

Conhecimento de enfermeiros que atuam em maternidades sobre o aborto

Knowledge of Nurses who Work in Maternities about Abortion Conocimientos de las enfermeras que trabajan en maternidades sobre el aborto

Recepção: 24 março 2023 | Aprovação: 28 abril 2023

RODRIGO JÁCOB MOREIRA DE FREITAS^a

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5528-2995>

THYAGO JÁCOME DE OLIVEIRA MAIA

Universidade Potiguar (UNP), Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9801-1311>

WANDERLÂNDIA BEZERRA DE ARAÚJO

Universidade Potiguar (UNP), Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1895-4032>

MARCELINO MAIA BESSA

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6699-5109>

KALYANE KELLY DUARTE DE OLIVEIRA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7713-3264>

ANTONIO DEAN BARBOSA MARQUES

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8969-1546>

RUBIA MARA MAIA FEITOSA

Universidade Estadual do Ceará (UECE), Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7418-1156>

^a Autor para correspondência: Rodrigo Jacob Moreira de Freitas. Correio eletrônico: rodrigojacob@uern.br

Como citar: Freitas RJ, Maia TJ, Araújo W, Bessa M, Oliveira KK, Marques AD, Feitosa RM. Conhecimento de enfermeiros que atuam em maternidades sobre o aborto. Univ. Med. 2025;65. doi: <https://doi.org/10.11144/javeriana.umed65.cema>

RESUMO

Objetivo: Compreender o conhecimento dos enfermeiros que atuam em maternidades sobre o aborto. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa. Utilizou-se entrevista seguindo roteiro semiestruturado com 15 enfermeiros que trabalham em dois hospitais maternidade em um município de médio porte do Nordeste brasileiro. Os dados foram processados no Software IRaMuTeQ. **Resultados:** Obtiveram-se 5 classes, estas, foram categorizadas tematicamente gerando 3 categorias: tipos de aborto: espontâneo e provocado; identificação e procedimento do aborto; ações de enfermagem para o cuidado de mulheres que abortaram. Os enfermeiros conhecem o aborto espontâneo e provocado, tendo influência no seu olhar sobre a problemática, identificam o sangramento e dor como sinais e apontam um cuidado humanizado. **Conclusão:** O aborto espontâneo causa mais comoção entre os profissionais, eles identificam características do processo de abortamento e desenvolvem ações de apoio psicológico à essas mulheres. É preciso maiores discussões sobre o tema desde a formação até o fortalecimento de dos espaços de educação permanente.

Palavras-chave

aborto; serviços de saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand the knowledge of nurses who work in maternity wards about abortion. **Method:** Qualitative research approach. An interview was used following a semi-structured script with 15 nurses who work in two maternity hospitals in a medium-sized city in the Brazilian Northeast. The data were processed using the IRaMuTeQ software. **Results:** 5 classes were obtained, these were categorized thematically, generating 3 categories: types of abortion: spontaneous and induced; abortion identification and procedure; nursing actions for the care of women who have miscarried. Nurses are familiar with spontaneous and induced abortion, influencing their view of the problem, identifying bleeding and pain as signs and recommending humanized care. **Conclusion:** Spontaneous abortion causes more commotion among professionals, they identify characteristics of the abortion process and develop psychological support actions for these women. Greater discussions are needed on the topic, from training to strengthening permanent education spaces.

Keywords

abortion; health services; nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender el conocimiento de las enfermeras que trabajan en las salas de maternidad sobre el aborto. **Método:** Enfoque de investigación cualitativa. Se utilizó una entrevista, siguiendo un guion semiestructurado, con 15 enfermeros que actúan en dos maternidades de una ciudad de tamaño mediano del nordeste brasileño. Los datos se procesaron con el *software* IRaMuTeQ. **Resultados:** Se obtuvieron cinco clases, que al ser categorizadas temáticamente generaron tres categorías: tipos de aborto: espontáneo e inducido; identificación y procedimiento del aborto, y acciones de enfermería para el cuidado de la mujer que ha abortado. Las enfermeras conocen el aborto espontáneo e inducido, influyendo en su visión del problema, identificando el sangrado y el dolor como signos y recomendando una atención humanizada. **Conclusión:** El aborto espontáneo causa mayor conmoción entre los profesionales, identifican características del proceso de aborto y desarrollan acciones de apoyo psicológico para estas mujeres. Se necesitan mayores discusiones sobre el tema, desde la capacitación hasta el fortalecimiento de los espacios de educación permanente.

Palabras clave

aborto; servicios de salud; enfermería.

Introdução

O aborto é um tema que está vinculado à vivência reprodutiva da mulher, incluído nas políticas públicas de saúde, nos programas de atenção à saúde da mulher para atendimento

no Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que as reflexões sobre esta temática são constantes, uma vez que no Brasil, é um problema de saúde pública, tanto pela magnitude como pela persistência (1,2).

Abortos podem ser classificados em seguros, menos seguros ou inseguros, dependendo do método utilizado para sua indução e do profissional responsável pela assistência. Nesse contexto, no Brasil, a legislação acerca do aborto é antiga, e contemplada no artigo 128 do Código Penal de 1940, que exime da condição de crime à interrupção da gravidez quando resultante de estupro (o aborto é precedido do consentimento da gestante, ou, quando incapaz, de seu representante legal) e em casos de risco de vida à gestante. Nos casos de anomalia fetal incompatível com a vida, embora não esteja contemplado na legislação como aborto legal, a interrupção da gravidez pode ser solicitada caso haja interesse da gestante, mediante autorização judicial (3).

Além disso, cabe destacar ainda aspectos relacionados ao aborto inseguro, em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) define como um procedimento para o término da gestação, realizado por pessoas sem a habilidade necessária ou em um ambiente sem padronização para a realização de procedimentos médicos, ou a conjunção dos dois fatores. Apesar dos avanços científicos capazes de proporcionar um abortamento seguro para a mulher, abortos inseguros continuam a ocorrer, causando aumento dos custos ao sistema de saúde, complicações e mortes maternas (4).

Na Pesquisa Nacional de Aborto 2016, a mais recente, traz que o aborto é um fenômeno frequente e persistente entre as mulheres de todas as classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões. Em 2016, quase 1 em cada 5 mulheres, aos 40 anos já realizou, pelo menos, um aborto. Em 2015, foram, aproximadamente, 416 mil mulheres. O abortamento está relacionado a aproximadamente 5% do total de mortes maternas e está entre as cinco principais causas de morte materna. O fato de o aborto ser ilegal em algumas ocasiões faz com que existam

subnotificação e mascaramento das causas de morte materna (5).

A vivência dos enfermeiros na maternidade os possibilita identificar os abortos em dois tipos, os que ocorrem de forma espontânea e os provocados. É importante destacar que o aborto pode ser compreendido como voluntário e involuntário, este pode se dividir em dois subtipos, o aborto espontâneo ou natural (por questões de saúde/doença endógenos), e o aborto acidental ou ocasional (devido a fatores externos). Além disso, existe o aborto permitido em casos de determinação judicial (6).

Desse modo, por ser uma problemática social que reflete no cotidiano dos serviços de saúde, torna-se relevante compreender o conhecimento apresentado pelos enfermeiros que trabalham com saúde da mulher em maternidades sobre o aborto. Além disso, devido ao aborto não ser descriminalizado no país, e o tema ser considerado ainda um tabu na sociedade, carece de pesquisas que abordem a temática. Dessa forma, objetiva-se compreender o conhecimento dos enfermeiros que atuam em maternidades sobre o aborto.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa (7) e seguindo as diretrizes e recomendações consolidadas para elaboração de relatórios de pesquisas qualitativas, do inglês *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (8).

A pesquisa foi desenvolvida em dois hospitais maternidade localizados em uma cidade do interior do nordeste brasileiro. A cidade em questão é município polo, dando suporte para mais de 14 cidades vizinhas. Um dos hospitais se caracteriza por ser privado com leitos destinados a assistirem mulheres pelo SUS e o outro trata-se de um hospital público estadual. Os hospitais são de médio porte, referência em assistência à saúde da mulher, e realizam procedimentos como curetagem, partos, exames ginecológicos, daí sua importância para o estudo.

A população da pesquisa foi constituída por enfermeiros que atuam na assistência às mulheres nos referidos hospitais. A amostra foi composta por 100% da população estudada, que corresponde a uma quantidade de 15 ($n = 15$) enfermeiros que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: atuar diretamente na assistência às mulheres; ter atendido pacientes em abortamento ou com consequências físicas e psicológicas do processo de aborto. Como critérios de exclusão: aqueles que estivessem de férias e ou afastados por outros motivos no decorrer da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre julho e agosto de 2016. Foi utilizada a técnica da entrevista, seguindo um roteiro norteador elaborado previamente pelos autores divididos em duas partes, na primeira constavam variáveis sociobiográficas e a segunda com questões abertas abordando: Qual sua percepção sobre o aborto? Já prestou assistência à mulher com história de aborto? Qual a sua conduta no atendimento a pacientes com aborto? Na sua opinião, qual o papel do enfermeiro na atuação perante o aborto? Não foi realizado pré-teste do instrumento.

As entrevistas foram realizadas pelos dois autores, na época alunos de graduação em enfermagem, que passaram por um treinamento prévio sobre a técnica. Elas ocorreram nos locais de trabalho dos enfermeiros, em uma sala reservada, durante o período de menores atividades, estando somente o pesquisador e entrevistado na sala. As entrevistas foram gravadas em aparelho celular, no formato MP3, e tiveram duração de aproximadamente 30 minutos.

O conteúdo das entrevistas foi posteriormente, transcrito e devolvido aos participantes para correções e observações. Para o tratamento dos dados sociobiográficos utilizou-se de estatística descritiva simples apresentando-se em frequência e porcentagem com ajuda do editor de planilhas Microsoft Office Excel 2010.

Para estruturação e análise dos dados das entrevistas, foi utilizado o *software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) 0.6 alpha 3*. Utilizou-se

da ferramenta de Classificação Hierárquica Descendente (CDH) (9).

A CHD realizou a correlação das palavras em segmentos no corpus textual, comparando com a lista de formas reduzidas (lematizadas), dividindo os segmentos de textos, com relação à frequência de palavras, e apresentando como resultado o esquema hierárquico de classes. Subsequentemente, realizou-se análise de conteúdo de Bardin (10) na formulação categorial; e respeitaram-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Assim, emergiram três categorias temáticas, oriundas de 15 códigos. Não houve *feedback* dos resultados aos participantes.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com o parecer n.º 1.575.939, sob CAEE n.º 56210716.7.0000.5296. Foi designada a combinação letra e número, por exemplo: “Enf1 a Enf15”, para preservar o anonimato dos participantes da pesquisa.

Resultados

Sobre a caracterização dos sujeitos, 86,6% (n = 13) eram do sexo feminino, 13,4% (n = 2) eram do sexo masculino. Em relação à idade, 34% (n = 5) estavam na faixa etária de 25 a 35 anos, 34% (n = 5) estavam entre 36 e 45 anos, 26% (n = 4) entre 46 e 55 anos e 6% (n = 1) estavam na faixa etária de 56 a 65 anos, sendo a idade média de 41 anos, com máxima de 61 anos e mínima de 27 anos.

Sobre o tempo de formados, a média é de 15,6 anos, sendo a máxima de 31 anos e mínima de 4 anos. Sobre o tempo de trabalho no referido hospital a média é de 2,3 anos, sendo o máximo de quatro anos e o mínimo de três meses. Ressalta-se que apenas um sujeito não tinha uma especialização em uma área ou mais, e somente dois sujeitos (n = 2) 13,3% tinham especialização em enfermagem obstétrica.

Sobre a análise das entrevistas, a CHD identificou a raiz semântica das palavras em um determinado contexto e, em seguida, extraiu as classes de enunciados representativos,

apresentando o resultado em forma de dendograma, conforme a figura 1.

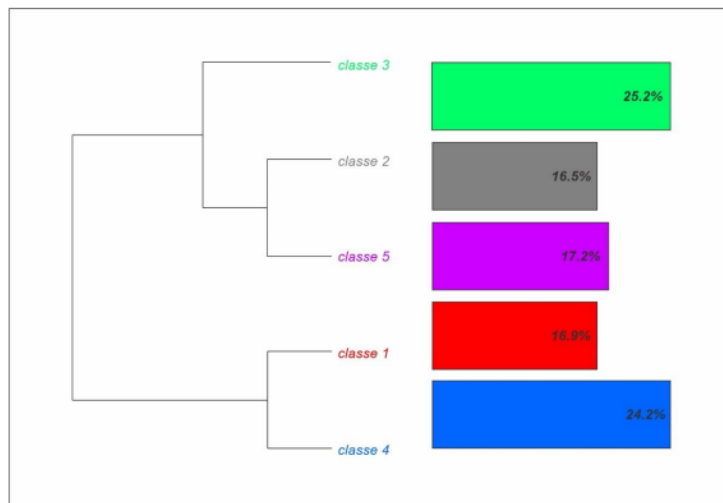


Figura 1
Classificação hierárquica descendente a partir da análise do corpus textual pelo IRaMuTeQ. Mossoró - RN, Brasil, 2020

Houve um aproveitamento dos segmentos de texto (ST) de 75%. As classes lexicais foram formadas pelo conjunto de vocábulos que têm sua associação estatisticamente significativa, cada conjunto representando um assunto, resultado da aproximação de significados das palavras das classes, e pode ser descrito como o vocabulário que os define. O *corpus* foi dividido em cinco classes.

O conjunto de análises quali-quantitativas, mediadas pela estatística lexical e a construção das classes pelo método de Reinert, feitas pelo IRaMuTeQ, resultou em indicativos para o surgimento das categorias para discussão no estudo; e, após uma pré-análise qualitativa, os dados foram codificados, classificados e categorizados, como se observa na tabela 1.

Tabela 1
Categorias do estudo

Categorias temáticas	Classes pelo IRaMuTeQ
Tipos de aborto: espontâneo e provocado	Classe 2; Classe 5
Identificação e procedimento do aborto	Classe 3
Ações de enfermagem para o cuidado de mulheres que abortaram	Classe 1; Classe 4

Com base nas classes e segmentos de textos evidenciados pela CHD, construíram-se categorias temáticas apoiadas na análise de conteúdo de Bardin (10), apresentadas a seguir:

Tipos de aborto: espontâneo e provocado

Nessa categoria, destaca-se a utilização de duas classes (classe 2, com representação dos ST de 16,8%, e classe 5, com representação de 17,9%) trazendo algumas palavras mais frequentes como: mãe, vida, conseguir, querer. Nisso, pode-se evidenciar nas falas dos enfermeiros que algumas mulheres queriam a gravidez, mas por algum motivo haviam abortado e que já realizaram até tratamento para conseguir engravidar e ser mãe. Elas representam nas falas: “Percebemos que quando o feto é maior a mãe tem um fator emocional muito forte (Enf12)”; “Já teve paciente que a gravidez é desejada, fica muito deprimida com o fato do aborto, a gente tenta conversar, explicar que a paciente é muito jovem, pode engravidar novamente e essas coisas (Enf7)”.

Como citado anteriormente, foi possível explicitar que estes associaram os abortos espontâneos como os que mais afetam a vida da mulher e dos familiares como evidenciado nas falas dos participantes: “Alguns abortos que são espontâneos, que são relatos de mulheres que já tentaram engravidar várias vezes, então mexe muito com o psicológico das mulheres” (Enf10); “Os casos que nos chama mais atenção são aqueles que vemos as mães e pais em sofrimento e família porque pra nós os outros casos se torna corriqueiro” (Enf15).

Vale destacar também e como observado nas falas, quanto aos abortos que muitas vezes são provocados e que estas mulheres e/ou parceiros/familiares não desejam ter o filho por diversas razões. Quanto a isso pode-se evidenciar na fala: “Outro caso foi de uma pessoa que eu conheço onde ela chegou e me contou que tinha feito o uso da medicação e não desejava aquele filho. [...] A paciente chegou dizendo que tinha abortado e tudo, aí quando o médico foi fazer o exame o toque, identificou que ela tinha feito o uso da

medicação pelos menos 2 comprimidos na vagina dela” (Enf7).

Identificação e procedimento do aborto

Nessa categoria, expressa pela classe 3 (com representação dos ST de 24,2%), as palavras que representam essa categoria foram: sangramento, médico, curetagem, dor, colo, medicação, comprimido, abortamento. Essa classe evidenciou sangramento e dor como principais sintomas associados ao abortamento. Como representado nas falas: “A sintomatologia mais prevalente é a questão do sangramento vaginal e algumas relatam bastante dor no baixo ventre” (Enf1); “Geralmente elas chegam com dor e contração e sangramento transvaginal, as vezes orifício externo de colo já pérvio outras não” (Enf15).

Com relação ao procedimento estes estão ligados a prática médica, desde a prescrição dos medicamentos para expulsão do feto, até a própria curetagem. Pode explicitar essas características nas falas dos participantes: “Ela vai precisar de fazer uso de medicação ou não, se ele [colo] estiver fechado vamos introduzir os comprimidos via vaginal conforme a prescrição médica” (Enf7); “Em alguns tipos de abortos, por exemplo o aborto retido que precisam de medicação para ajudar na expulsão do feto” (Enf10).

A utilização de medicamentos muitas vezes não é suficiente para expulsar o feto, dessa forma, sendo necessário fazer procedimentos mais invasivos como a curetagem, como representado nas falas: “Houve a necessidade de usar a medicação para esse período restante para retirar o resto do feto e não ser necessário fazer uma curetagem” (Enf8); “Ele indicou um internamento para realizar uma curetagem” (Enf7); “Ela entra, é acolhida, depois é feita a curetagem” (Enf10).

Ações de enfermagem para o cuidado de mulheres que abortaram

Esta categoria é uma das mais expressivas da entrevista, ilustrada pela classe 1 (com 16,8% de representação dos ST) e classe 4 (com 24,2% de representação dos ST). As palavras mais representativas foram: psicológico, equipe, apoio, enfermagem, relação, papel, profissional, social e julgamento. Evidencia-se assim que os profissionais da enfermagem, em especial o enfermeiro, desempenha seu trabalho principalmente no que tange ao acolhimento, escuta qualificada e no apoio psicológico a essas mulheres, como representado nas falas: “Com relação ao apoio psicológico, pois a enfermagem deve prestar esse apoio” (Enf3); “Elas ficam precisando muito de apoio na questão de tentar outras vezes [gestação]” (Enf10); “Nós devemos atuar no sentido de dar um suporte a ela, prestar uma assistência de enfermagem que nos cabe enquanto profissional, dar apoio psicológico a ela e família” (Enf14).

Foi destacado que é necessário que a assistência, os cuidados de enfermagem a essas mulheres sejam pautados no cunho profissional e que sejam livres de julgamentos pessoais, pode-se explicitar essas características na fala: “Bem diante a um fenômeno tão delicado que é o aborto, a gente deve atuar principalmente com muita ética, sem fazer julgamento e sem fazer juízo de valor a essa mulher independente do motivo do aborto. [...] O papel do enfermeiro é basicamente aquilo que já falei: atuar com ética, não fazer julgamento, proporcionar privacidade e segurança a essa mulher que está passando por essa situação” (Enf14).

Destacou-se nas falas a assistência do enfermeiro de forma humanizada e como isso influencia diretamente na qualidade do serviço prestado assim como por ser papel deste profissional, assim sendo, estes podem ser destacados nas falas: “Prestar uma assistência humanizada” (Enf7); “Procuramos atendê-las de uma forma mais humanizada, mais clara possível, ouvir e prestar uma assistência humanizada a essa

mulher. [...] nossa assistência a ela tem que ser de forma humanizada” (Enf10).

Discussão

Estima-se que 56 milhões de mulheres procuram o aborto a cada ano. O acesso ao aborto seguro é considerado um direito humano e tem diretamente contribuído para uma queda acentuada na mortalidade e morbidade materna em todo o mundo. Ainda assim, mulheres procuram abortos inseguros em lugares onde o aborto seguro e legal é inacessível. Para cada 100.000 abortos inseguros realizados em áreas desenvolvidas, 30 mulheres morrerão de complicações. Em países em desenvolvimento, como no Brasil, esse número aumenta para entre 220-520 mortes por 100.000 (11). Seja o aborto espontâneo ou provocado de forma insegura, sabe-se que comumente enfermeiras e parteiras estão envolvidas nesse processo de cuidado (12).

Causas não genéticas, como fatores sociodemográficos e estado de saúde, estiveram entre as condições mais associadas ao abortamento espontâneo. No continente asiático houve predominância na correlação do aborto espontâneo com fatores relacionados ao estilo de vida como obesidade, tabagismo e atividades laborais. Já nas Américas destacam-se causas relacionadas aos fatores sociodemográficos, como baixa renda e baixa escolaridade (13).

O aborto espontâneo é a adversidade gestacional mais comum, sendo, muitas vezes, de etiologia desconhecida. Na maioria das pacientes tem causa multifatorial o que torna sua investigação difícil. O problema é definido como a interrupção da gravidez de forma involuntária, até 22 semanas gestacionais. Entre as consequências, destacam-se os prejuízos emocionais e psicológicos para os casais envolvidos, corroborando com os resultados desse estudo, existindo ainda o risco de morte da gestante em decorrência de complicações, além de custo elevado para os cofres públicos (13).

Sobre os abortos voluntários, ou “provocados”, são considerados crime no país, mas ainda assim são tidos como “corriqueiros” no setor do estudo.

É importante refletir sobre os casos que são declarados como espontâneo, mas que se trata de um aborto provocado, o que ocorre na maioria dos casos, visto que nem sempre o profissional tem como saber.

Em razão da norma social condenatória, as mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo, o que resulta em subestimação da sua ocorrência. Isso se agrava muito em contextos de ilegalidade da prática, nos quais a clandestinidade e a falta de assistência médica ocasionam abortos realizados em condições inseguras, ou seja, praticados por indivíduos não qualificados e/ou em ambientes sem os padrões sanitários mínimos (14).

A clandestinidade e o estigma associados ao aborto tornam complexa a sua investigação, a começar pela sua própria admissão pelas mulheres. A interrupção voluntária de uma gravidez envolve conflitos morais, éticos e religiosos, que aliados à condenação social e reforçados pela ilegalidade, resultam em omissão do relato ou na sua declaração como espontâneo (14).

Estudo aponta a concentração (entre 72% e 78%) da experiência do aborto induzido entre adolescentes mais velhas, de 17 a 19 anos, dados estes que se referem à idade na realização do último aborto. Entretanto, esses trabalhos evidenciam a necessidade de ampliar o recorte etário das pesquisas tradicionais, incluindo meninas de 10 a 14 anos, possivelmente pela constatação do começo da vida sexual, destacando que 17% dos abortos realizados no Brasil foram feitos por adolescentes de 12 a 18 anos, sendo 26% entre 12 e 15 anos, e 74% entre 16 e 17 anos (5).

São vários os determinantes envolvidos no processo de aborto provocado, que devido a ilegalidade, impede um maior aprofundamento das pesquisas. Em um estudo realizado com mulheres moradoras das favelas do Rio, as entrevistadas apontaram várias formas de realizar o aborto, em clínicas clandestinas ou com uso do medicamento Cytotec® (misoprostol), sendo esta, a forma mais identificável pelos enfermeiros do nosso estudo (15).

Em uma revisão de escopo, aponta-se que o trabalho do enfermeiro e parteiras com mulheres e o aborto, esbarram em regulamentações das instituições e países, bem como questões e valores pessoais, o que limita seu conhecimento e prática, bem como os registros estatísticos. Além disso, a principal ação desenvolvida por eles diz respeito ao apoio psicológico, resultado semelhante ao nosso estudo (16).

Ao investigar sobre o conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o aborto, estudo realizado em Botswana aproxima-se dos resultados desse artigo, ao apontar que os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) conheciam sobre os tipos de aborto e o manejo, bem como os procedimentos a serem realizados. Porém, esse conhecimento dependia de cada profissional, pois questões religiosas, morais, pessoais, influenciavam a opinião deles sobre o assunto e sobre as próprias mulheres. Apesar desses preconceitos e da relatada falta de clareza sobre seu papel legal no manejo do aborto, muitos profissionais de saúde reconheceram sua obrigação de cuidar dos pacientes (17).

O fato de ser identificado um aborto espontâneo ou provocado determina a forma como o enfermeiro percebe o aborto, visualizando os sentimentos de empatia com as mulheres que desejavam ter filhos e sofreram aborto espontâneo, e certo distanciamento com as mulheres que apresentam características de um aborto provocado. Esse fato influencia na sua prática, mesmo sabendo que não deve haver distinção no seu atendimento.

Em um estudo sobre vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico, os achados corroboraram com os desta investigação que além dos conhecimentos sobre o aborto, é preciso saber intervir físico e psicologicamente, uma vez que o desamparo vivido pelas mulheres que abortam desencadeou sofrimento/dor emocional, que a dor em si não é só física, mas também é psicológica e que esta manifesta-se em tudo o que lembra a maternidade e o objeto de amor perdido, neste caso, em mulheres que desejavam

ter um filho, gerando também empatia por parte dos profissionais (18).

A OMS possui diretrizes sobre o papel dos profissionais de saúde no fornecimento de abortamento seguro e contracepção pós-aborto, com recomendações baseadas em evidências sobre a gama de provedores que podem realizar intervenções para fornecer abortamento seguro, atenção pós-aborto e contracepção pós-aborto. A diretriz da OMS é de natureza global e deve ser contextualizada às configurações de cada país (19). Portanto, para além das ações individuais dos profissionais, é preciso a implementação de protocolos e leis que assegurem o trabalho da enfermagem nesses casos.

A mulher em situação de abortamento passa por um turbilhão de sentimentos, como medo, ansiedade, tristeza e culpa, além da sensação de não poder gerar outro feto. O Ministério da Saúde recomenda atenção humanizada às mulheres em abortamento. Para tanto, a qualidade da atenção deve garantir acolhimento, informação, aconselhamento, competência profissional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos (20).

A identificação do aborto e seu procedimento em si, envolve vários sintomas e características, e independente do motivo (se provocado ou não), requer atenção dos profissionais, visto que trará sentimentos importantes para a vida das mulheres, casal (se houver), e familiares. Como resultado de um outro estudo (18) notou-se que a depender das expectativas da mulher, esses sentimentos se aproximam do processo de luto. Além dos sinais físicos preditivos de aborto, como por exemplo (e principalmente) dor física, cólicas e metrorragias (sangramentos), as mulheres passam a exibir sinais de luto e desmotivação sobre a possibilidade de uma nova gravidez. Os enfermeiros podem monitorizar o desenvolvimento do processo de luto associado à vivência do aborto.

Dessa forma, a atenção de qualidade é um direito da mulher, sobretudo, quando esta se encontra em situação de vulnerabilidade física e emocional, independente de que seja um parto,

um aborto espontâneo ou provocado. No que tange ao enfermeiro, é essencial o conhecimento aprofundado do código de ética, para estabelecer subsídio no exercício da profissão, visando proporcionar uma intervenção de enfermagem ética, legal e humanizada (21).

O profissional de saúde, em especial o enfermeiro, necessita estar capacitado para prestar assistência humanizada às mulheres no processo de abortamento ou pós-aborto. É preciso que os enfermeiros conheçam as alterações físicas e emocionais das pacientes, visando auxiliá-las na hospitalização mais humanizada (22).

O cuidado humanizado deve ser realizado com vistas a atingir a integralidade da atenção, pois deve haver dos profissionais de enfermagem um cuidado acolhedor, e não descriminalizador com a mulher em situação de abortamento, mesmo sendo ilegal no país, o cuidado da mulher não deve se basear de julgamentos, assim como apresentados pelos participantes.

Como citado dentre as ações executadas pelo enfermeiro, observou-se o acolhimento. A literatura traz que este deve modificar o cotidiano do serviço, tornar-se usuário-centrado e ter a finalidade de ampliar o acesso, a qualidade do atendimento e contribuir para um SUS universal, integral e comprometido com a defesa individual e coletiva, pressupondo a melhora na relação entre usuários e profissionais (23).

Como foi citado pelos profissionais, a escuta qualificada é uma importante ferramenta do enfermeiro na assistência a essas mulheres. Dessa forma, a escuta apresenta-se como uma estratégia de comunicação essencial para a compreensão do outro, pois é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo assim terapêutica (24).

Assim sendo, o cuidado deve ser humanizado às mulheres em situação de abortamento, devendo ocorrer nos serviços em que os profissionais de saúde/enfermagem devem acolher a mulher, oferecendo suportes físicos/emocional para que ela sinta-se segura quanto ao cuidado realizado, e respeitando as suas escolhas frente ao processo de abortamento não havendo julgamento e discriminação da mulher, e a culpabilizando pelo seu ato (24).

Pesquisa internacional (25) realizada com enfermeiros que atuavam em partos, reforça a necessidade do uso de uma comunicação terapêutica, o relacionamento terapêutico e estabelecimento de limites profissionais para reduzir a controvérsia e a vergonha em torno do procedimento estigmatizado. O estudo também aponta a necessidade dos enfermeiros adaptarem seu cuidado para atender às demandas psicológicas dos pacientes, e não só das questões biológicas.

Sobre isso, é importante reforçar que enfermeiros que atuam na saúde da mulher devem organizar sua assistência para além do parto, necessitando do desenvolvimento de competências psicológicas, utilizando técnicas psicossociais, criando espaço seguros para que as mulheres trabalhem seus sentimentos, e ampliem seus conhecimentos sobre sexualidade, gravidez, bem como buscar o apoio de amigos e familiares diante dessa situação (16).

Dessa forma, a necessidade de investimentos nos processos de educação permanente, para favorecer a afinidade intrínseca com a temática por parte dos profissionais que atuam diretamente na rede assistencial, de modo a oferecer uma assistência de qualidade à mulher em situação de abortamento, considerando que o abortamento é uma questão social relevante e atual. A atualização é fundamental visto que nos resultados apontam que são poucos os enfermeiros que têm formação específica, embora trabalhem em hospitais específicos para a saúde da mulher (20).

Além disso, é preciso fortalecer também, a formação dos futuros profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros. As instituições de ensino superior devem avaliar e reavaliar, constantemente, seus projetos pedagógicos e o perfil dos egressos, para certificar a qualidade do preparo e o modo como os temas, como o aborto, estão sendo abordados ao longo do processo de formação profissional, de modo a contribuir para uma nova prática à saúde das mulheres (20).

Portanto, o aborto é um tema complexo na prática do enfermeiro, mas que requer o desenvolvimento de mais pesquisas na área. Sugere-se ampliar o conhecimento dos

enfermeiros sobre o tema, a partir de estratégias de educação permanente, bem como o acesso a essas discussões durante o processo formativo nas universidades; melhorar o apoio emocional às mulheres que passaram por um processo de abortamento, utilizando estratégias em que a mulher se sinta acolhida no serviço; fortalecer a política de atenção à saúde da mulher, garantindo uma saúde integral em relação à saúde sexual e reprodutiva desses sujeitos; promover amplamente ações de educação em saúde sobre o planejamento familiar na atenção primária, reforçando a necessidade de contracepção para quem não quer engravidar, ampliar a qualidade do pré-natal pra tentar evitar perdas para aquelas que desejam ter filhos.

Conclusão

Os enfermeiros conhecem os tipos de aborto, designando-os como espontâneo e provocado, tendo influência no seu olhar sobre a problemática, trazendo o aborto espontâneo como causador de maior comoção entre os profissionais. Identificam o sangramento e dor como sinais e apontam para um cuidado humanizado na assistência prestada. Por fim, eles identificam características do processo de abortamento e desenvolvem ações de apoio psicológico à essas mulheres.

O estudo contribui para a prática clínica, visto que permite desmistificar a temática do aborto, apontando o enfermeiro como o profissional que deve prestar uma assistência de qualidade e integral às mulheres. O aumento do conhecimento sobre a temática está relacionado à um maior esclarecimento, conseqüentemente, um atendimento técnico e psicossocial pode melhorar os resultados para mulheres que buscam o aborto. O estudo contribuiu ainda para (re)pensar estratégias governamentais e de políticas públicas que envolvam a saúde da mulher e a garantia efetiva dos seus direitos sexuais e reprodutivos para aumentar o acesso das mulheres à uma assistência segura, incluindo, o aborto.

A limitação do estudo está relacionada ao fato de ser uma pesquisa de âmbito regional, contando com apenas uma classe profissional (enfermeiros) de duas maternidades. Apesar disso, o artigo apresenta considerações que podem ser generalizadas e discutidas em outros contextos de países em desenvolvimento que não descriminalizaram o aborto. Há necessidade de uma avaliação quantitativa, de estudos com maior evidência, e pesquisas que envolvam outras categorias profissionais, visto que uma assistência integral às mulheres depende de ações multi e interdisciplinares. Aponta-se também como limitação o estudo não diferenciar o perfil das realidades vividas no hospital público e no privado em separado, visto que a assistência do enfermeiro no serviço público ou privado poderia sofrer variações relativas as normas institucionais, valores da empresa privada.

Conflito de interesses

Não há conflitos de interesse.

Financiamento

Estudo autofinanciado.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2020 out 23]:82. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atenc_ao_mulher.pdf
2. Cardoso BB, Vieira FMSB, Saraceni V. Abortion in Brazil: what do the official data say? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl1):e00188718. <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>
3. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (BR). Código Penal [Internet]. 1940 [citado 2020 out 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm
4. Domingues RMSM, Fonseca SC, Leal MC, Aquino EML, Menezes GMS. Unsafe abortion in Brazil: a systematic review of the scientific production, 2008-2018. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl1):e00190418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>
5. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey 2016. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(2):653-60. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
6. Lourenço BC, Lourenço RLC. Aborto: uma análise do assunto. *Rev Inter Animus* [Internet]. 2020 [citado 2020 out 24];1(9):23-31. Disponível em: <http://animus.plc.ifmt.edu.br/index.php/v1/article/view/40>
7. Flick U. Qualidade na pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Bookman Artmed; 2009.
8. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
9. Acauan LV, Abrantes CV, Stipp MAC, Trotte LAC, Paes GO, Queiroz ABA. Use of the IraMuteq® software for qualitative data analysis in Nursing: a reflective essay. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2020;24:e-1326. Disponível: https://cdn.publisher.gn1.link/remme.org.br/pdf/en_e1326.pdf
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
11. Ganatra B, Gerdtts C, Rossier C, Johnson BR, Tunçalp Ö, Assifi A, et. al. Global, regional, and

- subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)
12. Singh S (org.). *Abortion worldwide 2017: uneven progress and unequal access* [Internet]. Guttmacher Institute; 2018 [citado 2020 out 23];(1):68. Disponível em: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/abortion-worldwide-2017.pdf
13. Oliveira MTS, Oliveira CNT, Marques LM, Souza CL, Oliveira MV. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(2):361-72. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>
14. Menezes GMS, Aquino EML, Fonseca SC, Domingues RMSM. Abortion and health in Brazil: challenges to research within a context of illegality. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(Suppl1):e00197918. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00197918>
15. Ferrari W, Peres S. Itineraries of solitude: clandestine abortion among adolescents in a favela in Rio de Janeiro's South Zone, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(Suppl1):e00198318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00198318>
16. Mainey L, O'Mullan C, Reid-Searl K, Taylor A, Baird K. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *J Clin Nurs*. 2020;29(9-10):1513-26. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>
17. Ngwako K, Banke-Thomas A. 'I guess we have to treat them, but...': health care provider perspectives on management of women presenting with unsafe abortion in Botswana. *Global Public Health*. 2020;15(9):1308-21. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1751863>
18. Camarneiro APF, Maciel JCSC, Silveira RMG. Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Rev Enf Ref*. 2015; serIV(5):109-17. <https://doi.org/10.12707/RIV14064>
19. Manning V, Ganatra B, Gandhi M, Patil A. Adapting the WHO recommendations on health worker roles for safe abortion to a country setting: a case study from India. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;150(S1):55-64. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13001>
20. Borges LCV, Clemente NR, Netto L. (In)congruence in assisting women in situations of abortion: what academics say about their training processes. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2020;24:e-1297. https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1297.pdf
21. Pereira AJ. O papel do profissional enfermeiro frente ao aborto em seus aspectos jurídicos, físico e emocionais. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* [Internet]. 2018 [citado 2020 out 20];8(7):95-115. Disponível em: <https://www.nucleodoc.onhecimento.com.br/saude/profissional-enfermeiro#:~:text=O%20%C3%B3digo%20de%20%C3%89tica%20do.abortamento%20sejam%20aliviadas%20dos%20sintomas>
22. Rodrigues WFG, Andrade DC, Dantas AS, Silva LR. Abortion: nursing assistance protocol: experience report. *J Nurs UFPE* [Internet]. 2017;11(8):3171-5. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110224>
23. Costa PCP, Garcia APRE, Toledo VPT. Welcoming and

nursing care: a phenomenological study. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1):e4550015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>

24. Lima LM, Gonçalves SS, Rodrigues DP, Araújo ASC, Correia AM, Viana APS. Humanized care for women in abortion: a reflective analysis. *J Nurs UFPE [Internet]*. 2017;11(12):5074-8. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>

25. Purcell C, Cameron S, Lawton J, Glasier A, Harden, J. Contraceptive care at the time of medical abortion: Experiences of women and health professionals in a hospital or community sexual and reproductive health context. *Contraception.* 2016;93(2):170-7. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.09.016>