados de forma ética, respeitando a confidencialidade e a oportunidade de abandono do estudo pelo participante até o momento da conclusão do estudo, sem punição ou constrangimento.

O presente estudo não apresentou danos aos participantes considerando que foram solicitados os relatos das experiências vividas no processo de abortamento e atendimento hospitalar. Em todas as entrevistas com as mulheres, não foi questionada a etiologia do aborto, porém em algumas entrevistas esta foi expressa espontaneamente pela entrevistada.

Os critérios de inclusão e exclusão dos participantes foram respeitados, sendo as mulheres com diagnóstico e atendimento hospitalar por abortamento em 2017, excluindo as que não apresentavam condições clínicas para a participação, e os profissionais de saúde que apresentam atividade há mais de dois anos na área

da saúde da mulher e excluídos os que estavam de férias ou em licença por motivos não revelados.

Cabe destacar que não houve nenhuma desistência, nem tampouco algum desconforto que necessitasse de encaminhamento ou apoio psicológico.

6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada e fundamentada na técnica de análise temática de conteúdo em três fases, proposta por Minayo (2014), sendo os mesmos sistematizados de acordo com a análise temático-categorial, para fundamentar a construção do protocolo assistencial para mulheres em situação de atendimento por abortamento. As três fases comportam: a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise propriamente dita. (MINAYO, 2014).

A ordenação dos dados abrangeu a organização do material das entrevistas, do grupo focal e das observações. Foram transcritas as entrevistas para uma leitura geral das temáticas mais relevantes. Nesta etapa, identificou-se que os relatos das mulheres e seus sentimentos contribuíram para entender melhor as suas necessidades durante seu atendimento no abortamento, demonstrando qualidade do conteúdo. Num segundo momento, partiu-se para a saturação. Foram entrevistadas mais duas mulheres e observou-se que o conteúdo foi suficiente para que o objetivo da pesquisa fosse alcançado, de forma profunda no conteúdo, dando subsídios para que a futura discussão e a construção do protocolo assistencial fossem realizadas com os profissionais da saúde. Após a ordenação do material oriundo das transcrições das entrevistas, foram transcritas as discussões dos grupos focais com os profissionais e analisados os temas mais recorrentes, relacionados ao objetivo do estudo. Nesta etapa foram utilizados os dados revelados pelas mulheres, o que dizia respeito às preferências e evidências relatadas pelas mesmas em situação de abortamento, para que posteriormente fossem utilizados como subsídio na criação de um protocolo de atendimento a mulheres em abortamento.

Na classificação dos dados, foi realizada uma leitura exaustiva do material e separação por categorias formadas com base no conteúdo. Ocorreu uma decodificação do conteúdo e separado em categorias, de forma a representar as percepções e necessidades de saúde das mulheres. Portanto, foram identificadas expressões, palavras e frases que remetessem às expectativas vividas neste processo de abortamento. A categorização das amostras foi estabelecida e apresentada mediante tópicos pertinentes aos objetivos propostos na pesquisa, apresentados na discussão com a finalidade de não permitir o desvio da proposta inicial e permitir maior consistência para o desenvolvimento do protocolo,

posteriormente. Todos os dados foram categorizados em tabelas formatadas no Word, pela pesquisadora, conforme exemplo do Apêndice D.

A análise do conteúdo baseou-se na inflexão gerada pela ordenação e classificação dos dados, que resultaram em uma interpretação final do material coletado. Deu-se início ao tratamento do material empírico, a fim de este ser codificado em unidades, temas e categorias empíricas, que expressam as características pertinentes ao conteúdo das declarações analisadas.

7 DISCUSSÃO E RESULTADO

Mediante a análise dos dados gerados, a partir das entrevistas com as mulheres e dos encontros com os profissionais de saúde, emergiram quatro categorias que se destacaram, muito importantes para fundamentar a construção do protocolo de assistência a mulheres com abortamento. As categorias são: A atenção à Saúde da Mulher em Abortamento; As Necessidades das Mulheres com Abortamento: a ambiência entre a assistência qualificada e os caminhos apresentados; A Assistência de Saúde no Pós-abortamento: necessidades de saúde para o planejamento reprodutivo ou contraceptivo; e A visão dos profissionais de saúde na assistência à mulher com abortamento.

7.1 A Atenção à Saúde da Mulher em Abortamento

Esta categoria apresenta duas subcategorias: A percepção das mulheres e dos profissionais sobre a assistência: entre o diagnóstico e a informação do tratamento; e A visão da mulher diante da assistência recebida: evidências para mudanças no atendimento. Tais subcategorias atendem às questões do conjunto de perguntas relacionadas à qualidade da assistência recebida.

7.1.1 A percepção da mulher e dos profissionais sobre a assistência: entre o diagnóstico e a informação do tratamento

O diagnóstico de aborto foi considerado um tópico importante a ser discutido por ser a parte inicial e norteadora do atendimento ao abortamento, envolvendo vários contextos que também impulsionarão a adesão da mulher ao tratamento. Cunningham et al. (2015) afirma que o diagnóstico de aborto é confirmado pelo médico com avaliação clínica e exames, como a ultrassonografia uterina.

Os dados revelaram que as mulheres tiveram o conhecimento de que estavam no processo de abortamento, de duas formas: algumas pelo sinal de sangramento, outras pela perda de líquido ou dores abdominais, obtendo a confirmação durante a realização da ecografia ou pelo exame físico médico, e as demais, somente ao realizarem a primeira ecografia, que é solicitada rotineiramente assim que se confirma a gravidez:

“Fui fazer a primeira ecografia com 10 semanas, pois quando descobri eu já devia estar com mais de um mês de gravidez. Quando fui fazer a ecografia, já estava mostrando que estava morto (feto)”. (E5).

“Eu fiquei abalada com a notícia de que tinha perdido o bebê. Fui consultar num dia, tudo bem. Uma semana depois fui fazer a ecografia e a notícia de que tinha perdido. Não tinha mais os batimentos (cardíacos do feto) na ecografia”. (E7).

“Fiz a primeira ecografia e já mostrou...que...que não tinha mais vida(feto)”. (E8).

“[...] tive sangramento. Fui no hospital e me examinaram. O médico disse que tinha que fazer uma ecografia para confirmar. Fiz e lá estava a minha resposta...não tinha mais vida(feto)”. (E10).

Em todos os casos, sendo por exame clínico ou por ultrassonografia, a mulher recebe uma notícia de contexto forte, aceitável ou não aceitável, independente da etiologia, sendo que em muitos casos, ocorre em um ambiente com um profissional pouco conhecido, o médico ultrassonografista ou médico de plantão de um hospital. É um diagnóstico em que, como em muitas outras situações, a mulher necessita de uma conduta confortante do profissional.

No entanto, pelas minhas vivências profissionais, percebo que o profissional que realiza ultrassonografia atende uma demanda abrangente de exames na sua rotina diária de trabalho pelas necessidades dos serviços, que nem sempre são específicos da obstetrícia, ou seja, não tem o olhar dirigido para as especificidades deste público.

Ainda, nos casos de ultrassonografias obstétricas que são realizadas para confirmar ou não o aborto, percebeu-se o despreparo do profissional para esta situação, de diagnóstico de morte fetal, como se somente o bem estar fetal fosse possível como resultado:

“[...] e na eco...o médico disse para aguardar que já voltava. Voltou e disse para eu ir na minha médica. Pensei...ué....será que é sempre assim? (expressão de espanto). Pensei... de repente vou receber o resultado na médica”. (E1).

A fala revela que, nestes casos, o profissional ultrassonografista apresentou atitudes de incerteza de como revelar a situação encontrada ao realizar o exame. O relato indica que as mulheres que estão sob suspeita de abortamento, podem ter

seus sentimentos e dúvidas aguçados por não ver a reação ou não ter a informação completa sobre seu estado gravídico.

Assim, percebe-se que a falta da informação, os detalhes de como o exame é realizado e o comportamento do profissional geram maior angústia na mulher, e até mesmo no companheiro, como revelam os dados abaixo:

“[...] fez (o médico) o exame, fez umas caras estranhas...pois nossa reação é sempre olhar para o médico já que não enxergamos nada na máquina, sala escura...meu marido estava branco, estático atrás do médico. Ele (o médico) terminou o exame...me olhou, e eu já vi o que era...ele foi legal até, mas o que ele poderia dizer, né? Ele só está ali para fazer exames”. (E4).

“[...] ele (o médico) me examinou e já me explicou que o bebê estava querendo sair. Fizeram uma ecografia de urgência e ele ainda estava vivo, mas já querendo sair. O médico(ultrassonografista) só mandou que chamassem logo o médico obstetra. E saiu rápido da sala, como se estivesse com medo. Horrível... fiquei com as pernas para cima...muita informação, muito rápido [...]”. (E6).

Quanto à busca por justificativas e protocolos na literatura para tais condutas, por parte dos profissionais, não foram encontradas evidências que justifiquem este comportamento. Nem tampouco, estudos recentes que comprovem que tais posturas contribuem para a qualidade e segurança dos pacientes. O profissional que realiza o exame deve proporcionar meios de conforto e explicações para a mulher que fará o exame, pois a mesma nem sempre tem o conhecimento de como é realizado e de como deve se portar.

Em 2003, Fenelon, através de um estudo sobre a realização de ultrassonografia transvaginal, revelou que este exame por si só já é constrangedor à paciente, e tradicionalmente o profissional acredita que a comunicação do resultado do exame não passa de um relatório escrito com sua assinatura e que, como boa prática médica, deve somente comunicar por telefone, ou pessoalmente, somente o médico solicitante do exame quando o exame estiver alterado, que não deixa de ser uma prática imprescindível para que a posterior conduta médica seja imediata.

O momento do diagnóstico é de extrema importância para a mulher, independente do momento vivido. A singularidade de cada caso deve ser percebida pelo profissional, assim a assistência prestada não deve ser algo com base somente na tecnologia ou numa interação sem aprofundamento entre profissional e paciente.

É nesta fase que inicia o processo de assistência à mulher com diagnóstico de aborto, independente se o atendimento foi realizado pelo médico da paciente, pelo serviço de ultrassonografia, pela situação clínica da mulher, ou por outros profissionais.

Além disso, encontramos algumas diversidades de comunicação entre o profissional e as mulheres, mas que permanecem com falhas, como revela esta mulher que passou por mais de um abortamento, havendo diferenças no atendimento e na realização do exame:

“[...] no segundo (gestação) só descobri quando fui fazer a segunda ecografia. Vi pelo médico que algo não estava bom. Ele disse que ligaria para minha médica. Ligou e voltou, disse...-conversei com tua médica, ela vai te explicar tudo...ela está de plantão no hospital, pode ir lá.- Ele (médico) pelo menos me explicou alguma coisa”. (E9).

Outro ponto relevante é o acesso das mulheres ao resultado (laudos), momento em que a mulher tem a informação em tempo real, “em suas mãos”, que não deixa de ser um direito. Em muitos locais onde são realizadas ultrassonografias, a paciente recebe o exame com o resultado logo após a sua finalização. O dado a seguir, demonstra uma situação na qual, ao ler o resultado, a mulher mesmo sendo leiga, recebe a notícia inesperada:

“[...] Ai já vi que não estava bem. Logo que sai (do setor de ecografia), abri a eco (ecografia) e..., vi ali, né... no papel...ausência de batimentos cardíofetais... nunca esqueci disto... desta frase”. (E9).

Tanto a conduta dos profissionais em não ter um diálogo, conforme na fala da E1, como a não percepção de entendimento das informações dadas, percebido em E5 e E10, são significativas às mulheres. Como se quem tivesse a experiência de aborto anterior não fosse digna de receber novas ou as mesmas informações que outras mulheres na mesma situação:

“[...] não conversaram (profissionais) muito comigo. Acho que pensaram que como eu já tinha passado por isto não precisava de muita informação”. (E1).

“Os enfermeiros e médicos me explicaram tudo... eu acho... o problema é tu entender aquela situação [...]”. (E5).

“Só não sabia bem o que iria acontecer...ou não prestei atenção (nas informações)”. (E10).

A falta de informação no processo da assistência deixa a mulher mais vulnerável e insegura. E independente de experiências anteriores, toda e qualquer informação deve ser dada para que o entendimento do caso pelos profissionais e a aceitação da mulher em relação aos cuidados ocorram, de uma forma entendível pela mulher. Costa (2012) ressalta o quanto um bom relacionamento interpessoal, conhecimento, compreensão, comunicação e técnicas garantem o sucesso à adesão ao tratamento indicado.

O resultado de quando há informação, entendimento e aceitação do tratamento proposto, são percebidos nas falas seguintes:

“Foi bem... tudo bem. Comecei com um leve sangramento em casa e fui para o hospital. Lá o medico me atendeu, pediu uma ecografia e confirmou que tinha perdido. Ele me disse que poderia ir para casa, para sair sozinho para não ter problema nas outras gravidezes. Eu fui para casa... depois de três dias começou a sangrar mais. Voltei no hospital e me internaram. O médico me colocou comprimidos (misoprostol), depois de umas 5 horas fui fazer a curetagem. Tudo o que o médico e as enfermeiras falaram que eu iria sentir... eu senti.... o que iria acontecer... tudo foi bem”. (E3).

“Queria mesmo é que tudo se resolvesse rápido, mas não é assim né? A médica me explicou”. (E4).

Na fala abaixo, temos o exemplo da escolha pela conduta expectante no caso da E7 que, mesmo não tendo o desfecho esperado pelo médico e pela mulher, a resposta ao tratamento inicial teve uma aceitação melhor devido às informações oferecidas e recebidas pela mulher quando de seu atendimento:

“[...] a médica me disse para esperar umas semanas em casa. Fiquei esperando umas quatro semanas e nada. Fui na médica de novo e ela pediu que internasse para fazer a indução com comprimidos(misoprostol). No hospital, eles falaram que era bom esperar mais uma semana. Fui para casa e esperei...e nada. Nem sangramento. Voltei no hospital e me internaram [...]”. (E7).

Em outra fala, a conduta expectante trouxe outros sentimentos, como no caso da E8, relatando que o relacionamento com seu namorado foi afetado por estar com aborto em seu corpo:

“Já estava cansada sabe...esperar...esperar...meu namorado até já me tratava diferente por estar com tudo (aborto) dentro de mim. Esta parte não foi boa”. (E8).

Gomes et al. (2007) destacam que questões culturais e pessoais estão envolvidas nas decisões, e o aconselhamento médico deve ser adequado. O estilo de vida da mulher deve ser considerado. Costa (2012) relaciona as competências de comunicação e atitudes dos médicos em relação aos pacientes, como de suma importância para a informação ser absorvida e ocorrer empatia.

A informação é um ponto a ser discutido, pois é uma composição importante na assistência prestada ao abortamento e por isso, foi considerada como uma categoria a ser discutida, após as entrevistas demonstrarem conteúdo para este tema. Tanto Brasil (2011) como Costa (2012) consideram a informação uma etapa necessária para aumentar a probabilidade de adesão ao tratamento e manter o paciente seguro em relação às condutas a serem tomadas.

Portanto, no momento do resultado do exame, comprovando as situações que envolvem o abortamento (morte fetal ou abortamento em curso), deve se ter espaços mais protegidos e acolhedores para que as mulheres recebam a assistência necessária, e assim, lidarem melhor com este resultado. Por outro lado, o profissional também tem a necessidade de preservar certas informações, respaldar-se em leis do exercício profissional, enfim, atender a preceitos ético-profissionais, que nem sempre vão ao encontro das necessidades de saúde das mulheres em abortamento.

Santos e Silveira (2017) comparam em seu estudo o conceito de saúde pela OMS com a necessidade de aprofundar a escuta e oferecer uma assistência mais humanizada, valorizando o sentimento da mulher em relação ao seu estado, seu corpo e suas necessidades, na ocasião do abortamento.

Muitos sentimentos afloram na mulher, desde o diagnóstico do aborto até a finalização do processo. A dor, a culpa, as preocupações, a incapacidade de gerar um filho, os motivos do porquê aconteceu, o enfrentamento da família:

“[...] pensei que como já tinha perdido (gestação) um, mas que era de muito tempo atrás... não queria. Agora estava bem... eu queria. Meu marido queria... que nada... perdi de novo. Já não sabia mais o que era dor ou tristeza. Estávamos tristes, mas nem sempre queremos ficar sozinhas... eu sei é difícil... mas já tinha a culpa, né? Meu marido já não sabia mais o que falar. Só quero que saibam que é uma situação difícil... independente de como ocorreu... as vezes eu acho que é uma punição por não querer o primeiro... imagina quem faz de propósito [...]”. (E2).

“Tive que dar muita explicação para a família... alguns foram no hospital e parecia que eu estava morrendo... isto me deixava mais triste”. (E4).

“[...] tu quer saber o por quê, né? Que culpa eu tive? O que eu fiz de errado? Mas aconteceu... Tu não entende aquilo... e enfrentar a minha família... meus amigos... foram muitas perguntas [...]”. (E6).

“Minha mãe ligava, minha sogra. Que pesadelo. Eu querendo confortar meu marido e não tinha muita coisa boa para dizer... ao mesmo tempo queria desabafar e ficar sozinha... escutava o choro de alguns bebês... meu marido enchia os olhos de lágrimas. Este nem falava nada... de tão triste... e eu me sentindo culpada por não dar filhos a ele. Ele ainda não tem filhos”. (E9).

As falas nos remetem a sentimentos fortes, nas quais, a culpa do ocorrido transcende os outros sentimentos. A culpa faz com que a mulher se sinta mínima, tendo ainda que confrontar os sentimentos dos demais. A E5 ainda destaca o quanto se sentiu vulnerável diante de um atendimento e angustiada por não entender os motivos do ocorrido:

“[...] é... constrangedor. Pois tu fica parecendo um boneco... um nada. Tu não entende aquilo, o porquê daquilo. Talvez me acalmar mais, mas não sei se conseguiriam [...]”. (E5).

Quando a mulher já tem uma experiência de uma gestação anterior, parece entender um pouco mais a situação, devido ao fato de saber que pode ser mãe:

“Acho que por eu ser mãe já, me deixou mais tranquila, já sei que posso ser mãe”. (E3).

Nos próximos dados, percebemos que o ocorrido confronta o esperado pela mulher. Independente da conduta tomada em relação ao abortamento, a mulher tem que lidar com suas preocupações diárias, como por exemplo, trabalho, filhos:

“[...] ele (médico) disse que era bom esperar mais uma semana e se tivesse alguma alteração procurasse o hospital. Esperei uma noite....(risos), não aguentei. É muito ruim esperar. Fui no outro dia no hospital...trabalhava o dia todo de pé e tinha reuniões....ficava com a cabeça em outro lugar...e imagina se começasse (expulsão) a sair ali...no trabalho?”. (E5).

“Meu filho ficou com meu marido em casa e por vezes com minha mãe. Eu amamentava ainda”. (E7).

Percebemos que algumas rotinas e falta de cuidado dos profissionais influenciaram na forma de agir das mulheres e que seus sentimentos não foram percebidos individualmente. Os sentimentos da mulher devem ser considerados e percebidos pelos profissionais de saúde, fazendo com que a culpa, a dor, a perda e demais não dependam somente do tempo. Como no caso da E9:

“[...] só não quero passar por isto de novo...esperar é muito ruim...as respostas não vêm rápido...tem a culpa... talvez poderia ter outras formas de resolver”. (E9).

Quando é tomada uma conduta de tratamento para abortamento, é importante relevar a vida desta mulher. É necessário avaliar e considerar como ficará a rotina do dia a dia desta mulher, enquanto internada ou enquanto deve seguir um tratamento em casa, para suas necessidades de saúde serem parcialmente ou totalmente atendidas.

A E4 relata outras questões que causaram desconforto enquanto esteve em atendimento, como a questão do não poder comer e da falta do marido. São pontos simples, mas que se fossem mais justificados ou valorizados seriam concluídos de outra forma pela mulher. O não comer, não deve ser somente uma conduta imposta, deve ser explicada. Neste caso, se a mulher precisasse de uma curetagem ou qualquer outro procedimento que necessitasse de uma sedação, o fato de não estar em jejum, traria riscos a esta mulher como uma aspiração do conteúdo gástrico.

“Estava cansada, desconfortável, deitada o tempo todo, com fome. Mas me falavam que não podia comer, pois se tivesse que ir para a curetagem, tinha que estar em jejum. Que agonia. As enfermeiras vinham me ver. E fiquei todo aquele tempo sem comer, para nada. Não precisei da curetagem. Queria que meu marido ficasse comigo...pois se quando eu ganhei do primeiro (filho) ele ficou, por que não podia ficar agora...quando me pareceu mais difícil?” (E4).

A E1 relata outra situação, em que uma postura profissional inadequada, de identificar a mulher pelo diagnóstico, a deixou constrangida perante os demais pacientes que estavam no mesmo ambiente:

“Vamos colocar a do aborto para lá, disse um enfermeiro, para ficar sozinha. Isto foi bom, mas foi um pouco tarde né? E a do aborto? Nossa, acho que muitos ouviram”. (E1).

Outro aspecto importante a se considerar, após o abortamento, são as informações no cuidado após o atendimento prestado, como já citado anteriormente neste estudo. Complicações podem ocorrer e se estas não são consideradas como um cuidado no abortamento, podem trazer mais sentimentos negativos para esta mulher. Nesta situação, é necessário o papel da equipe em perceber os fatores físicos da mulher e o que é necessário para que complicações sejam evitadas ou melhor manejadas se ocorrerem.

Na fala de E7 percebemos questões importantes, que podem ter resultado na complicação relatada, sendo um sentimento que parecia mínimo, ocultado por ela, o que já era uma complicação, e o relato da falta de interação da equipe que prestou o atendimento:

“O médico disse para ficar 10 dias em casa, mais em repouso...deu remédios para dor... Eu não tinha dor, só um desconforto...sabe... cansaço...mas não falei na alta, pois falaram pouco comigo e queria ir para casa... Fiquei meio ruim em casa... tive que voltar no hospital após uns 4 dias. Tive sangramento e um pouco de febre. Aquele cansaço não passava. Me examinaram e fizeram uma ecografia. Tive que curetar de novo”. (E7).

A mulher percebe o hospital em que será atendida como o local de finalização do seu sofrimento, onde ocorrerá a conclusão do processo de interrupção da gravidez e de lá retornará para sua procedência e sua vida retornará ao que era

antes. (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016). A mulher diante do abortamento, espera uma resolubilidade rápida e eficaz de sua situação. O seu estado psicológico e físico dependem do tempo para retornarem ao seu estado prévio.

Para Beserra et al. (2014), um dos objetivos da enfermagem no cuidado é diminuir o sofrimento humano, independente das causas, não deixando a ilusão de que a evolução tecnológica pode resolver tudo, e sim, considerar o sofrimento como algo ético, singular e humano, valorizando o diálogo, a escuta, sensibilidade, empatia e ternura.

Os dados revelaram que nos casos de aborto espontâneo, a conduta mais utilizada para tratamento foi a conduta expectante, ou seja, aquela que não gera uma intervenção invasiva inicialmente, e que traz menor risco para a mulher. As reações das mulheres em relação a esta conduta não foram positivas, devido a angústia vivida por elas pelo desfecho da situação. A mulher com abortamento deseja que sua situação se resolva da maneira mais rápida possível, pois sua vida fora daquele momento sofre as consequências da espera. Os casos com maior aceitação do tratamento foram os que, nos quais, as condutas foram externadas de uma forma individualizada.

Portanto, as necessidades de saúde da mulher no abortamento deveriam estar voltadas muito mais para a questão sentimental do que para a parte física. A informação em relação ao processo do cuidado, a percepção dos sentimentos e mudança de rotina na vida desta mulher devem ser consideradas pelo profissional de saúde, para que a adesão e as consequências do tratamento sejam congruentes.

7.1.2 A visão da mulher diante da assistência recebida: evidências para mudanças no atendimento

A conduta a ser tomada em relação ao abortamento modifica conforme o tipo de aborto, tempo de gestação e as rotinas médicas. Nos casos de abortamento incompleto a conduta é ativa. Nos casos de aborto retido, muitos médicos assumem a conduta expectante se a mulher estiver em boas condições clínicas por não ser uma conduta invasiva e ter menor risco para a mulher. (CUNNINGHAM, 2015).

Conforme a NTAHA (BRASIL, 2011) e Cunningham et al. (2015), nos abortos incompletos utiliza-se a conduta medicamentosa com misoprostol (dilatador uterino) e cirúrgica com o AMIU (aspiração manual intrauterina) ou a curetagem, sendo o

AMIU uma técnica de menor risco para perfuração uterina comparada a curetagem. Este procedimento, porém, é utilizado somente no primeiro trimestre de gestação e mesmo sendo implantado no Brasil no ano de 1990, alguns profissionais não possuem a experiência do seu uso. No aborto retido, a conduta expectante é muito utilizada nas decisões médicas quando não há sinal de infecção e alterações hemodinâmicas, e pode durar até quatro semanas, podendo resultar posteriormente no uso da conduta medicamentosa e cirúrgica. (BRASIL, 2011; CUNNINGHAM et al., 2015).

As mulheres quando recebem o diagnóstico de aborto, esperam condutas ativas, farmacológicas e cirúrgicas. E quando são submetidas à conduta expectante, que pode perdurar por mais de quatro semanas de espera em casa, e é indicada para evitar riscos de complicações, muitas não aceitam e desistem dela por falta de informação e preparo psicológico.

Conforme Camayo et al. (2011), a conduta expectante deve ser explicada para a paciente e informada devido evolução imprevisível e de que os riscos serão menores se houver a expulsão espontânea por não ser invasiva. Os dados revelaram que a conduta que mais foi adotada inicialmente, foi a expectante:

“[...] me explicou (médico) que tinha que esperar em casa para ver se o aborto saía naturalmente...sozinho, sem medicações. Esperei umas quatro semanas e nada... mas já não aguentava mais...pois era todo mundo em casa me cobrando. A noite sonhava com isto. Achava que sentia alguma coisa e nada.... Ai fui procurar o médico novamente...ele disse que era bom esperar mais uma semana e se tivesse alguma alteração procurasse o hospital...Esperei uma noite....(risos), não aguentei. É muito ruim esperar”. (E5).

“[...] a médica me disse para esperar umas semanas em casa. Fiquei esperando umas quatro semanas e nada. Fui na médica de novo e ela pediu que internasse para fazer a indução com comprimidos (misoprostol). No hospital, me falaram que era bom esperar mais uma semana. Fui para casa e esperei... nada. Nem sangramento. Voltei no hospital e me internaram. Estava meio ruim... meio cansada. Ficar longe de casa, passar por tudo isto depois do tempo que tive que esperar...uma gravidez perdida e quase dois meses para resolver”. (E7).

As falas indicam que a conduta expectante gerou um sentimento de desconforto e alterou a rotina destas mulheres. Expressões como: “*É muito ruim esperar*” denotam a fragilidade que se cria nos serviços de saúde para estas

mulheres, que já estão vulneráveis pela perda de um feto. Poucos são os estudos recentes que demonstram o lado sentimental da mulher com abortamento com indicação da conduta expectante, os existentes estão voltados aos riscos e benefícios físicos.

As mulheres aceitam a conduta, mas ao realizá-la tiveram que viver novas situações, de solidão, de tristeza, pois nem sempre estão preparadas psicologicamente para fazê-las. Além disto, precisam enfrentar a angústia da resolução do problema sem prazo determinado. Então, o fator tempo passa a ser um determinante da qualidade da assistência prestada. Por exemplo: no caso da entrevistada abaixo, o tempo de espera foi menor e o que lhe foi explicado transformou-se em uma segurança maior, gerando menos angústia.

“Ele (o médico) me disse que poderia ir para casa, para sair sozinho para não ter problema nas outras gravidezes. Eu fui para casa... depois de três dias começou a sangrar mais. Voltei no hospital e me internaram. O médico me colocou comprimidos (misoprostol), depois de umas 5 horas fui fazer a curetagem”. (E3).

Outro fator relevante é a capacidade de empoderamento das mulheres ao lidar com as informações e condutas expectantes, expondo as suas vontades e interferindo nas condutas médicas. Os dados revelaram esta autonomia e empoderamento, pois as mulheres conseguiram avaliar a situação posterior que se formaria e expressaram sua vontade, enfim, souberam assimilar a informação e expor a sua vontade pelo tratamento:

“[...] eu disse que não ia esperar um mês. E eu falei, que não queria voltar para casa e esperar”. (E1).

“Ela (médica) pediu que esperasse um tempo em casa... mas eu não aceitei [...]”. (E2).

“Ai esperei duas semanas... mas não aguentei... falei para minha médica que não iria esperar mais [...]”. (E9).

Tais atitudes podem estar associadas a experiências anteriores, conhecimento ou pelo simples fato de fazerem valer seus direitos no ato da decisão do tratamento. No final, foram internadas e as condutas das mulheres foram semelhantes. Contudo, não está se medindo a questão de riscos posteriores. Pois a

exposição da sua vontade pode alterar o tratamento, mas não fugir do que pode vir após, como uma internação mais prolongada, uma intervenção cirúrgica mais agressiva ou até mesmo, consequências psicológicas pelos ocorridos da internação prolongada.

Neste cenário, identifica-se o contexto das práticas baseadas em evidências (PBE), onde os valores e preferências dos pacientes devem ser levados em consideração, pois constituem um fator importante na tomada de decisão dos profissionais, frente às necessidades de saúde das mulheres em abortamento. Neste sentido, a mulher pode minimizar a sua angústia com a situação de espera, ao poder exteriorizar sua vontade e assumindo a responsabilidade juntamente com o médico. Pedrolo et al. (2009) comentam que as PBE englobam a preferência do paciente perante o tratamento obtendo um resultado maior, mas isto quando a integração entre a opinião do paciente e a conduta do médico forem úteis e seguros ao tratamento. Danski et al. (2017) confirma que a integração da tríade da PBE: evidências, habilidades clínicas do profissional e preferências do paciente, proporciona a otimização da forma eficaz do resultado clínico e da qualidade de vida.

Quanto ao período da internação e atendimento recebido foi notório o descontentamento das mulheres. O atendimento pode iniciar positivamente, mas não ter o mesmo desfecho no final, como ao contrário, também. Percebem-se falhas, que conseqüentemente, deixam a desejar no atendimento:

“Fui logo para o hospital... lá logo fui atendida. Fui para a sala de exame rápido e o médico logo veio..... Meu marido muito assustado, ficou comigo lá. Sentia muita cólica...até fizeram para dor uma medicação... e depois mais nada... pedia medicação, mas me falaram que não tinha mais o que fazer [...]”. (E6).

Neste caso, a mulher recebeu o atendimento de forma rápida, mas sua dor não foi sanada como deveria. O medicamento neste caso não foi suficiente para além de retirar a dor física, acabar com a dor psicológica. O marido permanece com a mulher, mas a falta de conforto, de informação e empatia deixaram a mulher sem receber o cuidado adequado.

Quando questionadas sobre as necessidades no seu atendimento, houve relatos de que sentiram falta de permanecerem com seus familiares, companheiros.

Em muitas situações não era permitido que estes ficassem junto, devido à estrutura não permitir por ter outras pacientes no mesmo ambiente, como uma forma de preservação, de privacidade. A seguir os relatos das entrevistadas 4 e 5, ao serem questionadas sobre ausência de acompanhante:

“[...] ah...muito. Aquele relógio na minha frente não andava. Fiquei sozinha, meu marido entrava só quando era para dar um recado e ver como estava”. (E4).

“[...] o meu companheiro vinha de vez em quando, mas não podia ficar lá. Depois...deixa eu ver... depois de umas 10 horas... me levaram para um quarto separado... para não ficar no meio de outras. Ai meu companheiro e minha mãe podiam ficar comigo”. (E5).

Percebemos que a assistência prestada a estas mulheres em alguns momentos não é realizada de forma a garantir um cuidado real. Conforme Waldow (2015), todas as pessoas nascem como um ser de cuidado, mas nem todas as pessoas conseguem realizar o cuidado real em todos os momentos. O cuidado real envolve ética, estética, sensibilidade e responsabilidade. Na enfermagem, suas ações são consideradas “cuidados de enfermagem”, mas nem todos profissionais exercem o cuidado. Nestes casos, faltou a sensibilidade, a percepção dos profissionais diante das necessidades da mulher.

A seguir, os dados revelam que há indícios de falta do cuidado humanizado. Revelam a falta de atenção, apoio, acolhimento e, por vezes, a sensação de abandono:

“[...] falavam (profissionais) pouco comigo... só conversaram no início, depois era sempre a mesma coisa: tu estás bem? Precisa de alguma coisa? Talvez se tivesse ficado mais de 10 segundos no meu quarto... teria conversado... me aberto mais, sabe?”. (E2).

“As enfermeiras davam atenção...pouca, mas de vez em quando iam falar comigo... ver como estava. Trocavam os paninhos(forros perineais), absorventes que estavam sujos...me medicaram quando precisei... né...para dor”. (E8).

Se focarmos no que compete aos profissionais da saúde, a enfermagem que é a equipe que fica mais presente no atendimento ao paciente, percebe-se que há a falta de percepção do atendimento desta necessidade como um cuidado relevante

na assistência prestada. Streffling (2013) confirma isto, pois a enfermagem tem mais oportunidade de desenvolver uma interação com os pacientes, e o enfermeiro responsável pelo gerenciamento do cuidado deve sensibilizar a sua equipe quanto a esta questão.

Por outro lado, houve momentos em que a equipe de profissionais tentou desenvolver esta habilidade. Diante disso, os dados confirmam que os resultados foram positivos, atendendo em parte as necessidades das mulheres em abortamento, como nos casos abaixo:

“As enfermeiras logo viram que eu estava chorando e já desconfiaram do que era. Viram o papel (receituário) que a médica mandou e disseram para esperar um pouco liberar o quarto para eu ficar sozinha... minha médica viu minha angústia e disse que resolveria logo”. (E9).

“Fiquei lá sozinha. Uma enfermeira veio, colocou soro, colocou um absorvente...tipo isto e ficou lá um tempo...queria que ela sumisse...mas ela ficou...e sabe que aquilo me fez olhar para ela e contei tudo. Desde o cara (companheiro), até aquele dia. Ela só me escutou...não falou nada. Mas não me julgou. Depois veio uma psicóloga...conversamos”. (E10).

Nestes casos, os profissionais perceberam a necessidade da mulher, o atendimento foi melhor dentro daquela situação, e talvez não fosse o mais adequado. Diante desta postura, a resposta da mulher frente ao tratamento se torna mais aceitável. E a comunicação simples do olhar, do escutar já fez com que a mulher expusesse as suas necessidades. Costa (2012) confirma que a probabilidade de adesão ao tratamento depende da qualidade da orientação, da informação, dos esclarecimentos e adaptação do esquema terapêutico ao estilo de vida da paciente.

Outra questão exposta nas entrevistas foi a percepção desta mulher frente a postura e a capacidade de comunicação dos profissionais:

“As enfermeiras eram legais, mas pouco falaram comigo. Uma me orientou no início e disse para avisar se sentisse alguma coisa...não vejo muito o que poderia ser diferente. Acho que estavam todos muito ocupados. As enfermeiras, que estavam ocupadas, pois tinha muitas mulheres ganhando seus bebês...bem próximas de mim. Acho que só eu estava perdendo [...]”. (E1).

“A enfermeira me entrevistou, olhou meus exames... colocou o soro, conversou comigo...deixou eu falar um pouco...mas teve que sair para atender outras pacientes que estavam ganhando bebê”. (E9).

Os profissionais que atuam na saúde possuem uma rotina de inúmeras tarefas a serem executadas ao longo de seu turno de trabalho, além do cuidado que devem prestar aos pacientes, e no ambiente do centro obstétrico (CO), onde não há um momento determinado para ocorrer os fatos, considerado um setor de emergência obstétrica, a enfermagem e demais categorias podem perder a organização do funcionamento na abrangência do cuidado.

No trabalho apresentado por Cintra et al. (2009), em um seminário internacional, dos inúmeros motivos que geram sobrecarga nos profissionais da enfermagem em sua jornada de trabalho, destacam: o desgaste emocional atrelado à vida pessoal e com os pacientes; as condições de trabalho, sendo o investimento de tecnologia apenas voltada para os usuários; o acúmulo de atividades; o número reduzido de profissionais; as longas jornadas de trabalho e a falta de liderança nas equipes; este, conseqüentemente, resultando na falta de planejamento das ações dentro de um período de trabalho.

Os dados revelaram que esta sobrecarga está presente no cotidiano, com as palavras e a expressão: *“mas teve que sair para atender outras pacientes que estavam ganhando bebê”* indicam este fato.

Estas questões são muito apontadas, e ao mesmo tempo criticadas e “perdoadas” pelas mulheres, pois a mulher acaba se conformando também com esta situação, como se não houvesse outra solução.

Ainda analisando a visão que estas mulheres tiveram da atuação da equipe, ao serem questionadas a respeito da falta da identificação dos profissionais e em relação ao atendimento de outro profissional, destacaram questões importantes:

“Só vi enfermeiras e os médicos. Tinha que ter mais alguém?... sei lá... a gente sabe pelo uniforme e perguntas. Mas lá todos se vestem igual né... coitadas tinham que dar atenção para as mães”. (E7).

“E um dia veio a psicóloga... que a enfermeira pediu para vir. Foi bom conversar com ela. Foi bem atenciosa... até por que não tinha muito com quem falar[...]”. (E8).

Referente à questão da identificação dos profissionais que as atendem, a mulher tem o direito de saber quem cuida dela. Os uniformes não deveriam ser o ponto chave para se identificar os profissionais. O profissional deve se identificar ao interagir com a mulher. Ainda, o predomínio no atendimento é de médicos e a

enfermagem, mas no momento em que outro profissional atua no cuidado, se torna um destaque e um ponto positivo a acrescentar na assistência.

Sobre as condutas clínicas, o estudo revelou algumas iatrogenias:

“O pessoal (profissionais) muito atencioso mas uma coisa o médico me disse, que no último filho que tive, e como tenho sangue negativo, né... não fiz a vacina que tinha para fazer [...]”. (E3).

A E3 analisa o atendimento recebido de uma forma positiva, englobando toda a equipe que a assistiu e, ao receber esta assistência, relata uma prática que não foi realizada em um atendimento anterior e que pode ter acarretado a sua situação atual, que é a preocupação com a tipagem sanguínea da mulher. A tipagem sanguínea da mulher deve ser considerada na assistência ao aborto, para evitar a eritroblastose fetal, caso a mulher engravide futuramente. A eritroblastose fetal ocorre quando há incompatibilidade sanguínea entre gestante e feto. Caso a mulher tiver o fator Rh negativo, esta deve fazer a imunoglobulina anti-Rh nos casos de aborto como prevenção por não ter o conhecimento da tipagem do feto, para evitar que a mulher produza anticorpos que atuarão contra o feto na futura gestação, caso houver incompatibilidade sanguínea. (CUNNINGHAM et al., 2015).

Strefling (2013) aponta a preocupação com a atuação dos profissionais diante do abortamento, devido sua ocorrência ter aumentado e estas situações já estarem sendo conduzidas como algo rotineiro em hospitais, faltando a visão da humanização

Os profissionais de saúde foram questionados quanto ao atendimento às mulheres com abortamento, tanto de como era o fluxo deste até as condutas que eram tomadas e a participação de cada profissional.

Por se tratar de um setor de atendimento com plantonistas médicos, durante as 24 horas do dia, a primeira resposta obtida dos profissionais de saúde ao serem questionados foi “cada um (médicos) tem sua conduta”. O que demonstra que dependendo do momento em que a mulher chega ao serviço para atendimento por abortamento, esta poderá receber uma conduta diferente de outra mulher com o mesmo quadro clínico. Assim, como “geralmente a conduta aqui (referindo-se ao setor de atuação) é mais conservadora...eu acho...esperar o tempo passar...” dá a percepção de que a conduta mais tomada para o tratamento do aborto, é a conservadora.

A psicologia é acionada somente nos casos mais complicados, em que é percebida a necessidade de uma atenção mais especializada. O próprio profissional admite a necessidade de ser chamado para atendimento em todos os casos de abortamento, pois em muitos, além de afetar a mulher sentimentalmente, afeta a equipe de profissionais:

“[...] o voltar a sua vida, de mãe, esposa, mas com uma perda dentro dela...e sem saber quando irá se resolver. O psicológico mexe muito com elas”. (PSICÓLOGA I).

“Teve um caso que marcou a minha mente...ela chegou no CO (centro obstétrico) com o feto no colo depois de ficar esperando em casa... ela veio com aquela criança...na mão dela...o rosto dela dizia tudo...era para acontecer assim?”. (ENFERMEIRO A).

“Eu acho que a psicologia ajuda muito e deve ser acionada, elas (mulheres) querem falar [...]”. (MÉDICO B).

A enfermagem exerce suas tarefas de rotina, como verificação de sinais vitais, higiene íntima, troca de forros perineais, administração de medicamentos, entre muitas outras atividades. Entre estas, uma tarefa muito importante, o diálogo com as mulheres, conforme relatado e percebido pelos demais profissionais:

“E elas (mulheres) precisam de conversa. A minha parte como médica é importante, converso, explico...mas a parte de vocês (enfermagem) é muito importante também. Vocês vão ficar lá, colocando medicando, entrando (do quarto), saindo, verificando sinais...vocês conseguem enxergar mais coisas que nós (médicos)”. (MÉDICO D).

“Por vezes não nos aprofundamos tanto com a paciente e às vezes não nos comunicamos com vocês (enfermagem) como deveria...poderiam ser mudadas várias condutas [...]”. (MÉDICO E).

A percepção da enfermagem, ao avaliar sua própria atividade de trabalho, muitas vezes ocorre quando se desenvolve uma relação de empatia com o paciente. São momentos de gratidão, envolvimento com o paciente que fazem com que o profissional se depare com sua realidade de atuação. Este vínculo é fundamental, mas nem sempre ocorre devido sua rotina profissional ser desenvolvida num curto espaço de tempo.

Muitas situações afetam os profissionais positivamente ou negativamente. Porém, os dados a seguir, indicam um fato corriqueiro na atuação da enfermagem:

“Sempre que nos sensibilizamos com um caso de um paciente, tratamos diferente. Às vezes me culpo por isso, pois no corre corre do dia a dia, de rotinas, esquecemos de nos aprofundar e ficar sensibilizados...e não tratamos tão bem”. (ENFERMEIRO B).

A falta de sensibilidade e contato com a mulher pode ocasionar o déficit de prestação de cuidado pelo profissional de saúde. E quando o profissional se utiliza destes meios, o cuidado é prestado de uma forma mais humanizada. Pequenas condutas e percepções diante das necessidades das mulheres resultam na adesão mais satisfatória do tratamento pela mulher. Há a necessidade de individualizar o cuidado:

“[...] eu digo para os maridos ficarem junto nas orientações, para eles entenderem o que se passa e o que vai acontecer, para dar apoio a ela (mulher), ela precisa disso...cada caso é um caso. E temos que individualizar”. (MÉDICO E).

“Tem muita coisa envolvida, vejo que os médicos explicam bem para elas (mulheres), elas escutam...mas pensa, uma hora elas estão grávidas, na outra já não estão”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM G).

A informação é função dos profissionais, tanto de passar a informação como saber buscar informação da paciente. Mas será que o profissional sempre tem esta percepção? Há toda uma vida pessoal desta mulher fora daquele ambiente que deve ser considerada. São informações desde o diagnóstico até os cuidados pós-tratamento que devem ser entendidos em um único momento. O importante é o profissional ter a noção deste fato, para então agir de forma mais congruente:

“[...] algumas são orientadas (conduta conservadora, ainda no processo de aborto), mas começam a se angustiar já na primeira semana, pois elas voltam a sua vida normal, trabalham, estudam, tem outros filhos[...]”. (ENFERMEIRO B).

“Nós também podemos questionar se elas estão entendendo o tratamento... insistir nestas questões...todos da equipe têm que se preocupar com isto”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM H).

“Acho que a comunicação tem que funcionar mais, todos tentar falar a mesma linguagem. Dizer quem vai fazer o que, quando, dar o máximo de informações [...]”. (MÉDICO B).

Nogueira e Rodrigues (2015) consideram a comunicação efetiva como algo transformador no trabalho em equipe em saúde, sendo um desafio de avaliação constante, para que seja positivo na repercussão de um cuidado seguro e por ser uma atividade complexa.

Os profissionais percebem uma diferença no cuidado em relação à mulher em trabalho de parto e à mulher com abortamento. Após a exposição das falas das mulheres apresentadas durante o GF, esta percepção foi avaliada:

“Conversamos muito perto delas mesmo...esquecemos disso...eu tento separar elas das mães quando dá, mas no CO (centro obstétrico) é complicado. E muitas vezes pelas tarefas, acabamos cuidando mais das que estão ganhando bebê. A mulher do aborto, fica em segundo plano...é ruim...mas sei que isto acontece. Vamos nelas(mulheres), nos sinais (verificação de sinais vitais), nas ecografias, nas medicações...e só”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM F).

“Às vezes pensamos que a mulher que está perdendo(a gestação), em sofrimento, quer mais privacidade...e quer, mas ao mesmo tempo ela precisa de atenção”. (PSICÓLOGA I).

Percebe-se que diferentes condutas são tomadas em um mesmo local de atuação, o que pode gerar conflito de entendimento, tanto da mulher em relação ao tratamento quanto para a equipe multidisciplinar. Neste caso, a segurança do paciente está em pauta e há a necessidade de uma boa comunicação e conhecimento dos profissionais de saúde para uma atuação apropriada.

Alguns profissionais somente são acionados quando a necessidade do atendimento é percebida em um estágio mais avançado, e não como forma preventiva, podendo acarretar em um atendimento devido.

A comunicação entre a equipe de profissionais deve ocorrer, para que as percepções de cada um sejam disseminadas e trabalhadas de forma positiva, para a mulher em atendimento. A enfermagem é um grande elo nesta questão por estar mais presente nas tarefas a serem cumpridas. Portanto, é função da enfermagem perceber que a informação dada a esta mulher seja compreendida para que a adesão ao tratamento seja eficaz.

A adesão ao tratamento apresenta um resultado positivo, quando se tem o entendimento das etapas diante das informações dadas pela equipe de saúde. Mas o tratamento do abortamento não se limita ao que a mulher recebe enquanto está em atendimento dentro da estrutura hospitalar. Este segue após a alta hospitalar, principalmente quando se tem a preocupação com as possíveis complicações na saúde da mulher.

Frente ao exposto, revelou-se um cenário de práticas assistenciais e de um ambiente que pode ser produtor de fragilidades e gerador de novos problemas de saúde. No entanto, é preciso pensar em como deveria ser realizada esta etapa, para que a mulher possa sentir-se assistida em todas as suas necessidades e dúvidas. É necessário refletir sobre qual seria a melhor estrutura, que competências e habilidades o profissional deveria apresentar diante destas situações.

7.2 As Necessidades das Mulheres com Abortamento: a ambiência entre a assistência qualificada e os caminhos apresentados

A mulher quando está gestante ou em processo de abortamento, é avaliada no centro obstétrico (CO). Além disso, muitos hospitais de médio e grande porte apresentam, em sua estrutura, um CO destinado para gestação de alto risco, mesmo que a atenção às mulheres em abortamento e as obstétricas ocorra no mesmo espaço físico e realizada pelos mesmos profissionais.

O estudo revelou que esta estrutura hospitalar, onde as mulheres foram atendidas, nem sempre se apresentou como um ambiente que tivesse condições de atender as necessidades de saúde das mulheres em abortamento, pois o atendimento da mulher com abortamento ocorreu no mesmo local da mulher em trabalho de parto, e por muitas vezes, sem privacidade.

O caminho que as mulheres percorrem antes da chegada ao hospital, ou seja, desde o diagnóstico de aborto, é longo e sofrido e deveria ser adequado para que tivessem uma compreensão e melhor avaliação do atendimento prestado. (MCCALUM; MENEZES; REIS, 2016).

Destaca-se o apoio e a presença de acompanhantes neste processo, que acabam por influir na organização dos processos de trabalho destas estruturas, conforme relatados nas falas abaixo:

“[...] meu marido não podia entrar(na ultrassonografia). Fui na médica e esperei uma hora, uma hora mais ou menos. E ela me disse...não deu certo. Quando chegamos no hospital me colocaram (recepcionistas) numa cadeira e me levaram voando pelos corredores para ir no setor, o...o... centro obstétrico. O médico logo veio, me examinou e me olhou com aquela cara dizendo que não tinha mais o que fazer”. (E1).

“[...] eu tava no início, de 8 semanas...tinha descoberto logo que engravidei...fiz bobagem...não era para ser. É...era de um cara que gostava muito, mas ele não deu certo...ele não me quis. Ai descobri a gravidez...perdi o emprego...meus pais brigavam muito..., sabe, se separando, tudo junto (momento de silêncio...indignação). Fiz o exame, fiz a eco(ultrassonografia)...lá estava...tudo junto, sabe? Parece que o mundo caiu... e eu sozinha”. (E10).

O tempo, as condutas e o contexto em que as informações são passadas foram muito evidenciadas nos relatos destas mulheres, como nos mostram as expressões *“Fui na médica e esperei uma hora, uma hora mais ou menos”, “Parece que o mundo caiu... e eu sozinha”, e “Meu marido não podia entrar”*. Neste contexto, percebe-se a fragilidade produzida naquele momento, gerada pela ausência dos acompanhantes, e de pessoas significativas. No último caso, percebe-se que mesmo com a não aceitação da gravidez, gerou sentimentos contraditórios, pela situação vivida no momento.

Santos (2014) demonstra a preocupação e a necessidade de acrescentar na NTAHA e nas leis do SUS, a presença do acompanhante se assim quiser a mulher. Contudo, sabe-se que em muitos lugares esta presença ainda não é permitida em razão de normas internas. Neste sentido, o estudo revela que as mulheres precisam buscar os seus direitos, a fim de empoderar-se na garantia do atendimento de suas necessidades de saúde.

Com relação ao ambiente e à infraestrutura, Bertolani e Oliveira (2010) já indicavam que a estrutura apresentada às mulheres no Brasil com abortamento, não são adequadas devido à falta de privacidade e conforto, além de misturar no mesmo ambiente, mulheres com perdas gestacionais com mulheres em processo de parturição, ou ainda, com puérperas. Mccalum, Menezes e Reis (2016) confirmam a mesma questão em seu estudo, demonstrando que ao longo deste período não houve mudanças e preocupações significativas que singularizassem os abortamentos em seu atendimento.

Neste estudo, os dados revelaram esta questão, que a mulher em abortamento permanece em ambientes com a presença de mulheres que estão em trabalho de parto ou que já tiveram seus bebês:

“[...] então fiquei...numa cama, perto de outras mulheres, como foi no primeiro(gestação). No segundo até me deixaram sozinha num quatinho. Neste último não. Fui ficar sozinha quando já estava saindo tudo. Não gostei do local. Ficar junto com outras(mulheres)[...]”. (E1).

“[...] fiquei sozinha no início...pois estava na sala com outras pessoas... tinha uma mulher grávida já de mais tempo... e outra não sei”. (E5).

“[...] ah...isto foi um pouco ruim...escutava o choro de alguns bebês”. (E9).

Santos (2014) visualiza esta situação como uma violência institucional, causando sofrimento, tanto nos profissionais quanto nas mulheres internadas por abortamento neste ambiente de dupla característica, do ganho e da perda. Reforça, ainda, a necessidade de novos locais, no meio hospitalar, onde seja possível a separação desta classificação de pacientes.

Mccalum, Menezes e Reis (2016) também questionam a ironia de o atendimento à mulher com abortamento ocorrer no mesmo local onde mulheres estão em fase contrária desta situação, passando por um momento de se tornar mãe.

As mulheres relataram, nas entrevistas, este desconforto com o ambiente. Em um momento de perda, estavam, por vezes, acompanhadas de mulheres que estavam em uma situação contrária da sua. A mulher que está em trabalho de parto, tem o seu sofrimento voltado para um ganho após, uma expectativa boa, enquanto a mulher em abortamento tem seu sofrimento sem uma noção do tempo de quanto vai perdurar a sua perda, e que, em muitas vezes, pode ser postergada diante do momento que está vivenciando.

A E4 demonstra uma frustração, ao perceber a sua perda e o seu sentimento de incapacidade de ser mãe; se percebe perdendo e outras ganhando: *“Escutei duas mulheres ganhando bebê...é um pouco ruim isto...tu se sente incapaz”*

A E8, ainda, passa por um momento de troca, configurando uma situação de falta de estrutura para o atendimento adequado, o que também demonstra um fluxo de atividades que para a equipe também é de adaptação conforme este fluxo:

“[...] estava no início com outra mulher, até que fui para um quarto separado. A noite até me tiraram (profissionais) do quarto de novo e me colocaram na sala que já estava antes... aí retornei para o quarto sozinha”. (E8).

A E10 revela uma experiência vivida pelas mulheres em abortamento, expressando a falta de organização com relação aos espaços de compartilhamento entre as gestantes, puérperas e mulheres em abortamento e suas implicações, como por exemplo, o efeito de determinados ruídos e/ou procedimentos e suas possíveis associações e implicações na saúde mental das mulheres:

“[...] era um lugar um pouco agitado...barulho...de maca...pessoas falando... e ouvi alguns choros de bebês. Nossa, aquilo me deixava confusa... eu queria? . Escutava os batimentos dos bebês...ouvi muito isto...e tenho que te contar uma coisa...hoje faço tratamento com psicóloga... pois não consigo ouvir o som da máquina de lavar...é o mesmo som dos bebês...sabe...do coração deles. Quando ligo a máquina de lavar, saio de casa...de perto”. (E10).

Para esta mulher, esta experiência acabou por gerar traumas posteriores, pois ela conviveu, numa situação de perda, com outras mulheres e seus fetos vivos, o que gerou novos problemas de saúde.

Nesta linha de pensamento, o serviço pode causar danos e constrangimento. As conversas e as atitudes em momentos inoportunos, são expostos nas situações relatadas pelas entrevistadas 2, 4 e 10. A E2 ainda apresenta uma situação vivida antes de passar por uma curetagem, diante disso os profissionais apresentaram comportamentos que trouxeram constrangimento para a paciente:

“Esta parte foi difícil... fiquei um bom tempo numa sala só com uma enfermeira, esperando um anestesista, me fez dormir logo. Conversava de tudo na sala...da família... dos amigos... mas sabe... não queria saber disso... queria dormir... não ter dor mais... queria ir para minha casa”. (E2).

“O ambiente era muito barulhento, escutava, muitas conversas...até mesmo o que não queria ouvir...”. (E4).

“[...] era um lugar um pouco agitado...barulho... de maca...pessoas falando [...]”. (E10).

A mulher em uma situação de abortamento e pré-cirúrgica, somente quer seu conforto, não viver mais aquela situação. O ambiente de recuperação ou de observação deveria ser tranquilo. Contudo, devido rotinas, permanência longa em um mesmo local, muitas vezes há aqueles que esquecem que estão em um ambiente de trabalho. Os setores como o CO são movimentados e por vezes barulhentos pelas atividades e demanda neste atendidas. No cenário deste estudo, a sala de recuperação cirúrgica é a mesma para todos os tipos de cirurgias. Devido a isto, os profissionais de saúde falham na visualização real das necessidades das mulheres.

O relato mostra que a entrevistada, ao avaliar a rotina do ambiente, justifica o motivo de não ter o atendimento que gostaria, em função de não ter tarefa para a equipe de profissionais exercer em relação a ela:

“[...] as pessoas (profissionais) não podiam ficar muito comigo, tinha muita mãe ganhando... corriam de um lado para outro. E em mim não precisava fazer muita coisa, eu não chamava [...]”. (E7).

A equipe assistencial, conseqüentemente, permanece com a assistência mais voltada para a gestante, pois a demanda de cuidados é maior. As mulheres em trabalho de parto necessitam mais da presença da equipe, visto que seus sentimentos são mais aflorados; enquanto que no abortamento a percepção da equipe se volta para a espera da evolução do quadro, o que não se considera menos importante.

Para Strefling (2013), a enfermagem deve assumir seu papel nestas situações, e saber identificar as necessidades e desconfortos da mulher, a fim de contornar estas situações indesejadas.

Um fator importante, relacionado de certa forma com a questão da falta de percepção do ambiente em que se está desenvolvendo suas tarefas, que, por vezes, informações são recebidas ou oferecidas da forma incorreta, principalmente em um ambiente de fluxo aumentado, em que há contato entre pacientes ou familiares.

“[...] as meninas (técnicas de enfermagem) me colocaram numa cama em outra sala, onde já tinha uma mulher...que depois fiquei sabendo que estava abortando. Mas quando meu marido entrou assustado me dizendo que conversou com o marido da outra paciente...ele ficou sabendo que estava abortando...e que naquela sala ficavam os abortos, então provavelmente eu estaria abortando também e nós nem sabíamos ainda [...]”. (E4).

Os dados revelaram que há muitos mal-entendidos gerados pela falta de informação ou contextualização das práticas adotadas, pois salas de espera de familiares tornam-se, muitas vezes, ambientes hostis gerando sentimentos inadequados aos familiares e aos pacientes. Esta questão denota uma dificuldade de o profissional saber como agir nestas situações e, ainda, não saber como evitá-las.

Diante do diagnóstico, a realidade da mulher se modifica em um curto espaço de tempo, e são necessárias adaptações, tanto para ela quanto para os que a permeiam (familiares, amigos). Esta realidade não pode ser ignorada, nem mesmo pelos profissionais de saúde que, a partir deste momento, são personagens fundamentais deste cuidado. A mulher com abortamento requer mais cuidados de apoio sentimental do que físico. Independente do tempo de gestação, o sentimento de perda ou alívio para a mulher foi o mesmo. E o profissional de saúde deve ter a habilidade e percepção de atender esta mulher de forma integral.

Frente ao revelado, percebeu-se que o ambiente e a estrutura da atenção hospitalar provocam fragilidades tanto nas mulheres, familiares quanto nos profissionais. Tais estruturas deixam o profissional vulnerável e exposto nas suas decisões, devido a um fluxo de atividades que não permite que cada caso fique isolado dos demais, e que cada mulher tenha suas necessidades individuais atendidas. Tanto os sentimentos das mulheres quanto dos profissionais devem ser considerados.

7.3 A Assistência de Saúde no Pós-abortamento: necessidades de saúde para o planejamento reprodutivo ou contraceptivo

A preocupação na adesão ao tratamento do abortamento, envolve a atenção ao comportamento físico e psicológico da mulher, sendo necessária sua efetividade mesmo após a conclusão ao tratamento. Tanto no abortamento provocado como no

espontâneo, é importante a realização das orientações quanto à contracepção e planejamento reprodutivo posterior. A mulher, por estar vivenciando um processo de perda, não está preocupada com os cuidados após o abortamento e se estes não forem ofertados, há o risco de futuros abortamentos. Este tema foi fundamental para elaboração desta categoria, que respondeu ao último questionamento das entrevistas e do grupo focal, e se faz necessário quando se estuda a forma de assistência ao abortamento.

O Ministério da Saúde, em Brasil (2011), destaca que a ação imediata de contracepção tem se mostrado eficaz na redução de novos casos de abortamento, tanto no aborto espontâneo quanto no provocado, pois mulheres com histórico de aborto apresentam mais risco de passar novamente por esta situação.

A NTAHA enfatiza a ação imediata da orientação contraceptiva e oferta de métodos anticoncepcionais, pois a recuperação da fertilidade da mulher pode ocorrer rapidamente após o abortamento, e mesmo que esta mulher deseje tão logo a futura gestação, esta deve receber, por vezes, a investigação das causas para se evitar novos abortos, e também, os cuidados necessários para uma gestação bem sucedida. (BRASIL, 2011).

Autores e pesquisadores na área da obstetrícia, como Cunningham et al. (2015), Freitas (2011) e da própria NTAHA (BRASIL, 2011), recomendam o planejamento de uma nova gestação a partir de três meses após o evento do abortamento.

Diante desta pesquisa, as entrevistadas, ao serem questionadas, relataram pouca ou nenhuma orientação realizada após o evento do abortamento:

“Não ali não (CO)... só pediu(médico) para eu descansar em casa”. (E2).

“Acho que estava tão tranquila que não falaram (profissionais), falaram nada (risos). Só disse(médico) para não trabalhar por uma semana”. (E3).

“De anticoncepcional não falaram nada, depois quando fui no meu médico ele me explicou como tinha que fazer. Mas na hora nem me lembrei disto...tinha que perguntar?”. (E4).

“Já sabia um pouco por causa da outra vez (aborto anterior)”. (E9).

“O médico só disse para ir na minha médica e que ela iria me orientar”. (E10).

A falta de informação ou talvez até a orientação de procurar o médico da mulher parece estar passando a responsabilidade da orientação para outro momento e, por vezes, as condutas médicas posteriores ao abortamento podem ser diferentes neste contexto, justificando a conduta inicial do médico no atendimento. Mas este momento pode não ocorrer ou até mesmo ser distante do que seria o ideal da ação imediata de contracepção e planejamento reprodutivo. Na fala seguinte, a mulher procurou seu médico de referência, mas não foi imediatamente:

“[...] a enfermeira da sala de recuperação me entregou a receita de medicação para dor e disse para voltar se tivesse algo diferente. Mas de anticoncepcional...só quando fui no médico no consultório, que foi em maio...um mês depois. E aí ele me disse que poderia engravidar depois de uns três meses”. (E8).

A mulher pode até não ter relações sexuais nos períodos subsequentes e não estar preocupada com esta situação no momento do pós-abortamento, mas as orientações são necessárias. O momento pode ser difícil para esta mulher e, assim, esta não absorver a orientação naquele momento, e pode ser este o motivo de a orientação não ser oferecida e, neste momento são cabíveis condutas de toda a equipe para que esta informação seja oferecida da melhor forma possível.

“A minha médica veio me ver na sala de recuperação e me explicou como seria depois dali. O que sentiria em casa... e de anticoncepcional falaria comigo no consultório”. (E6).

A E6 aponta uma conduta médica que para ela foi pertinente, como a orientação contraceptiva ser oferecida na consulta de revisão, após o tratamento do aborto. A orientação deve ser oferecida em um local talvez mais confortável e num momento em que a mulher possa estar mais recuperada do ocorrido. Vale ressaltar que neste caso, há uma continuidade do atendimento e vínculo entre mulher e profissional, o que em muitas situações pode não existir e ser necessário toda a orientação no momento da alta hospitalar, como a NTAHA considera. (BRASIL, 2011).

Na fala seguinte, percebemos que, mesmo a orientação não ocorrer de forma verbal, ocorre em forma escrita de receita de cuidados, que foram entendidas pela mulher e foi bem sucedida neste caso:

“Não... o médico me deu receitas de medicação para dor... atestado e na receita falava para consultar com meu médico e para me cuidar...para não engravidar logo. Foram somente os papéis na alta...mas que explicava tudo”. (E5).

Strefling et al. (2013) relatam depoimentos de profissionais que consideram a importância de ações reprodutivas da promoção saúde das mulheres que abortaram e reconhecem que há a necessidade de maior preparo dos profissionais para que estas ações sejam mais comprometidas, sensíveis e abrangentes.

A orientação pós abortamento é extremamente importante para evitar complicações em futuras gestações e até mesmo mais fatais, como é a preocupação atual do MS com relação aos índices de mortalidade pós abortamento no Brasil. (BRASIL, 2011).

Para tanto, como a orientação contraceptiva e de planejamento reprodutivo devam ocorrer, merece um estudo mais aprofundado, pois a forma como é realizada pelo profissional e de como é entendida pela mulher, pode variar, e não existir um único método, mas o que não pode, é ser um motivo para que esta interação não ocorra. A interação entre profissional e paciente desde o diagnóstico, durante o tratamento e no pós abortamento, deve ocorrer e ser moldada para as necessidades de saúde de cada mulher individualmente e, para isto, é essencial a percepção do profissional de saúde.

O processo de tratamento do abortamento abrange também as condutas a serem exercidas pela mulher após a alta hospitalar. Quando a mulher recebe a liberação do atendimento hospitalar, é fundamental que receba informações sobre os cuidados que deve ter no prosseguimento. As informações absorvidas por esta mulher devem ser completas, pois a execução é importante para prevenir complicações, e que se for de desejo desta mulher, haja um planejamento e seguimento adequado na futura gestação.

A equipe de saúde tem um papel fundamental para que este processo tenha sucesso no seu resultado. Cabe aos profissionais perceberem qual a melhor forma de cada mulher receber as informações, avaliando cada caso individualmente. Pelos dados, os profissionais avaliam as suas condutas, como as falhas, mas sabem da importância das informações serem dadas:

“Esta é uma falha nossa (equipe), depois que expõem(o aborto) espontaneamente, o médico vem, avalia, orienta e libera. Mas quando fazem curetagem, nem sempre alguém fala com elas depois”. (ENFERMEIRO B).

“A mulher que não for bem orientada nos cuidados após, provavelmente retornará com mais abortos”. (MÉDICO C).

“E acho que a avaliação pós curetagem ou perda espontânea tem que ser bem avaliada, pela enfermagem ou médicos, para evitar complicações”. (MÉDICO B).

Muitas mulheres que desejam a gravidez, logo querem engravidar e não tomam os cuidados necessários, ou porque não entenderam as orientações dadas ou simplesmente porque não as receberam. E para as que não desejam, do mesmo jeito, a mulher pode recuperar a fertilidade ligeiramente, após o abortamento.

“Alguns médicos falam dos cuidados para não engravidarem (mulheres) logo depois, explicam de quando retornar as atividades sexuais e o que devem usar e que devem procurar seus médicos após este período. Mas é a minoria, a maioria solicita repouso, observar o sangramento e procurar seu médico após”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM H).

“[...] E a anticoncepção, deixamos para o médico da paciente...mas não podemos contar que a paciente logo vá procurar seu médico e temos que ver, que muitas nem tem vínculo com algum médico”. (MÉDICO B).

Pensar que a mulher, após um abortamento, irá tomar todos os cuidados necessários sem obter as informações necessárias, é um tanto irônico. Se as informações já não são fornecidas satisfatoriamente, e uma das condutas é procurar outro atendimento para receber os cuidados, as necessidades da mulher podem não ser atendidas.

A NTAHA aponta esta fase como muito importante, também como uma preocupação em relação a falhas nesta etapa. É função da equipe de saúde fornecer todas as informações necessárias para que o atendimento no abortamento seja eficaz. (BRASIL, 2011).

7.4 A visão dos profissionais de saúde na assistência à mulher com abortamento a partir do olhar das mulheres

Como última categoria a ser analisada, se fez necessária a discussão do conteúdo emergido dos grupos focais, para que pudéssemos elaborar protocolo assistencial, além da busca de evidências na literatura estudada, e apontar a percepção das mulheres sobre o atendimento recebido. Parte do conteúdo dos grupos focais já foi apresentado nas categorias anteriores.

O grupo focal foi realizado em dois encontros de aproximadamente uma hora de duração, com os profissionais de saúde atuantes na Instituição de escolha com a discussão dos tópicos pertinentes apresentados no Apêndice C. Após a análise dos dados restantes, foram desenvolvidas três subcategorias, que nortearam a construção do protocolo assistencial para atendimento de mulheres com diagnóstico de abortamento. São elas: *Conversando sobre a legislação do aborto e a NTAHA; diagnosticando a necessidade de capacitação para o atendimento à mulher com abortamento e discutindo um instrumento de trabalho: o protocolo.*

7.4.1 Conversando sobre a legislação do aborto e a NTAHA

Como forma introdutória, se fez necessário o questionamento quanto à opinião sobre o aborto e as circunstâncias permitidas por lei. Para um profissional, somente saber como é a lei parece fácil, porém, ao serem questionados resultou em apontamentos polêmicos. Suas opiniões demonstram como este é um assunto que não parece ter uma conduta única e que talvez possa ser um dos motivos de a Lei atual não mudar desde 1940, quando foi elaborada. Aponto aqui novamente, como forma de comparação com os dados seguintes, o Código Penal Brasileiro (BRASIL, 1940):

Artigo 128: Não se pune o aborto provocado por 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 do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu responsável legal.

Os dados deixam claro, que a equipe de saúde tem o conhecimento sobre as questões legais do aborto no Brasil:

“[...] por estupro...mas tem que ter a documentação encaminhada [...]”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM F).

“Nos casos de violência sexual...por estupro, tem que ser comprovado e solicitado autorização judicial. É uma burocracia incrível”. (ENFERMEIRO B).

“[...] e nos casos de incompatibilidade com a vida”. (MÉDICO C).

Diante do conhecimento da Lei e das opiniões, percebe-se que, quando alguns casos durante as experiências profissionais são lembrados e analisados, os profissionais divergem nas suas opiniões, alguns sendo favoráveis à Lei, outros não.

“É complicado, pois em alguns casos mesmo com a incompatibilidade elas não querem fazer, assim como outras que logo querem, pois não queriam a gravidez e aí fica na mão da justiça. Já vi muita coisa nesta minha carreira, mas não concordo em fazer o aborto por fazer. Acredito que a lei pensa na prevenção da gestação em casos do não querer e respalda nos casos que não depende da mulher”. (MÉDICO C).

“Eu não sou contra, mas também não sou a favor. Depende de cada caso, de cada mulher, da situação. Depende do tempo de gestação. E fazer um aborto na cabeça da mulher é complicado”. (MÉDICO D).

“Sou contra...é uma vida”. ENFERMEIRO A).

Muitos casos específicos foram relatados durante a discussão, mas alguns afetaram os profissionais em suas carreiras, de modo que resultaram na dúvida de como agir nestas situações e de como é difícil ter uma única opinião:

“[...] ela tinha sido estuprada pelo padrasto e tentou de todas as formas conseguir o aborto, mas até que se comprovou, até que a mãe dela aceitou...que de certa forma não aceitou. Até que ela conseguiu chegar na justiça, pois descobriu a gravidez um tempo depois...foi demorado e aí ela apelou para um aborto provocado...e teve todas as complicações possíveis...quase morreu... Mas... mesmo assim...é uma vida que se tira. Como fica a culpa depois? Mas ao mesmo tempo, ter um filho do padrasto? É complicado, acho que nunca terei uma opinião concreta sobre se sou a favor ou contra”. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM F).

“[...] tu tem treze anos... doze anos...como ser mãe nesta fase...tua vida...escola...os pais abandonam...vai para rua...tem que amadurecer para ser mãe com esta idade...e ainda se for de estupro?. Ela não tem cabeça para isto”. (MÉDICO D).

Quando um caso é avaliado concretamente, o profissional se depara com a sua percepção e o sentimento da mulher que está na situação. O profissional lida quase que diariamente com casos complicados e deve ter discernimento para manter o seu equilíbrio emocional e não afetar a assistência prestada. Para Beserra et al. (2014), ocorre uma mistura do sofrimento de quem cuida e de quem é cuidado. O enfermeiro precisa se perceber como um ser vulnerável, alheio ao sofrimento.

Outras questões a serem pensadas são os meios que se buscam para a prática do aborto. Na atualidade, o acesso à informação está facilitado com os meios tecnológicos digitais, como a internet. Porém, infelizmente, existem informações errôneas e isto pode ocasionar em condutas inseguras. Alguns dados revelam isto e é como se a Lei justificasse esta busca:

“Eu concordo que a lei propicia os meios inseguros do aborto...mas é complicado a questão de julgar uma nova vida. Mas o inseguro é perigoso...e vemos isto no dia a dia. Hoje com a internet, as pessoas buscam meios com base em alguns casos que deram certo e acabam mesmo assim tendo que buscar atendimento após, por complicações”. (ENFERMEIRO B).

Os meios de se conseguir comprovar um estupro e conseguir o respaldo da Lei para abortar, foram relatados pelos profissionais, sendo que estes meios resultaram, em outras situações, até mesmo como um segundo trauma para as mulheres:

“Eu tive uma paciente que foi estuprada...ela estava caminhando na rua com a irmã dela...e veio um cara que seguiu elas...a irmã saiu correndo...e o cara estuprou ela e ela engravidou...um caso horrível, né? Bem jovem. Ai ela foi prestar corpo de delito, e o cara da delegacia disse que ela se insinuou para o cara e isto causou atração no cara e eles tiveram relação, ficou questionando ela ...de como ela estava vestida, caminhando...ela me disse que preferia ter feito um aborto clandestino do que ter passado por isto[...]”. (MÉDICO D).

“[...] tu ser estuprada...ter que fazer exame ainda...passar por um aborto...são dois estupros. É traumático. É legalizado, mas deveria ser mais fácil de conseguir, do processo nestes casos de aborto”. (ENFERMEIRO A).

“E se ela descobre (a gestação) já após um tempo, até encaminhar documentos, daqui a pouco esta gestação já está se formando, indo para uma fase que se torna mais difícil de reverter...e realmente, os motivos da mulher podem ser banais para nós...mas para ela são um problema”. (PSICÓLOGA I).

Os dados seguintes demonstram uma preocupação em situações em que a Lei não se configura. Os profissionais se deparam com situações em que não podem intervir, são questões a serem aprofundadas para que as mulheres consigam ter as soluções para seus problemas:

“E ainda tem o estupro doméstico...elas engravidam...elas não conseguem se desvincular daquela vida por diversos motivos...e ainda engravidam. Como elas chegariam para a lei, e provariam que foram violentadas?” (ENFERMEIRO B).

“É meu marido! O meu marido me estuprou”. Muitas (pacientes) no consultório me relatam isto. Querem se separar e não conseguem, por vários motivos. Já tem filhos, questões financeiras [...]”. (MÉDICO B).

“[...] cada caso um caso...e perante a justiça é difícil definir num papel”. (PSICÓLOGA I).

Os sentimentos da mulher diante de uma situação que necessita da Lei, podem ser diferentes dos que são gerados quando há a perda espontânea de uma gestação quista. Independente das causas, do querer ou não uma gestação, há uma perda física e sentimental. Em estudo, Santos e Silveira (2017) trazem o sentimento de liberdade da mulher que realiza o aborto, acompanhada de culpa por ter conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, por prejudicar o físico do seu corpo, receio de perder a beleza e o despreparo para a maternidade.

“Acho que todas as mulheres deveriam ser encaminhadas de uma forma correta, com terapia...fazer da forma certa. Talvez evitaríamos até algumas mortes”. (MÉDICO E).

Quando questionados sobre o conhecimento da NTAHA, os profissionais pouco o obtinham. Alguns sabiam que existia, mas sabiam que não era praticada da forma devida:

“Eu conheço, li na minha especialização. Foi um tentativa de implantação, mas pelo jeito não é muito conhecida e seguida”. (ENFERMEIRO A).

“Ela fala bem esta questão da humanização, mas acho realmente que há falhas no seu desenvolvimento”. (MÉDICO C).

Um dos objetivos da NTAHA é o atendimento seguro, ético e humanizado do abortamento. (BRASIL, 2011). Mas conforme os dados a seguir, as preocupações que levaram a edição da NTAHA ainda persistem, como é o caso da mudança de conduta quando se tem o conhecimento da causa do aborto:

“Muitos não se preocupam com um atendimento mais humano...e por vezes se foi provocado (aborto), as pessoas tem o costume de julgar e muitas vezes até punir esta mulher”. (MÉDICO C).

“Acho que não podemos tratar diferente se foi provocado ou não, muitas vezes nem sabemos qual foi a causa. [...]mas acho que a mulher sente de qualquer forma, mesmo que ela provocou...ela já tem que passar por uma situação difícil de atendimento, sendo a tristeza ou a culpa...o sentimento bate”. (TÉCNICO DE ENFERMAGEM F).

Ter o conhecimento da causa do aborto é importante para a equipe, pois podem ocorrer complicações, e o tratamento proposto pode não ser o apropriado para aquela situação. Muitas mulheres têm medo de contar pelo sentimento da culpa, independente da causa do aborto. A equipe deve estar preparada para como abordar esta mulher nestas situações. Além de enfatizar esta questão, a Psicóloga I estimula outra discussão com os demais profissionais sobre a visualização do feto quando possível, para a etapa do luto, o que acredito ser um tema para uma futura pesquisa mais aprofundada:

“Ela (mulher) não tem a obrigação de contar o que fez ou não fez, mas tem que saber dos riscos, e nossa função é ajudar neste processo, acolhendo ela. Pois com certeza, independente do sentimento, ela terá um sofrimento consequente. E outra questão, o ver ou não o feto é de escolha da mulher né? Acho importante e deve ser estimulado [...]”. (PSICÓLOGA I).

À medida que os apontamentos eram feitos, a equipe discutia entre si. As questões legais, de atendimento e da NTAHA, fizeram com que a equipe presente se autoavaliasse, e de forma positiva, melhorando até a relação multiprofissional no

momento. A cada relato, as expressões de um ou de outro mudavam, resultando em transformações de opiniões. Diante das discussões, embora houvesse divergência nas opiniões, todos concordaram que cada caso deve ser analisado individualmente, e as condutas a serem tomadas devem ser da forma mais segura e humana possível, atendendo as necessidades de saúde da mulher e não somente as da equipe.

7.4.2 Diagnosticando a necessidade de capacitação para o atendimento à mulher com abortamento

A assistência profissional na área da saúde exige pessoal capacitado e com conhecimento para que se realizem todas as tarefas necessárias, buscando um cuidado eficaz e seguro para o paciente. Aquino (2012) evidencia em sua dissertação que os profissionais reconhecem a falta de capacitações voltadas à humanização e principalmente nas questões reprodutivas das mulheres.

As capacitações na área de atuação da saúde da mulher, na maioria das vezes, estão voltadas para o trabalho de parto e gestação de risco, esquecendo o aborto como uma complicação. Novamente voltamos para a atenção do profissional de saúde para gestante e não para o aborto, devido a complexidade dos cuidados.

O profissional percebe a importância de ter mais capacitações sobre abortamento. Este fato é percebido em falas como "*Acho importante sim...nunca tive...sempre temos sobre parto, mas não aborto*" (ENFERMEIRO B) e como "*Com certeza, sabemos como agir rápido numa situação de hemorragia, mas não em como atendê-las para se sentirem acolhidas*" (TÉCNICO DE ENFERMAGEM H). Nesta, o profissional cita que sabe agir tecnicamente, mas no momento de acolhimento à mulher, tem dificuldades.

Em outra situação, aponta-se a necessidade de treinamento com outras equipes que atendem a saúde da mulher no hospital, como a unidade de internação, fora do centro obstétrico, por ser uma equipe de apoio e de continuidade no cuidado:

"O problema é que o andar (equipe da unidade de internação) não sabe lidar com estas mulheres, não estão preparados(funcionários)...não temos (médicos) esta confiança". (MÉDICO D).

O aborto engloba muito a questão de acolhimento, de percepção das necessidades de saúde da mulher. Uma equipe de profissionais deve desenvolver estas habilidades na sua atuação, mas se não tiverem o preparo ou alguém que perceba que há a necessidade de capacitações para que sejam desenvolvidas as habilidades no dia a dia, a mulher não será atendida na sua complexidade.

“Pelo que vimos aqui...acho importante e urgente...com poucos casos, já percebemos falhas e como temos que dar mais atenção a esta mulher. Falta estarmos todos no mesmo barco...falando a mesma linguagem...falta treinamento”. (MÉDICO D).

A NTAHA considera importante a presença dos treinamentos permanentes na atuação dos profissionais na saúde da mulher. (BRASIL, 2011). Strefling (2013) evidencia a necessidade do enfermeiro responsável pela gerência da equipe, perceber as limitações e sensibilizar os profissionais a buscarem, em suas atividades assistenciais, a forma de desenvolver métodos educativos para sensibilizar também a mulher no seu contexto, para que esta receba as informações de uma maneira eficaz.

Portanto, há uma necessidade de capacitações para equipes que buscam atendimento às necessidades de saúde da mulher. Não somente a equipe ser treinada para desenvolver o cuidado de forma integral durante a assistência, mas subsidiar a mulher para que ela consiga entender o cuidado consigo mesma no seu dia a dia, diminuindo e entendendo os riscos que podem ocorrer. Com isto, se faz necessário que o cuidado educativo esteja presente na rotina diária do profissional.

7.5 Discutindo e construindo um instrumento de trabalho: protocolo

Para o Ministério da Saúde (2011), o cuidado integral à mulher com abortamento, segue uma linha de cuidados que abrange, desde o seu acolhimento e diagnóstico das suas necessidades de saúde, de uma forma individual com a abrangência do uso de tecnologias, até o uso de orientações sobre o planejamento familiar, englobando o método contraceptivo em cada situação.

A atenção humanizada a mulheres com abortamento indefere dos motivos que levaram ao abortamento, sendo fundamental uma assistência voltada às necessidades da mulher após o ocorrido. (STREFLING, 2013).

Durante a realização do grupo focal, por vezes, foram identificadas condutas que são essenciais no atendimento à mulher com abortamento, assim como demandas não atendidas, por não haver uma conduta única inicial em cada processo, havendo a necessidade de abranger a individualidade de cada mulher.

Os dados mostram como a própria equipe assistencial reconhece que por não haver uma conduta padrão, algumas falhas podem trazer riscos para a mulher no atendimento ao abortamento:

“A mulher que não for bem orientada nos cuidados após, provavelmente retornará com mais abortos. A tipagem (sanguínea) mesmo, teste rápidos...vejo muitos casos onde são esquecidos estes detalhes...e que podem causar aborto depois, ou a falha de tratamento”. (MÉDICO C).

“Já tivemos casos, em que a curetagem foi tranquila, pouca perda sanguínea e a mulher retornar após dias com anemia severa, ou até mesmo chocada...fora as infecções...não nos preocupamos as vezes, se a mulher já não tem algo prévio, devemos coletar hemograma em todas as pacientes assim que ela chega para o atendimento”. (MÉDICO B).

“[...] não conhecemos (equipe) muito da paciente e nem sabemos se vamos ver novamente, muitas voltam para seus médicos, outras não os procuram logo”. (MÉDICO D).

“[...] percebo como de extrema importância o apoio a esta mãe e a sua família”. (PSICÓLOGA I).

A questão sobre o local em que a mulher com abortamento permanece em seu atendimento, gerou uma discussão mais aguçada durante o GF, comparado a outros cuidados. Isto foi evidente quando a equipe relatou a estrutura atual, o preparo das equipes quanto ao atendimento e à humanização que deve ser desenvolvida e a dificuldade em combinar todos estes elementos na realidade atual.

“[...] nossa estrutura não comporta (a mulher em abortamento)...no andar (unidade de internação) é complicado...pode começar a sangrar e não agirem rápido. Mas também corre o risco de não ter lugar no CO(centro obstétrico) ou ficar no meio das mães (mulheres em trabalho de parto ou com bebês). No quarto elas podem ficar com familiares...mas teríamos que avaliar cada situação. Hoje, é difícil”. (MÉDICO C).

Os dados relatados pelas mulheres, e percebidos pelos profissionais, expuseram as fragilidades no atendimento, demonstrando que este ocorre no

mesmo ambiente de mulheres que estão em circunstância contrária. Os abortamentos permaneciam próximos a mulheres que estavam em trabalho de parto ou já com seus bebês. O centro obstétrico configura o local de urgências obstétricas, mas predomina como local de realizações de partos. A diversidade e amplitude de sentimentos gerados por esta situação foram predominantes. Outro apontamento, foi o juízo das mulheres perante as atitudes dos profissionais, quando auto comparadas com as mulheres em trabalho de parto, que recebiam maior atenção devido necessitarem de mais procedimentos técnicos. Sendo esquecido o cuidado real, que engloba também a sensibilidade e ética, diante da postura profissional.

Os profissionais discutiram sobre todos os aspectos que devem estar presentes na conduta com a mulher em abortamento. Exames, procedimentos cirúrgicos, o engajamento de toda a equipe para individualizar este atendimento e rever questões como treinamentos para atender às necessidades de saúde da mulher. Diante disto, alguns fatores foram determinantes e considerados importantes na discussão para a construção de um resultado final, baseados na vivência profissional de cada um, nas evidências clínicas e nas preferências das mulheres (PBE).

A construção do protocolo foi realizada na segunda etapa da pesquisa ação, no seminário, conforme os pressupostos da pesquisa ação. Neste seminário realizado com os profissionais convidados, foram revelados os dados oriundos das entrevistas considerando as preferências das mulheres, evidências externas como protocolos vigentes, apresentados, por exemplo, no Manual de Abortamento Seguro, elaborado pela OMS (2013) e dos protocolos de obstetrícia da Secretaria de Saúde do Ceará (ELEUTÉRIO et al., 2014), e das expertises e habilidades clínicas de cada um diante das suas experiências profissionais para contemplar as PBE. Após, foram discutidas cada etapa do protocolo construído.

Foi importante detectar o apoio e as resistências dos profissionais na sua construção, e neste sentido a participação do pesquisador é fundamental para que ocorra a intervenção, neste caso, a construção de um protocolo de atendimento para mulheres em situação de abortamento. Para que a participação do GF fosse fidedigna e confiável, houve a necessidade de interpretar cada ação, cada detalhe dos encontros. Assim, pôde-se realizar uma análise minuciosa do conteúdo que teria de ser consistente para que todos os dados fossem conjugados, gerando, assim, um corpus de estudo suficiente para compor o protocolo.

Este trabalho realizado no GF, de validar o material produzido, foi facilitado pelo fato de o grupo já apresentar uma experiência profissional conjunta e convívio prévio com a pesquisadora, cuja preocupação de melhorar suas práticas assistenciais, sempre foi um ponto em comum. Neste contexto, os participantes do GF, conjuntamente com a pesquisadora, vivem o desejo de mudança no serviço estudado, corroborando o que Larrabee (2011) ressalta sobre as mudanças geradas pela PBE, ao reforçar que as mudanças de comportamentos e de estruturas surgem para melhorar o atendimento ao paciente.

Para a construção do protocolo, seguiu-se o método de Pimenta et al. (2015), que propõe três fases: o levantamento de evidências na literatura; a construção do protocolo em si; e a validação do protocolo através da avaliação pelos profissionais de saúde envolvidos no processo, quanto à sua clareza, consistência, aceitabilidade, custo benefício e sua testagem na prática.

O protocolo em formato de fluxograma é um processo de forma clara e concisa, realizado após elaboração do protocolo, feito pelos profissionais que participaram da elaboração do mesmo, com representações simples e compreensão rápida. Todos os passos devem ser conectados, com início e fim bem delineados; apresentar instruções objetivas e ser testado, passo a passo, antes da liberação para o uso. (PIMENTA et al.,2015).

A representação do protocolo seguiu os critérios estabelecidos pela OMS e outros órgãos nacionais e internacionais, relacionados conforme apresentados no manual do Conselho Regional de Enfermagem, Coren-SP, de 2015, que estabelece etapas a serem seguidas para que seja reconhecido no meio profissional. (PIMENTA et al., 2015).

O desenvolvimento da construção do protocolo foi de grande valia para todos, mediante às necessidades atuais de atuação no local, sendo considerado importante por todos para que sejam atendidas e padronizadas as condutas com a mulher em abortamento. Todos profissionais estiveram surpreendidos com as declarações iniciais apresentadas como dados, resultando em preocupações com as ações atuais, justificando alguns retornos negativos pelas mulheres e o quanto poderiam ter evitado certas situações. Durante o processo de discussão e construção, todos estiveram engajados e o produto final não foi o único resultado mesmo sendo este o objetivo da pesquisa. Foi também a interação, naquele momento, entre os

profissionais, que despertou a necessidade de buscar mudanças na equipe e melhorias no trabalho, o que foi de grande valia.

É importante lembrar que o profissional permanece com a autonomia na tomada de decisões das condutas, mesmo com a presença de protocolos. O protocolo quando seguido, garante ao profissional o apoio da instituição nas tomadas de decisões. (PIMENTA et al., 2015).

Além destes referenciais, utilizou-se os indicadores que compõem as boas práticas de saúde, propostos pelo referencial da PBE, conforme Pedrolo et al. (2009): a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente.

Após a consolidação das duas primeiras fases, partiu-se para terceira, que está em via de implementação, pois ainda falta a Direção Clínica aprovar a sua inserção nas práticas assistenciais do serviço. O protocolo em formato de fluxograma foi entregue à instituição, conforme apresentado no (Apêndice E).

O protocolo, na íntegra, encontra-se no Apêndice F.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é um conceito simples de ser entendido, mas complexo diante de todos os preceitos que o circundam. Sendo assim, é um evento que pode ser único ou múltiplo na vida de uma mulher, acompanhado de sentimentos positivos ou negativos, independente da interrupção da gestação ter sido provocada ou não. Os dados revelaram que, na maioria dos casos, o aborto é confirmado quando é realizada a ultrassonografia, na maioria com um exame de rotina, por muitos dos casos terem ocorrido no início da gestação. Diante desta questão, surgiram desencontros da forma como as mulheres receberam a notícia do aborto. Ora pela reação do profissional durante o exame ultrassonográfico e na apresentação do resultado, ora pelo profissional no centro obstétrico.

Os profissionais de saúde, principalmente os da enfermagem, reconheceram que não valorizam o atendimento do abortamento devido às rotinas diárias do setor e grande fluxo de atendimento. Os demais profissionais reconhecem a importância da enfermagem como um elo entre a realização de cuidados e a mulher com abortamento. A enfermagem se caracteriza pela permanência constante no setor e próxima da mulher em atendimento, vivenciando com mais frequência a postura da mulher. Estes profissionais, assim como os demais, devem perceber as necessidades de saúde da mulher com abortamento.

Os dados mostraram que em alguns casos o empoderamento do profissional gerou o comportamento de negação na mulher frente ao tratamento indicado. Estes conflitos resultaram na adesão ao tratamento, posteriormente. As necessidades de saúde da mulher com abortamento devem ser individualizadas. Os próprios profissionais reconhecem esta questão, assim como a percepção de utilizarem pouco de alguns meios, como o profissional da psicologia. No momento em que a situação atual da mulher no atendimento é valorizada, esta adere melhor ao tratamento.

Dentre outras percepções dos profissionais, fatores foram relatados como a necessidade e a importância de processos de educação permanente em saúde, ou continuada, como capacitações sobre os cuidados em abortamento são necessários. Diante das colocações das mulheres, muitos profissionais avaliaram suas condutas e perceberam que devem aperfeiçoar sua atuação profissional, abrangendo o cuidado integral. Como por exemplo, o fato de interagirem mais com esta mulher e

saber como orientar os cuidados de uma forma que a mulher absorva a informação. Esta, que tanto foi relatada, como ausente.

Diante da pesquisa realizada, da literatura estudada, do interesse dos profissionais e das experiências profissionais divididas, foi possível a elaboração do protocolo assistencial para mulheres com abortamento. O protocolo estabelece condutas padrões baseadas em evidências, no qual a maior evidência deste estudo é que além das condutas estabelecidas, cada caso seja individualizado para que a mulher participe ativamente do cuidado proposto.

Vale ressaltar que, além do protocolo elaborado, a troca de percepções entre os profissionais e as mulheres participantes instigou a equipe a buscar melhorias no atendimento a favor das futuras mulheres que serão atendidas. Um resultado que, pessoalmente, considero de extrema valia, no que tange um dos objetivos para quem valoriza esta área de atuação. Logo, a divulgação do protocolo assistencial pode gerar futuras ações para a instituição, dependendo de suas necessidades, como treinamentos e ações similares em outras áreas de pesquisa.

Frente ao exposto, sugiro futuros estudos que abordem as questões éticas e de postura profissionais de saúde, nos casos de realização de exames diagnósticos nos atendimentos a mulheres com abortamento, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento e as expectativas e necessidades de saúde das mulheres.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Elaine. **Atenção a saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas dos profissionais de saúde.** [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/pt-br.php>>. Acesso em: jul. 2017.
- BARBOSA, Luciana R.; MELO, Marcia R.A.C. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 61, n. 3, maio-jun, 2008.
- BESERRA, Eveline, P. et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2014.
- BERTOLANI, G.B.M.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Rev. Saúde Soc**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.
- BORK, Anna, M. T. **Enfermagem Baseada em Evidências**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- BRASIL. Código Penal Brasil. **Lei n. 2848 de 07 de dezembro de 1940**. Art. 128. Disponível em: <<http://jurisbrasil.com.br/topicos/10624811/artigo128-do-decreto-lei-n-2848-de-7-de-dezembro-de-1940>>. Acesso em: 07 de set. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2 ed. Brasília, 2011.
- _____. **Resolução nº466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2016.
- CAMAYO, Francisco J.A. et al. Perda gestacional retida: tratamento baseado em evidência. **Revista femina**, São Paulo, v. 39, n.1, janeiro, 2011.
- CINTRA, H.D.E. et al. **Fatores que prejudicam o trabalho do enfermeiro que atua em hospital**. Trabalho científico apresentado no Seminário Internacional “Experiências de agendas 21: os desafios do Nosso Tempo”. Paraná: Ponta Grossa, 2009. Disponível em: <http://www.eventos.uepg.br/seminariointernacional/agenda21parana/trabalho_cientifico/TrabalhoCientifico022.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018.
- CHRISTOVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012.

COSTA, Maira Rafaela Röhrig. **O papel da equipe de saúde no processo de adesão ao tratamento**. Trabalho apresentado na Universidade de Santa Maria-RS: Santa Maria, 2012. Disponível em: <<http://portal.ufsm.br/jai/trabalho/arquivo.html?arquivo=1467>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CUNNINGHAM, Gary F. et al. **Obstetrícia de Williams**. 24 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

DANSKI, Mitzy Tannia Reichembach, et al. Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do enfermeiro. **Ciência e Cuidado de Saúde**, v. 16, n. 2, p. 1-6, abr-jun, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36304>>. Acesso em: 10 dez, 2017.

DESLANDES, S.F. A ótica dos gestores na humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 615-626, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413->>. Acesso em: 20 de set. 2016.

DIAS, Caren F.C.; FONSECA, Grazielle G.P.; PARCIANELLO, Marcio K.; GEHLEN, Maria Helena. Situação de abortamento: uma compreensão ética e humanizada do cuidado de enfermagem. **Disciplinarum Scuentia**, Série Ciências da Saúde. Santa Maria-RS, v. 14, n. 1, p. 23-30, 2013.

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://aads.org.br/arquivos/ENCabortopdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ELEUTERIO, Francisco et al. **Protocolos de obstetrícia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/.../58-livros-revistas-e-folderes-?...1562%3Aprotocolos-de-obst>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

FENELON, Sandro. Aspectos ético legais em imaginologia. **Revista Radiologia Brasileira**, v. 36, n. 1, São Paulo, jan-fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sco-arttrent>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

FERGUSON, D.M.; HORWOOD, L.J.; BODEN, J.M. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-years longitudinal study. **Br J Psychiatry**, v. 193, n. 6, p. 444-451, dez., 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em: 03 nov. 2016.

FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisa qualitativa em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan., 2008.

FRASER, Diane M.; COOPER, Margaret A. **Assistência Obstétrica: um guia prático para enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 6 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2011.

GOMES, I. P. et al. Conduta expectante na perda gestacional precoce. **Revista Femina**, São Paulo, v. 35, n. 3, março, 2007. Disponível em <<https://www.febrasgo.org.br/revista-femina-2007-vol-35-n-3>>. Acesso em: 04 mai. 2016.

GOMES, Maria Elasir S.; BARBOSA, Eduardo F. **A Técnica de Grupos Focais para Obteção de Dados Qualitativos**. Educativa – Instituto de pesquisa e inovações educacionais, 2012.

JUNG, Carl Gustav. **Memórias, Sonhos e Reflexões**. 31 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. Disponível em: <https://books.google.com.br/books/about/Memórias_Sonhos_Reflexões.html>. Acesso em: 02 jan. 2018.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues in Clinival Neuroscience**. Paris, v. 14, n. 2, p. 187-194, 2012. Disponível em <<http://www.dialogues-cns.com/publication/complicated-grief-after-perinatal-loss/>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Maria de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LARRABEE, June H. **Prática Baseada em Evidências em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MARIUTTI, M.G.; FUREGATO, A.R.F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 183-189, 2010.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, ciência, saúde**, Manguinhos. Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, jan-mar, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MORTARI, C.H.L; MARTINI, J.G.; VARGAS, M.A. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 4, n. 46, p. 914-921, 2012.

NERY, I. S. et al. Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 67-73, 2006.

NOGUEIRA, Jane W.S.; RODRIGUES, Maria C.S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem: Parana**, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/40016/26245>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

NONNENMACHER, Daniele. **Abortamento**: depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro em duas capitais brasileiras [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, Ana Railka de Souza; CARVALHO, Emília Campos de; ROSSI, Lídia Aparecida. Dos princípios da prática à classificação dos resultados de enfermagem: olhar sobre estratégias da assistência, **Ciência, cuidado e Saúde**, Ribeirão Preto, São Paulo, jan/mar, v. 14, n. 1, p. 986-992, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22034/14208>>. Acesso em: 12 out. 2017.

OLIVER-WILLIAMS, Clare T.; STEER, Philip J. Racial variation in the number of spontaneous abortions before a first successful pregnancy and effects of subsequent pregnancies. **Internacional Journal of Gynaecology and Obstetrics**, NCBI.USA, v. 129, n. 3, p. 207-212, jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4445929>>. Acesso em: 25 dez. 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Brasília-DF: 2013.

PEDROLO, E.; DANSKI, M.T.R.; MINGORANCE, P.; LAZZARI, L.S.M.; MEIER, M.J.; CROZETA, K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem.UFPR**. Paraná, v. 14, n. 4, p. 760-763, Out/Dez, 2009.

PEDROSA, Miguel Arcanjo; HIME, Lucia de Fatima. **GPS- Guia prático de saúde-obstetrícia**. AC Farmacêutica: Rio de Janeiro, 2014.

PIMENTA, Cibele A. et al. **Guia de construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP. São Paulo: Coren-SP, 2015.

RIBEIRO, Débora R.; FONSECA, Cláudia T. Atenção humanizada ao aborto legal em um Hospital Público de Belém –PA. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 29, n. 3, p. 13-19, 2015.

SANTOS, Camila Simões; SILVEIRA, Lia Márcia Cruz. Percepções de mulheres que vivenciaram o aborto sobre autonomia do corpo feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 304-317, abr-jun, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid>>. Acesso em: 08 set. 2017.

SANTOS, Livia Lima Nogueira dos. **Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador, BA**. [Dissertação]. Salvador: 2014.

STREFLING, Ivanete, S.S. **O processo de gestão do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento**: contribuições da enfermagem [Tese]. Fundação Universidade do Rio Grande – FURG. Rio Grande, 2013.

STREFLING, Ivanete S.S.; LUNARDI FILHO, Wilson.D.; KERBER, Nalu P.C., SOARES, Marilu C.; RIBEIRO, Juliane P. Percepções da enfermagem sobre a gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. **Texto Contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, Jul-set. 2015.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VALONGUEIRO, Sandra. Mortalidade (Materna) por aborto: fontes, métodos e instrumentos de estimação. **Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP**, 2000.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 ed. Revisada e ampliada. Brasília. DF: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2009.

WALDOW, Vera Regina. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig Enferm.Imagem Desarr**, v. 14, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>>. Acesso em: 08 set. 2017.

WERNECK, Marcos A. F.; FARIA, Horácio P.; CAMPOS, Katia F.C. **Protocolos à saúde e de organização do serviço**. Nescon, UFMG: Belo Horizonte, 2009.

APÊNCIDE A

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezado(a) participante:

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Título “Protocolo de atendimento a mulheres em situação de abortamento” cujo objetivo é construir e propor a implantação de um protocolo assistencial multiprofissional para mulheres com diagnóstico de aborto e gostaria de contar com sua participação.

Eu, Mariana Postingher, autora da pesquisa sou mestranda do curso de Enfermagem Profissional, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e estou realizando uma pesquisa sob a orientação da professora e Doutora Denise Antunes de Azambuja Zocche.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os dados coletados serão analisados e apresentados de forma ética respeitando a confidencialidade e a oportunidade de abandono do estudo se assim for desejado pelo participante até o momento a conclusão do estudo, sem punição ou constrangimento. Os dados serão utilizados somente para atual pesquisa, apresentadas no relatório final. As entrevistas serão gravadas em formato de áudio e transcritas na íntegra pela pesquisadora. Os áudios serão gravados e após a transcrição serão destruídos.

Caso ocorrer algum dano emocional a algum participante, esta pesquisa poderá ser interrompida e será fornecido um encaminhamento para atendimento psicológico no serviço saúde de referência da região.

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) Mariana Postingher fone (51) 999711744 ou pela orientadora responsável Denise Antunes de Azambuja Zocche fone(49) 991658802.

Atenciosamente

Mariana Postingher-pesquisadora

CPF 81416547053

Local e data

O termo de consentimento é assinado em duas vias, ficando uma via em posse do participante e a outra com a pesquisadora.

Consinto em participar deste estudo e declaro ter recebido uma cópia deste termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante

Local e data

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semiestruturada a ser aplicada as mulheres com vivência de atendimento por abortamento

- 1) Número de gestações: Número de abortos: Tempo de gestação:
- 2) Descreva o seu atendimento recebido (tempo de espera, privacidade, profissionais que atenderam, orientações, divulgação das condutas).
- 3) Qualidade da assistência recebida: Quais foram os cuidados médicos, de enfermagem, psicológicos, durante a tua experiência do abortamento? Teriam outros cuidados que você gostaria de ter recebido?
- 4) Quais profissionais te atenderam? O que tu achaste do atendimento deles? Eles poderiam ter feito algo para melhorar este atendimento?
- 5) Faltou algum atendimento de algum profissional na sua percepção?
- 6) Tu terias mais alguma coisa para acrescentar sobre a tua experiência com o aborto? Tu terias alguma sugestão para o serviço onde fostes atendida ou outras instituições?
- 7) Conhecimento sobre concepção após aborto: tu recebestes orientações sobre os cuidados pós aborto quando fostes atendida?

APÊNDICE C

Tópicos pertinentes a serem abordados com os profissionais de saúde

- 1) Qual o seu conhecimento sobre as circunstâncias em que o aborto é permitido por lei. Qual sua opinião sobre o aborto?
- 2) Como é realizado o atendimento a esta mulher? (acolhimento, informação, que atende, para onde vai, quem participa, quem toma decisões).
- 3) Qual o seu conhecimento sobre a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento?
- 4) Você já fez alguma capacitação para a equipe para o atendimento a estas mulheres em situação de abortamento?
- 5) Quais são as suas percepções e opiniões sobre o atendimento a mulheres com abortamento?

APÊNDICE D

Categorização das entrevistas

1 Atendimento prestado
Atendimento no diagnóstico
<p>E1 E na eco...o médico disse para aguardar que já voltava. Voltou e disse para eu ir na minha médica. Pensei...ué...será que é sempre assim? De repente vou receber o resultado na médica. Meu marido não podia entrar. Fui na médica e esperei uma hora, uma hora mais ou menos. E ela me disse...não deu certo. Quando chegamos no hospital me colocaram numa cadeira e me levaram voando pelos corredores para ir no setor, o...o... centro obstétrico. O médico logo veio, me examinou e me olhou com aquela cara dizendo que não tinha mais o que fazer.</p>
<p>E4 O médico entrou, disse “Bom dia” E “Vamos lá então ver o que está acontecendo”...me fez umas perguntas, tipo, quanto de tempo de gestação; se era o primeiro...etc. Fez o exame, fez umas caras estranhas...pois nossa reação é sempre olhar para o médico já que não enxergamos nada na máquina...meu marido estava branco atrás do médico. Ele terminou o exame...me olhou, e eu já vi o que era...ele foi legal até, mas o que ele poderia dizer, né? Ele só está ali para fazer exames <i>(difícil para o ecografista, como manejar)</i></p>
<p>E5 Fui fazer a primeira ecografia com 10 semanas, pois descobri eu já devia estar com mais de um mês de gravidez. Quando fui fazer a ecografia, já estava mostrando que estava morto.</p>
<p>E6 Ele me examinou e já me explicou que o bebê estava querendo sair. Fizeram uma ecografia de urgência e ele ainda estava vivo, mas já querendo sair. Horrível... fiquei com as pernas para cima... muita informação muito rápido...</p>
<p>E7 Eu fiquei abalada com a notícia de que tinha perdido o bebê. Fui consultar num dia, tudo bem. Uma semana depois fui fazer a ecografia e a notícia de que tinha perdido. Não tinha mais os batimentos na ecografia. <i>(novamente na eco)</i></p>
<p>E8 Fiz a primeira ecografia e já mostrou...que...que não tinha mais vida.<i>(diagnóstico na eco, como o profissional está preparado para isto – futura pesquisa)</i></p>
<p>E9 No segundo só descobri quando fui fazer a segunda ecografia. Vi pelo médico que algo não estava bom. Ele disse que ligaria para minha médica. Ligou e voltou, disse...conversei com tua médica, ela vai te explicar tudo...ela está de plantão no hospital, pode ir lá. Ai já vi que não estava bem. Logo que sai, abri a eco e... vi ali, né... no papel...ausência de batimentos cardíofetais... nunca esqueci disto... desta frase</p>
<p>E10 Eu tava no início, de 8 semanas...tinha descoberto logo que engravidei...fiz bobagem...não era para ser. É...era de um cara que gostava muito, mas ele não deu certo...ele não me quis. Ai descobri a gravidez...perdi o emprego...meus pais brigavam muito..., sabe, se separando, tudo junto (momento de silêncio...indignação). Fiz o exame, fiz a eco...lá estava...tudo junto, sabe? Parece que o mundo caiu... e eu sozinha. Não contei para o cara... Aí pensei, pensei... não sabia muito o que fazer...li muito, fiz algumas coisas...ai passou um tempo... e tive sangramento. Fui no hospital e me examinaram. O médico disse que tinha que fazer uma ecografia para confirmar. Fiz e lá estava a minha resposta...não tinha mais vida. Ao mesmo tempo que foi um suspiro, foi um monte de coisas na cabeça...era certo? Não era? Acho que culpa. O médico me deu aquela olhada assim...tipo...se eu tinha algo a mais para contar...não falei nada. <i>(muitos sentimentos, acontecimentos já no diagnóstico)</i></p>

APÊNDICE E

Carta de agradecimento e apresentação do protocolo assistencial

Eu, Mariana Postingher, portadora do CPF 814165470-53, COREN-RS 110142 venho por este meio apresentar e entregar para análise o resultado alcançado através da pesquisa e estudo “Protocolo de atendimento a mulheres em situação de abortamento”, dissertação apresentada para obtenção de título de Mestre em Enfermagem Profissional no ano de 2018.

O produto elaborado é o Protocolo de Atendimento a Mulheres em Situação de Abortamento que apresento em formato de fluxograma, com o objetivo de melhorar e sistematizar a assistência profissional prestada. Tendo os objetivos de elaboração alcançados com a pesquisa, busco neste momento a meta, que consiste na implantação do protocolo assistencial.

Desde já, agradeço todo o apoio recebido.

Entregue pela autora,

Mariana Postingher

Recebido por,

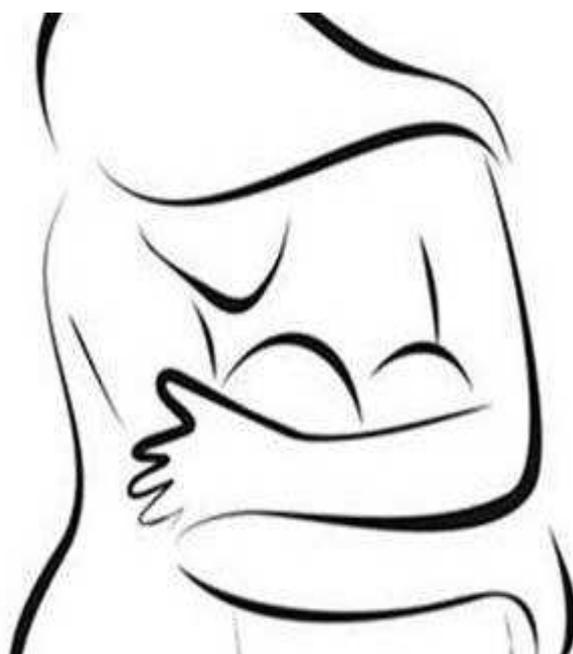
Representante da Instituição

Novo Hamburgo, 05 de março de 2018.

APÊNDICE F

Protocolo de atendimento a mulheres em situação de **abortamento**

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A
MULHERES EM SITUAÇÃO DE
ABORTAMENTO**



Elaborado por
MARIANA POSTINGHER

MARÇO DE 2018

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A
MULHERES EM SITUAÇÃO DE
ABORTAMENTO**

AUTORA

Mariana Postinger

Mestre em Enfermagem Profissional pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos-UNISINOS.

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UNISINOS.

ORIENTADORA

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Doutora em Enfermagem.

Professora assistente Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS.

ILUSTRAÇÃO

<https://ederepente50.wordpress.com/2017/09/28/dia-de-luta-pela-legalizacao-e-descriminalizacao-do-aborto>

APRESENTAÇÃO

O protocolo de atendimento à mulheres em situação de abortamento foi construído pela pesquisadora utilizando as práticas baseadas em evidência (PBE), como produto da dissertação de mestrado em enfermagem profissional. A construção do protocolo baseou-se na tríade das PBE: evidências clínicas, habilidades clínicas e preferências das mulheres com abortamento. Foram seguidas quatro das seis etapas das PBE, conforme Larrabee (2011): avaliar a necessidade de mudança da prática, localizar as melhores evidências, fazer uma análise crítica das evidências e projetar a mudança da prática.

No estudo, foram realizadas entrevistas com mulheres que tiveram a experiência de atendimento por abortamento, busca e análise de conteúdo bibliográfico sobre o tema e realizado grupo focal com profissionais de saúde atuantes na área materno infantil, com experiência em atendimento de abortamento.

As entrevistas com as mulheres trouxeram as experiências durante o atendimento por abortamento, assim como as expectativas e preferências por elas vividas. O conteúdo das entrevistas foi utilizado como tradução dos sentimentos das mulheres para os profissionais de saúde, sendo um instrumento agregador na realização do grupo focal.

O conteúdo das entrevistas foi apresentado ao grupo de profissionais que discutiram sobre todos os aspectos que devem estar presentes na conduta com a mulher em abortamento. Exames, procedimentos cirúrgicos, o engajamento de toda a equipe para individualizar este atendimento e rever questões como treinamentos para atender as necessidades de saúde da mulher. Diante disto, alguns fatores foram determinantes e considerados importantes na discussão para a construção de um resultado final, baseados na vivência profissional de cada um, nas evidências clínicas e nas preferências das mulheres (PBE).

Os protocolos são instrumentos importantes que padronizam condutas clínicas e cirúrgicas em ambientes hospitalares e ambulatoriais para organizar e enfrentar problemas na assistência e na gestão de serviços. Orientam fluxos para o enfrentamento de problemas, sendo elaborados por profissionais especialistas na área e respaldados por evidências científicas. (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009)

O protocolo é a descrição de uma situação específica de um cuidado no qual se denomina o que se faz, quem faz e como se faz. Contém vários procedimentos,

aprimorando a assistência com práticas cientificamente sustentadas, minimizando diferentes condutas e informações entre profissionais da mesma equipe de saúde. A existência de protocolos não anula a autonomia do profissional, ele permanece decidindo as condutas a serem tomadas, porém se seguir o protocolo estabelecido terá o endosso da Instituição. (PIMENTA et al., 2015).

INTRODUÇÃO

O aborto é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) como o término da gestação até 20 ou 22 semanas completas a partir do primeiro dia da última menstruação ou quando, no nascimento, o feto apresenta o peso menor que 500g. Ainda para OMS (2013), o aborto é considerado a 5ª causa de morte materna, devido as suas complicações. Com relação à incidência, 15% das gestações no Brasil terminam em abortos espontâneos e, 80% destes ocorrem nas primeiras 12 semanas de gestação, muitas vezes relacionados ao aumento da paridade (número de partos) da mulher. (BRASIL, 2011).

Neste contexto, a preocupação dos países participantes da (ONU) Organização das Nações Unidas em relação à prática do aborto, resultou no compromisso em desenvolver políticas redutoras para estas práticas, assegurando que as usuárias dos serviços de saúde em processo de abortamento recebam atendimento humanizado e com tecnologias adequadas, evitando o risco de adoecimento e morte. (BRASIL, 2011).

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo programas para estabelecer diretrizes com o objetivo de qualificar a atenção à saúde da mulher, por meio de portarias e diretrizes contidas em políticas e programas de saúde. Destacamos entre elas a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 e reeditada em 2011. Neste período de implementação da política, tivemos o lançamento, em 2005, da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), também reeditada em 2011, que trouxe como inserção a valorização das práticas humanizadas no atendimento às mulheres, tendo como norteador os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) do Brasil. (BRASIL, 2011).

O abortamento é o término de uma expectativa que gera diversos sentimentos vinculados à maternidade. É uma experiência que interrompe um percurso biológico natural e esperado socialmente, sendo a gestação desejada ou indesejada. Independente do tempo gestacional, representa o fim, a perda de algo que estava em desenvolvimento, expondo a mulher a dilemas culturais, religiosos, morais e emocionais. Inicia um questionamento da justificativa do ocorrido. (NONNENMACHER, 2013).

Quando a mulher chega à rede de saúde para atendimento devido a um abortamento, vivencia experiências físicas, emocionais e sociais. Demonstra as vivências físicas, porém omite seus sentimentos. Algumas apresentam o medo da incapacidade de engravidar novamente. Devido a isto, é importante o acolhimento humanizado a estas mulheres. (BRASIL, 2011).

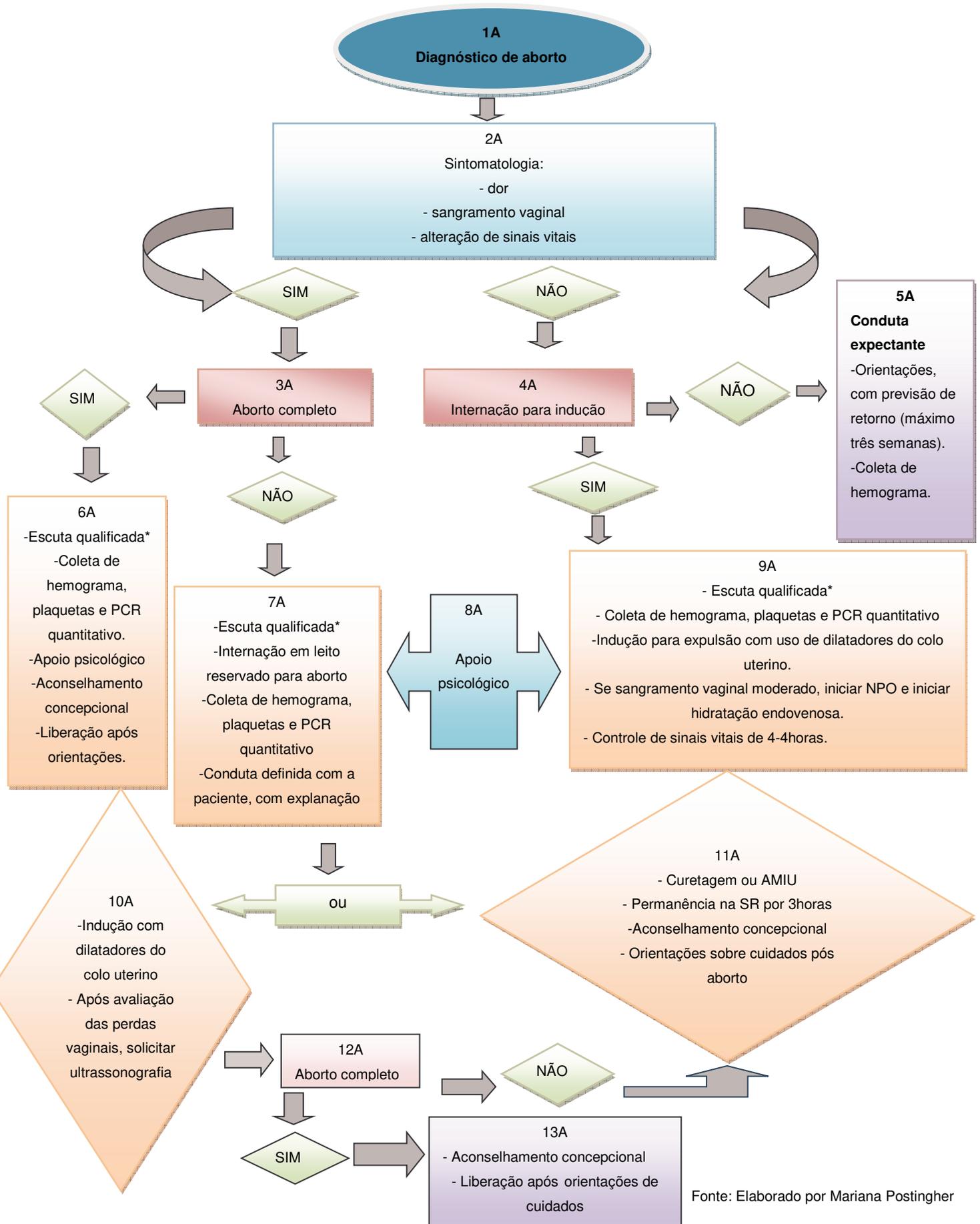
No local de atendimento as mulheres com abortamento, o plano de cuidados estabelecidos deve seguir uma gestão norteadora para que as atividades assistenciais sejam realizadas adequadamente, seja por diretrizes ou protocolos. (STREFLING et al., 2015).

Outro aspecto importante é a questão bioética que envolve a assistência às mulheres em abortamento. Em todo o caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser multiprofissional, respeitando sua liberdade, dignidade, autonomia, a autoridade moral e ética para as tomadas de decisão de seu cuidado. (BRASIL, 2011).

O protocolo apresenta-se em formato de fluxograma. O fluxograma remete um processo de forma clara e concisa, realizado após elaboração do protocolo, feito pelos profissionais que participaram da elaboração do mesmo, com representações simples e compreensão rápida. Todos os passos devem ser conectados, com início e fim bem delineados; apresentar instruções objetivas e ser testado, passo a passo, antes da liberação para o uso. (PIMENTA et al., 2015).

A representação do protocolo seguiu os critérios estabelecidos pela OMS e outros órgãos nacionais e internacionais, relacionados conforme apresentados no manual do Conselho Regional de Enfermagem, Coren-SP, de 2015, que estabelece etapas a serem seguidas para que seja reconhecido no meio profissional. (PIMENTA et al., 2015).

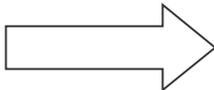
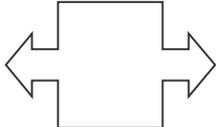
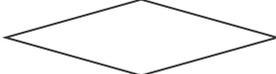
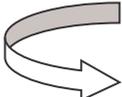
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A MULHER COM ABORTAMENTO



LEGENDA DO FLUXOGRAMA

O protocolo apresentado inicia com o fluxo na vertical, alterando a direção conforme as tomadas de decisão diante da situação apresentada. A coloração e tamanhos escolhidos dos elementos do fluxograma somente representam um destaque de visualização, não um indutivo de tomada de decisão.

Quadro 1 - Legenda dos símbolos do fluxograma

	Indica o início do processo
	Indica a ação
	Indica as direções a serem seguidas
	Indica a mesma ação para situações distintas
	Indica momentos de tomadas de decisões
	Indica direção a ser seguida conforme momento de decisão

Fonte: Elaborado pela autora.

ANOTAÇÕES DOS ALGORITMOS

- 1A:** Diagnóstico de aborto confirmado com exame físico e ultrassonografia.
- 2A:** Sintomas referidos pela mulher com abortamento, relacionados a perda da gestação.
- 3A:** Aborto completo, onde há ausência de batimentos fetais e expulsão de todo material do concepto.
- 4A:** Internação para indução com medicamentos para expulsão do material do aborto.

5A: Conduta expectante, indicada pelo médico e de aceitação da paciente, após explicação dos riscos e benefícios. Com espera de até três semanas da eliminação do material espontaneamente. Sendo orientada, a mulher, a retornar ao atendimento se qualquer alteração. Coleta de hemograma, para avaliar anemia ou sinal de infecção.

6A: Realização da escuta qualificada pelo enfermeiro, coleta de exames para avaliar o quadro clínico e prevenir complicações, encaminhamento para atendimento com psicólogo, aconselhamento reprodutivo ou de anticoncepção pelo médico e liberação após todas as condutas com plano de cuidados posteriores.

7A: Realização da escuta qualificada pelo enfermeiro, acomodação da mulher em leito dirigido ao aborto com privacidade para a mulher, coleta de exames para avaliar o quadro clínico e prevenir complicações, conduta definida entre médico e mulher.

8A: Atendimento pelo psicólogo a critério da mulher.

9A: Realização da escuta qualificada pelo enfermeiro, coleta de exames para avaliar o quadro clínico e prevenir complicações, indução da expulsão do material do concepto com uso de dilatadores do colo uterino, sendo a dosagem e intervalo de acordo com a idade gestacional de perda, iniciar NPO (nada por via oral) ou jejum somente após início de sangramento moderado orientado pela enfermagem iniciando hidratação por via parenteral.

10A: Indução da expulsão do material do concepto com uso de dilatadores do colo uterino, sendo a dosagem e intervalo de acordo com a idade gestacional de perda, avaliando as perdas vaginais a cada duas horas quando sangramento moderado e quando indicação do médico, realizar nova ultrassonografia para avaliar restos intraúteros. Se perdas vaginais intensas e alterações clínicas da mulher, comunicar o médico imediatamente. Se aborto completo, seguir para item 13A.

11A: conduta a ser seguida se caso após uso de dilatadores do útero ainda permanecerem restos conceptuais e placentários intraútero, preparar a mulher para curetagem ou AMIU conforme critério médico. Após procedimento encaminhar a mulher para recuperação após sedação para permanência por pelo menos três horas, indicando estado normal de consciência, estimulando alimentação e com deambulação adequada. Antes da alta, ser avaliada pelo médico e receber todas as orientações de cuidados pós aborto, como o aconselhamento anticoncepcional ou planejamento reprodutivo, com indicação da data de retorno ao serviço.

12A: Idem item 3A, Aborto completo, onde há ausência de batimentos fetais e expulsão de todo material do concepto. Seguir para item 13A.

13A: Receber todas as orientações de cuidados pós aborto, como a aconselhamento anticoncepcional ou planejamento reprodutivo, com indicação da data de retorno ao serviço.

***Escuta qualificada:** procedimento realizado pelo enfermeiro, buscando a individualidade da mulher em suas necessidades de saúde, orientando as condutas a serem seguidas.

Importante orientar a mulher a retornar ao serviço se qualquer intercorrência e buscar atendimento psicológico contínuo caso for necessário e de vontade própria da mulher. O atendimento posterior ao atendimento poderá ser seguido por outro profissional médico que seja de escolha da mulher.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2 ed. Brasília, 2011.

LARRABEE, June H. **Prática Baseada em Evidências em Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

NONNENMACHER, Daniele. **Abortamento**: depressão e percepção das mulheres quanto às reações e condutas do parceiro em duas capitais brasileiras. [Dissertação]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2 ed. Brasília-DF: 2013.

PIMENTA, Cibele A. et al. **Guia de construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP. São Paulo: Coren-SP, 2015.

STREFLING, Ivanete S.S.; LUNARDI FILHO, Wilson. D.; KERBER, Nalu, P.C.; SOARES, Marilu C.; RIBEIRO, Juliane P. Percepções da enfermagem sobre a gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. **Texto Contexto-enfermagem**. Florianópolis. v. 24, n. 3, Jul-set., 2015.

WERNECK, Marcos A. F.; FARIA, Horácio P.; CAMPOS, Katia F.C. **Protocolos à saúde e de organização do serviço**. Nescon, UFMG: Belo Horizonte, 2009.