



CURSO DE MEDICINA

ISADORA BARRETO ACCIOLY

**AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO OFERECIDO A MULHERES
EM ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DE SALVADOR**

SALVADOR

2022

ISADORA BARRETO ACCIOLY

**AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO OFERECIDO A MULHERES
EM ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DE SALVADOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito para aprovação parcial no 4º ano do curso de Medicina.

Orientador: Dr. Omar Ismail Santos Pereira Darzé.

SALVADOR

2022

AGRADECIMENTOS

Com imensa felicidade no coração, gostaria de agradecer a Deus, meu amor maior, meu guia, minha força e alicerce para cada passo da minha vida.

Ao meu orientador, Dr. Omar Ismail Santos Pereira Darzé, por toda paciência e por ter me mostrado a importância de ser, acima de tudo, um médico altruísta e humanizado, que transcende o tecnicismo. Obrigada por ter me direcionado a fazer a diferença na vida de cada paciente que passou pela minha frente e por ter me presenteado com sua orientação nesse trabalho que revolucionou parte de mim.

Aos meus pais, Ana Rita Barreto e Ivan Accioly, por serem o combustível para os meus sonhos, os meus referenciais de amor. À minha tia, Sázia Barreto, pela paciência e amor depositados em mim cada minuto da minha vida.

Ao meu namorado, Manoel Alban, por ser o meu porto seguro, por me mostrar todos os dias que amor e companheirismo são sinônimos e por me lembrar sempre da força que eu tenho.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O abortamento é um problema complexo de saúde pública que envolve diversas esferas sociais, apresentando alta incidência no Brasil, seja ele espontâneo ou induzido. Caso o manejo das pacientes não seja executado de forma correta e não vise o atendimento humanizado e aplicação de técnicas adequadas, consequências negativas na saúde mental e reprodutiva das mulheres podem ser provocadas. Nesse contexto, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), com o intuito de guiar os profissionais no manejo humanizado, ético e eficiente do abortamento, de forma que os traumas e complicações fossem afastados de cada paciente que passa por esse processo delicado. **OBJETIVO:** Avaliar a aplicação das normas de conduta no atendimento de gestantes em abortamento espontâneo ou induzido, propostas pelo Ministério da Saúde, em uma Maternidade de Referência de Salvador. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal e caráter descritivo, realizado com 105 mulheres maiores de 18 anos atendidas no Instituto de Perinatologia da Bahia. Foram coletados dados de prontuário e entrevista envolvendo admissão, procedimento, conduta humanizada dos profissionais, momento da alta e grau de satisfação com o atendimento. Posteriormente, as variáveis foram registradas e analisadas no Programa Statistical Package for the Social (SPSS), sendo os resultados apresentados em tabelas. **RESULTADOS:** Sobre características clínicas e obstétricas, o quadro abortivo se instalou de forma espontânea em 81,9% das pacientes, sendo precoce em 79,1% das situações; Entre elas, 88,6% sinalizaram que foram bem informadas e compreenderam sobre quadro clínico. A explanação da equipe médica quanto ao tratamento proposto foi de 87,6% e o bom entendimento dessas informações foi referido por 86,7% das mulheres; Em relação ao tratamento, a curetagem uterina foi o método de escolha em 62,9% dos casos; No momento da alta hospitalar, 52,4% das pacientes referiram que lhes foram dadas informações sobre sinais de retorno, 89,5% sobre orientação contraceptiva e 49,5% sobre a possibilidade de engravidar novamente; O tratamento desrespeitoso no momento do internamento, enquanto aguardava a realização do mesmo e logo após, foi citado por 3,9%, 1,0% e 1,0% das pacientes, respectivamente. O constrangimento foi descrito por 1,9% das mulheres no momento da admissão e durante o procedimento e 1% no momento e após o procedimento. **CONCLUSÃO:** Apesar da maioria das mulheres se mostrar satisfeita com o atendimento prestado na Instituição, alguns aspectos de conduta precisam ser melhorados, já que não estão sendo colocados em prática. Dessa forma, a aplicação da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA) estará sendo cumprida com excelência.

Palavras-chave: Abortamento. Humanização; Avaliação; Conduta

ABSTRACT

INTRODUCTION: Abortion is a complex public health problem that involves different social spheres, with a high incidence in Brazil, whether spontaneous or induced. If the management of patients is not performed correctly and does not aim at humanized care and application of appropriate techniques, consequences for women's mental and reproductive health can be caused. In this context, the Ministry of Health published, in 2005, the Technical Standard for Humanized Care for Abortion (NTAHA), with the aim of guiding professionals in the humanized, ethical and efficient management of abortion, so that traumas and complications were removed. of each patient who goes through this delicate process. **OBJECTIV:** To evaluate the application of the norms of conduct in the care of pregnant women undergoing spontaneous or induced abortion, proposed by the Ministry of Health, in a Reference Maternity in Salvador. **METHODS:** This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study carried out with 105 women over 18 years of age treated at the Instituto de Perinatologia da Bahia. Data were collected from medical records and interviews involving admission, procedure, humanized behavior of professionals, time of discharge and degree of satisfaction with the service. Subsequently, the variables were recorded and analyzed in the Statistical Package for the Social Program (SPSS), and the results were presented in tables. **RESULTS:** Regarding clinical and obstetric characteristics, the abortifacient condition started spontaneously in 81.9% of the patients, being early in 79.1% of the situations; Among them, 88.6% indicated that they were well informed and understood about the clinical picture. The explanation of the medical team regarding the proposed treatment was 87.6% and the good understanding of this information was mentioned by 86.7% of the women; Regarding treatment, uterine curettage was the method of choice in 62.9% of cases; At the time of hospital discharge, 52.4% of the patients reported that they were given information about signs of return, 89.5% about contraceptive advice and 49.5% about the possibility of becoming pregnant again; Disrespectful treatment at the time of admission, while waiting for it to be performed and soon after, was cited by 3.9%, 1,0% and 1,0% of patients, respectively. Embarrassment was described by 1.9% of women at the time of admission and during the procedure and 1,0% at the time and after the procedure. **CONCLUSION:** Although most women are satisfied with the care provided at the Institution, some aspects of conduct need to be improved, as they are not being put into practice. In this way, the application of the Technical Standard for Humanized Care to Abortion (NTAHA) will be fulfilled with excellence.

Keywords: Abortion. Humanization. Assessment. Conduct

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVO	6
3 RACIONAL	7
4 METODOLOGIA	10
4.1 Desenho de estudo	10
4.2 Universo amostral	10
4.3 Amostragem	10
4.3.1 Critérios de inclusão	10
4.3.2 Critérios de exclusão	10
4.4 Variáveis do estudo	10
4.5 Plano de análise estatística	11
4.6 Aspectos éticos	11
5 RESULTADOS	12
6 DISCUSSÃO	17
7 CONCLUSÃO	21
8 REFERÊNCIAS	22
8 APÊNDICES	
A - Cronograma	25
B - Orçamento	26
C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	27
D - Ficha clínica / questionário	30
9 ANEXOS	
A - Carta de Anuência	34
B - Termo de autorização de atendimento psicológico	35

1. INTRODUÇÃO

O abortamento é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a interrupção da gestação antes da 22ª semana ou com feto apresentando peso menor que 500g, sendo o termo abortamento referente ao processo e aborto referente ao produto eliminado (1). No mundo inteiro, essa prática é considerada uma questão de saúde pública, quer seja o abortamento espontâneo ou induzido. Estima-se que até 20% das gestações se encerram antes da 20ª semana, sendo que destas, 80% são interrompidas até a 12ª semana (2).

Esse processo provoca grandes repercussões na vida das mulheres, tanto física quanto psicologicamente, podendo aumentar riscos de depressão, ansiedade, transtornos de estresse obsessivo-compulsivo e pós traumático (3), além das consequências para vida reprodutiva, como infecção, hemorragia, embolia e complicações anestésicas, muito mais presentes quando o abortamento é induzido (4). Portanto, a interrupção de uma gravidez pode ser uma experiência emocional que traumatiza e deixa marcas profundas sobre a experiência em saúde (5), especialmente se o manejo não for realizado de forma adequada e humanizada (6).

Ciente desse impacto, em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), que foi reeditada em 2011, contendo diretrizes que visam auxiliar o profissional e os serviços de saúde a garantirem um atendimento que respeite os direitos humanos das mulheres, incluindo o direito reprodutivo e sexual (2). A NTAHA visa, sobretudo, garantir um atendimento humanizado, desprovido de preconceito e critérios religiosos, e alicerçado nas informações, acolhimento, escuta, respeito e confiança frente às mulheres que passaram por um quadro de abortamento, quer seja espontâneo ou induzido (6).

Para que esse cuidado sistematizado e de qualidade seja ofertado à mulher que se interna por abortamento, é imprescindível que haja não somente conhecimento técnico, mas também habilidade de comunicação, interação e capacitação por parte dos profissionais, sempre considerando a paciente como o sujeito que necessita de cuidado e para quem as orientações devem ser direcionadas (6).

Embora os projetos tenham sido traçados, as diretrizes propostas nacionalmente aparentam estar um pouco distantes da realidade vivida no país (7) e as investigações que avaliam a qualidade da atenção humanizada ao abortamento, seja ele provocado ou espontâneo, têm se

mostrado insuficientes para definir se o atendimento de profissionais frente às mulheres que passaram pelo abortamento é acolhedor, humano e eficiente (8).

Os objetivos do presente trabalho são avaliar o atendimento oferecido às gestantes que passaram por abortamento em uma Maternidade de Referência de Salvador e avaliar o impacto da atuação de profissionais qualificados em lidar com o abortamento na experiência abortiva vivenciada pelas mulheres.

2. OBJETIVO

Avaliar a aplicação das normas de conduta no atendimento de gestantes em abortamento espontâneo ou induzido, propostas pelo Ministério da Saúde, em uma Maternidade de Referência de Salvador.

3. RACIONAL TEÓRICO

O abortamento é uma realidade mundial. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 55 milhões de abortamentos foram realizados entre 2010 e 2014 (9). Essa prática é considerada como a interrupção de uma gestação antes da 22ª semana ou no caso do concepto possuir o peso inferior a 500g (7), podendo advir de complicações na gestação ou ser provocado (10). Quando induzido, pode ter ocorrido de forma ilegal ou legal. No nosso país, o abortamento é regido pelo Código Penal de 1940, que permite essa prática em casos de estupro e risco de morte materna, exigindo autorização judicial para casos de anomalia fetal letal (11).

De modo geral, no cenário brasileiro, estima-se que cerca de 31% das gestações terminam em abortamento de origem espontânea ou induzida, o equivalente a 1.443.350 abortamentos anuais (12), colaborando para que o Sistema Único de Saúde, em 2018, registrasse cerca de 201.130 internações por aborto em mulheres de 10 a 49 anos (13). Ainda segundo a Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016, no ano de 2015, ocorreram cerca de meio milhão de abortamentos no Brasil. A realidade tende a apresentar números ainda mais elevados dentro do contexto do abortamento, pois, mesmo com a alta prevalência de registros, há grande incidência de subnotificações. O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) retrata apenas uma parcela das mulheres em situação abortiva, normalmente aquelas que necessitam de internação e buscam o serviço de atendimento (7).

Nesse contexto, o abortamento é um importante tema de debate pelo mundo, em diversos momentos da humanidade (14). Trata-se de um assunto complexo, pois, envolve diversos aspectos, sejam eles sociais, psicológicos, culturais ou econômicos (12), estando o abortamento inserido como problema de saúde pública com grande prevalência e magnitude. Também se apresenta como uma das mais importantes causas de óbito materno (15), fator considerado pela Organização Pan-americana da Saúde como um importante indicador da atenção e planejamentos destinados à saúde da mulher, bem como das condições de vida da população (16).

Não se trata apenas de uma situação isolada de interrupção de gestação. Graves consequências podem ser geradas à saúde caso a abordagem do abortamento não seja eficaz e segura (14), estando este intimamente relacionado com risco de parto prematuro e placentação anormal em futuras gestações, lesões de colo uterino e cavidade endometrial devido à dilatação cervical, principalmente se for recorrente, risco aumentado de doença cardiovascular, tromboembolismo venoso, ansiedade, depressão e suicídio (17). No entanto, nos países em desenvolvimento, como

o Brasil, os sistemas de saúde não apresentam planejamento de atendimento e atenção médica de emergência tão eficazes às mulheres que sofrem complicações relacionadas ao abortamento.

O efeito físico e psicológico do abortamento ainda é subestimado (18) e as mulheres que enfrentam esse processo, normalmente, estão insatisfeitas com os cuidados oferecidos, com a falta de sensibilidade e apoio dos profissionais durante e após o procedimento, com a discriminação e ausência de informações sobre tratamento, diagnóstico, sintomas, consequências psicológicas e recursos de suporte disponíveis (3).

Como forma de reverter essa realidade, o Ministério da Saúde investiu em programas voltados à Saúde da Mulher, incluindo às situações abortivas, elaborando a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento, cujo principal objetivo é guiar o manejo às situações de abortamento, bem como proporcionar o acolhimento, a humanização dos profissionais e assistência de qualidade à cada uma das mulheres que enfrenta o abortamento, de forma individualizada (19). Nesse viés, o cuidado e acolhimento nos casos de abortamento devem seguir uma normatização e serem escolhidos a partir de uma conversa entre os profissionais e a mulher, aumentando a segurança e reduzindo possíveis complicações (6). O cuidado oferecido deve ter uma perspectiva de integralidade e ser desprovido de preceitos morais e religiosos por parte dos profissionais, independentemente de tratar-se de um caso de aborto induzido ou espontâneo (6).

Para um atendimento adequado, o acolhimento e a escuta são passos iniciais importantes, de forma que o respeito e o direito de decidir sejam assegurados à mulher (19). Os profissionais devem orientar a paciente com informações acerca do diagnóstico e procedimento a ser realizado, resultados de exames, cuidados para evitar complicações posteriores, métodos contraceptivos, questões de maternidade e relacionamento com o parceiro, rotina de higiene pessoal, reinício da atividade sexual, menstruação e fertilidade, buscando também dar espaço a elaboração subjetiva da experiência vivenciada e do que o abortamento significa na vida de cada uma (19). Também é recomendado a disponibilidade de folhetos, endereços seguros da web e números de apoio para aconselhamento adicional e apoio psicológico (20).

Para que tudo isso seja viável, a equipe deve estabelecer um diálogo horizontal, sem termos muito técnicos de difícil entendimento, respeitar a fala da mulher, lembrando que nem tudo é dito de maneira verbal, priorizar o atendimento de acordo com as necessidades detectadas, o bem-estar e a comodidade, fazer o manejo da dor, identificar e avaliar os riscos de cada caso, resolvendo-os ou encaminhando para serviços de referência, Organizações Não

Governamentais (ONGs) ou grupos de mulheres, além de garantir privacidade no atendimento e confidencialidade (19). O tratamento a ser realizado deve ser o mais eficiente e ter a menor duração possível, de forma que o tempo de permanência no hospital seja reduzido para evitar maiores complicações e transtornos (21).

Para o Ministério da Saúde, a Saúde da Mulher tem sido um importante alvo de direcionamento quanto à implementação e desenvolvimento de políticas públicas (19) e as pesquisas nesse contexto são essenciais para monitorar e avaliar se a prática atende ao que a teoria propõe e caso não atenda, como estas devem ser redirecionadas. Ainda assim, poucos estudos avaliam a aplicação da Norma Técnica para Atenção Humanizada ao abortamento (22). Colaborar a fechar essa lacuna é o propósito desse trabalho.

4. METODOLOGIA DE ESTUDO

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal e caráter descritivo.

4.2 UNIVERSO AMOSTRAL

Esse estudo foi realizado por meio de coleta de dados de prontuários e entrevista (ANEXO A), com 105 mulheres maiores de 18 anos que receberam cuidados pós abortamento no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), no estado da Bahia, Brasil. A captação das mulheres foi realizada nas enfermarias e no momento da alta hospitalar, em um local reservado.

4.3 AMOSTRAGEM

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas mulheres em quadro de abortamento espontâneo ou induzido, atendidas no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA), que possuíam 18 anos ou mais, e concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

4.3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as mulheres que possuírem menos de 18 anos, as que se recusaram a participar do estudo, não cumprirem com o quesito de atendimento no Instituto em episódio de abortamento ou as que optaram por interromper a entrevista antes do fim.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A partir dos prontuários e da entrevista, foram avaliadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, nível de instrução, história obstétrica referente ao número de gestações, partos, abortamentos, intervalo da última gestação, realização de consulta pré-natal, tipo de abortamento sofrido, idade gestacional em que ocorreu o episódio e procedimento realizado.

Também foi avaliado o diagnóstico do quadro abortivo no momento da admissão, se exames de imagem foram utilizados, o tempo entre a chegada ao hospital e procedimento e tempo entre chegada ao hospital e alta. Em relação à qualidade do atendimento, foram avaliados: administração de analgésicos caso dor fosse referida, qualidade da informação passada pelo médico em relação ao procedimento, apresentação do profissional à paciente, contracepção ou tentativa de outra gestação e sinais de retorno ao hospital. Quanto ao respeito e princípios éticos, foi analisado se houve desrespeito e caso sim, em que momento se fez presente, se houve constrangimento e caso sim, em quem momento se fez presente, além da influência positiva ou negativa do atendimento na experiência abortiva vivenciada pela mulher. As respostas da entrevista foram registradas em uma ficha impressa anteriormente pelo pesquisador.

4.5 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados coletados do prontuário e durante a entrevista foram registrados no Programa Statistical Package for the Social (SPSS) na versão 25. Posteriormente, foram analisados de forma descritiva por meio de frequências absolutas e relativas com o intuito de obter os resultados propostos nos objetivos desse trabalho. Os resultados foram expostos em tabelas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com a Resolução CNS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, para ter início, este projeto foi ser submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado com o CAAE de número 43118821.3.0000.5544.

5. RESULTADOS

A amostra do estudo é composta por 105 mulheres com idade média de 29,45 \pm 6,935 anos. Não ter uma relação conjugal estável foi referida por 71,4% da amostra e 41% afirmam que haviam cursado ou estavam cursando o ensino médio (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das participantes

Dados sociodemográficos	n/N (%)
Ensino fundamental (completo ou incompleto)	35/105 (33,3%)
Ensino médio (completo ou incompleto)	43/105 (41%)
Ensino superior (completo ou incompleto)	22/105 (21%)
Sem união estável	75/105 (71,4%)
Idade (média)	29,45 \pm 6,935 anos

n=número de participantes N=total da amostra

Da amostra, 80% eram multigestas e 64,8% estavam tendo sua primeira experiência em abortamento. O quadro abortivo se instalou de forma espontânea em 81,9% das pacientes. Pelo menos 1 consulta pré-natal foi referida por 49,5% das mulheres admitidas em quadro abortivo. O abortamento foi rotulado como precoce em 79,1% das situações. Clinicamente, os quadros abortivos foram classificados como abortamento retido em 30,5% da amostra, incompleto em 34,3% e infectado em 9,5%. Entre essas mulheres, 4,8% foram internadas para a realização do

abortamento previsto em lei. A ultrassonografia foi realizada no momento do internamento em 94,3% dos casos. (Tabela 2).

Tabela 2 - Características clínicas e obstétricas

Características clínicas e obstétricas	n/N (%)
Multigesta	84/105 (80%)
Primeira experiência abortiva	68/105 (64,8%)
Abortamento precoce	83/105 (79,1%)
Abortamento espontâneo	86/105 (81,9%)
Abortamento incompleto	36/105 (34,3%)
Abortamento em curso	22/105 (21%)
Abortamento retido	32/105 (30,5%)
Abortamento infectado	10/105 (9,5%)
Abortamento legal	5/105 (4,8%)

n=número de participantes N=total da amostra

O intervalo entre a chegada ao hospital e o primeiro atendimento médico foi considerado imediato por 41% das mulheres e 17,1% referiram uma longa espera. Entre as mulheres, 88,6% sinalizaram que foram bem-informadas sobre seu quadro clínico e que compreenderam bem as informações recebidas. Explicação da equipe médica quanto ao tratamento proposto foi de 87,6% e o bom entendimento dessas informações foi referido por 86,7% das mulheres. A dor ao chegar ao hospital foi referida por 68,6% e a utilização de analgésicos por 51,4% das pacientes. (Tabela 3).

Tabela 3 - Percepções das mulheres sobre o acolhimento realizado

Percepções	n/N (%)
Atendida imediatamente	42/105 (41%)
Aguardou um pouco para ser atendida	44/105 (41,9%)
Aguardou muito para ser atendida	19/105 (17,1%)
Obteve informação sobre diagnóstico	93/105 (88,6%)
Informação sobre diagnóstico compreendida	92/105 (87,6%)
Obteve informação sobre tratamento proposto	92/105 (87,6%)
Informação sobre tratamento compreendida	91/105 (86,7%)
Médico se apresentou antes do procedimento	84/105 (80%)
Dor referida ao chegar ao hospital	72/105 (68,6%)
Medicamento para dor administrado	54/105 (51,4%)

n=número de participantes N=total da amostra

A curetagem uterina foi o tratamento realizado em 62,9% dos casos, a aspiração manual intrauterina em 24,8%. A indução medicamentosa seguida de aspiração foi estratégia utilizada em 3,8% das mulheres. A sedação foi realizada em 81,9% dos casos e 1,9% das pacientes referiram algum tipo de incômodo durante a realização dos procedimentos. O tempo transcorrido entre a chegada e a realização do procedimento foi de 10,24±8,086 horas, em média. O médico se apresentou antes do procedimento para 80% das mulheres. (Tabela 4).

Tabela 4 - Tratamentos aos quais as mulheres foram submetidas

Tratamentos	n/N (%)
Curetagem uterina	66/105 (62,9%)
Aspiração	26/105 (24,8%)
Medicamento + curetagem	5/105 (4,8%)
Medicamento + aspiração	4/105 (3,8%)
Tempo entre a chegada e o procedimento (média)	10,24±8,086 horas

n=número de participantes N=total da amostra

No momento da alta hospitalar, 52,4% das pacientes referiram que lhes foram dadas informações sobre sinais de alarme a serem observados no pós abortamento e que caso fossem apresentados, deveriam retornar à Unidade. Orientação contraceptiva antes da alta foi referida por 89,5% das mulheres, destas 39% optaram pela utilização do contraceptivo oral hormonal, 27,6% do injetável e 18,1% pelo dispositivo intrauterino. A alta hospitalar já em uso do contraceptivo de escolha foi informada por 18,1% das mulheres. A informação sobre a possibilidade de engravidar novamente assim que desejem foi referido por 49,5% da amostra. Atestado entregue a 45,7% das mulheres. Em média, o tempo transcorrido entre a chegada e a alta foi de 43,08±22,752 horas. (Tabela 5).

Tabela 5 - Orientações no momento da alta hospitalar

Dados sobre a alta	n/N (%)
Médico explicou sobre sinais de alarme	55/105 (52,4%)
Informada que seria possível uma nova gravidez	52/105 (49,5%)
Recebeu orientação contraceptiva	94/105 (89,5%)
Contraceptivo entregue	19/105 (18,1%)
Orientada quanto ao uso de pílula	41/105 (39%)
Orientada quanto ao uso de injetável	29/105 (27,6%)
Orientada quanto à inserção de DIU	19/105 (18,1%)
Orientação quanto a utilização de algum outro método	15/105 (14,3%)
Tempo entre a chegada e a alta (média)	43,08±22,752 horas

n=número de participantes N=total da amostra

Procurando avaliar as percepções das mulheres quanto ao atendimento realizado, o tratamento desrespeitoso no momento do internamento, enquanto aguardava a realização do mesmo e logo após, foi citado por 3,9%, 1% e 1% das pacientes, respectivamente. O constrangimento foi descrito por 1,9% das mulheres no momento da admissão e durante o procedimento e 1% no momento e após o procedimento.

6. DISCUSSÃO

O abortamento é um problema de saúde pública que engloba diversas esferas sociais: estratificação social, grau de escolaridade, religião, cultura, economia, serviços de saúde e educação sexual. Trata-se de um assunto delicado que demanda extrema sensibilidade e humanização por parte dos profissionais, que têm o dever de acolher a paciente, conduzi-la de forma qualificada e dar assistência na admissão, após o procedimento e durante o momento da alta. Um estudo acerca da primeira intervenção pós abortamento apontou que mais de 70% das mulheres priorizaram a busca por atendimento em hospital público, sendo o medo do julgamento a principal barreira para procura pelo auxílio, sejam elas pacientes de abortamento espontâneo ou induzido. Ainda assim, elas veem no hospital um local de acolhimento e refúgio (23), reforçando a relevância do manejo qualificado e humanizado na conduta do abortamento.

Segundo a Pesquisa Nacional de Aborto, realizada em 2016, 20% das mulheres alfabetizadas já haviam sido submetidas ao abortamento, pelo menos uma vez, até os 40 anos de idade (24). No estudo presente, de fato, a maioria das mulheres possui algum grau de escolaridade e antes dos 40 anos, já foram submetidas a algum processo de abortamento, o que reforça o quanto esse é um procedimento comum na vida reprodutiva da mulher e que não necessariamente está relacionado a analfabetismo. De modo geral, o abortamento pode ter relação com malformações uterinas, sinéquias uterinas, problemas endócrinos, uso de drogas, falta de informações acerca de contracepção, métodos de emergência e como devem ser utilizados e falta de conhecimento acerca do próprio ciclo menstrual.

Um dos pontos a ser melhorado no serviço prestado é a escolha do tratamento oferecido em casos de abortamento precoce. A OMS não recomenda a curetagem para finalização desse tipo de abortamento, sugerindo meios menos invasivos como a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) ou uso de medicamentos (25). A AMIU é um método que utiliza instrumentos de simples manuseio, possui técnica de fácil execução, resulta em menor tempo de permanência no hospital e alta precoce. Em média, as pacientes do grupo AMIU permanecem 7,3 horas a menos que as pacientes que realizaram curetagem (26). No entanto, na maternidade de estudo, cujo maior percentual é de abortamentos espontâneos, precoces e incompletos, a curetagem foi realizada na maioria das pacientes, fato também comprovado no estudo de Adesse, de 2015, (27). O tempo de permanência dessas mulheres no IPERBA ultrapassou 40 horas, podendo ser menor, caso o outro método fosse adotado como primeira escolha, minimizando riscos e estresse devido a um internamento mais prolongado.

Independentemente do tipo de abortamento ou da sua etiologia, é direito de toda mulher ter acesso a informações claras e precisas acerca do quadro clínico, tratamento, possíveis complicações e quais abordagens poderão ser realizadas, participando ativamente do processo que enfrenta. Isso corrobora para que ela se sinta mais segura, aumentando a probabilidade de adesão ao tratamento (28). Também deve-se atentar para que o respeito à autonomia de cada paciente, dentro de suas individualidades, seja garantido e que cada atitude tomada seja informada e compartilhada, já que o abortamento em si já é um processo bastante delicado.

Embora a maioria das mulheres tenha sido informada sobre seu diagnóstico e tratamento, os resultados coincidem com o estudo de Menezes e Aquino (29) que reitera que frequentemente, as mulheres não tiveram assegurado o direito à informação sobre o tratamento. Além disso, uma parcela delas refere que não compreendeu o que lhe foi dito. Ainda que os resultados apontem que a comunicação tenha existido para uma boa parcela das mulheres, é preciso buscar facilitar ainda mais a transferência de informação, de forma que todas as pacientes orientadas em cada etapa compreendam o que de fato está acontecendo com elas e quais as possibilidades de tratamento, participando ativamente de cada etapa, quando isso for viável.

Uma revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras, realizada em 2016, aponta que tem sido cada vez mais comum a submissão dos diálogos horizontais e decisões partilhadas ao conhecimento médico técnico e à tecnologia, acreditando que esse é o cuidado humanizado (30). Possivelmente, na Unidade onde se realizou o estudo, a parcela de pacientes que recebeu a informação e não compreendeu, foi submetida a termos técnicos e à pouca decisão compartilhada. Esse achado sinaliza a necessidade de haver um cuidado mais direcionado quanto à linguagem técnica que pode estar sendo utilizada de forma inadequada e um maior acolhimento frente à autonomia da paciente. Outro ponto que facilita esse relacionamento médico-paciente é a identificação do profissional, de forma que elas se sintam ainda mais acolhidas. Nessa Instituição, ainda que grande parte das pacientes tenha referido que o médico se identificou, é possível que esses índices sejam aumentados e uma melhor interação seja estabelecida.

Importante ressaltar que embora a maioria das mulheres tenha referido dor, nem todas elas receberam analgesia, contrariando a recomendação da Norma Técnica de que toda mulher em situação de abortamento deve ser poupada da dor, sempre sendo oferecido o maior conforto possível (19). Esses dados coincidem com a pesquisa de Medeiro e Rufino, publicada em 2017, a qual evidenciou que a queixa de dor nem sempre foi suficiente para que a equipe oferecesse

métodos farmacológicos, corroborando para que das 78 mulheres que queixaram de dor, apenas 12 recebessem analgesia (31)

Por outro lado, nesse mesmo estudo de 2017, foi frequente a queixa da demora do atendimento às mulheres em abortamento, com adiamento do procedimento para o final do expediente dos médicos. No IPERBA, no entanto, a minoria das mulheres queixou sobre longa demora para atendimento. A maioria referiu ser atendida imediatamente ou em curto período.

O atendimento ao abortamento não deve se limitar apenas ao procedimento em si. A orientação pós aborto, seja ele espontâneo ou induzido, deve ser realizada de forma clara e cuidadosa, englobando diversos aspectos, como: possíveis sinais de agravo, possibilidade de engravidar novamente, instrução acerca da contracepção e necessidade de revisão. Além disso, é direito dessas pacientes receberem atestado. Segundo Aquino (32), a minoria das pacientes tem sido orientada quanto ao planejamento reprodutivo e cuidados pós abortamento, coincidindo com os resultados aqui apresentados. Na Instituição deste presente estudo, avaliando o momento da alta, conclui-se que menos da metade das pacientes foi informada sobre a possibilidade de engravidar novamente, pouco mais da metade sobre os sinais clínicos que sinalizam a necessidade de retorno e menos da metade sobre a possibilidade de engravidar novamente. A maioria foi orientada quanto à contracepção, principalmente quanto ao uso de contraceptivo oral. Esses resultados apontam para a necessidade de melhor assistência durante a alta das pacientes, já que as informações imprescindíveis para o seguimento não estão sendo fornecidas. Mais uma vez, reforça-se o protagonismo da relação horizontal entre médico e paciente e a estreita relação entre a humanização e o diálogo. As mulheres precisam estar cientes do que enfrentaram e mais ainda, de como podem conduzir a vida sexual e reprodutiva a partir do abortamento.

Além da orientação, os locais onde o abortamento é realizado devem ser capazes de oferecer, no próprio centro médico, o método anticoncepcional adequado para cada mulher (24) No caso do IPERBA, apenas o dispositivo intrauterino (DIU) foi inserido na própria Instituição, em uma parcela pequena das pacientes, superando apenas a orientação quanto ao uso de outros métodos que não fossem as pílulas e injetáveis. Os demais métodos não foram disponibilizados na maternidade, sendo apenas sugeridos e/ou prescritos.

No que se refere ao atendimento em situação de abortamento, a Norma Técnica afirma que as mulheres devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade. Entretanto, observamos que o desrespeito e o constrangimento no momento do internamento, enquanto aguardavam

realização do procedimento e pós tratamento foram informados por uma parcela das mulheres, que embora pequena, não deve, de forma nenhuma, existir. Todas devem ser tratadas de forma humana, sem discriminação e julgamentos. O médico e toda equipe devem acolher a mulher que enfrenta o abortamento e amenizar todo e qualquer sofrimento possível, contemplando a escuta, aceitação das diferenças, respeito à autonomia e abertura de espaço para humanização e mudanças de estratégia de manejo ao abortamento.

7. CONCLUSÃO

Apesar de alguns aspectos de conduta estarem alinhados com a orientação do Ministério da Saúde, outros como a explicação sobre o diagnóstico e tratamento, informações fornecidas no momento da alta, disponibilização de métodos contraceptivos na própria Maternidade, técnica de esvaziamento uterino e o tempo do internamento relacionados aos abortamentos precoces precisam ser melhorados.

8. REFERÊNCIAS

1. Complexo C. CASO COMPLEXO 4 Maria do Socorro Fundamentação Teórica: Abortamento.
2. Strefling I da SS, Filho WDL, Kerber NP da C, Soares MC, Ribeiro JP. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: Estudo qualitativo. *Texto e Contexto Enfermagem*. 2015;24(3):784–91.
3. Larivière-Bastien D, deMontigny F, Verdon C. Women’s Experiences of Miscarriage in the Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*. 2019 Nov 1;45(6):670–6.
4. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, Peggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 Mar 14;
5. Panches BE, Johnson KD, Acquavita SP, Felblinger DM, Gillespie GL. Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department. *International Emergency Nursing*. 2019 Mar 1;43:61–6.
6. BRASIL M da S. Atenção Humanizada Ao Abortamento. Vol. 2ª, Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2011. 62 p.
7. Lima KJ, Pinto FJM, Carvalho FHC, Linard CFBM, Santos FCR dos, Teófilo FKS, et al. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2020;28(1):77–86.
8. Rocha BNG do A, Uchoa SA da C. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: Um estudo de avaliabilidade. *Physis*. 2013;23(1):109–27.
9. Ganatra B, Tunçalp Ö, Johnston HB, Johnson BR, Gülmezoglu AM, Temmerman M. From concept to measurement: Operationalizing WHO’s definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ*. 2014;92(3):155.
10. e Silva R de S, Andreoni S. Aborto induzido: Uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2012;17(7):1725–33.
11. Brasil. Código Penal: Decreto Lei n. 2848/1940. 2017. 138 p.
12. BRASIL. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. 2009. 72 p.
13. Artigo 19 Brasil. Dados sobre femicídio no Brasil.
14. de Medeiros RD, de Azevedo GD, de Oliveira EAA, Araújo FA, Cavalcanti FJB, de Araújo GL, et al. Opinião de estudantes dos cursos de direito e medicina da universidade federal do rio grande do norte sobre o aborto no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2012;34(1):16–21.
15. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National abortion survey 2016. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22(2):653–60.
16. Materna ZM, Hemorragia POR. MANUAL DE. 2017.

17. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. Vol. 397, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021. p. 1658–67.
18. Coomarasamy A, Gallos ID, Papadopoulou A, Dhillon-Smith RK, Al-Memar M, Brewin J, et al. Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. Vol. 397, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021. p. 1668–74.
19. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher B. NORMA TÉCNICA - Atenção Humanizada ao Abortamento [Internet]. 2005. 22 p. Available from: <http://www.saude.gov.br>
20. Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. Vol. 346, *BMJ (Online)*. 2013.
21. Volgsten H, Jansson C, Darj E, Stavreus-Evers A. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018 Dec 1;97(12):1491–8.
22. Guedes BN, Rocha A, Alice Da Costa Uchoa S. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade.
23. Goes EF, Menezes GMS, Almeida M da CC, Araújo TVB de, Alves SV, Alves MTSSBE, et al. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. *Cadernos de saude publica*. 2020;36Suppl 1(Suppl 1):e00189618.
24. Brasil 2020.
25. Mundial Da Saúde O. Segunda edição Organização Mundial da Saúde.
26. Pedroso Saciloto M, Konopka CK, Teresa De Campos Velho M, Cabreira Jobim F. Aspiração manual intrauterina no tratamento do abortamento incompleto até 12 semanas gestacionais: uma alternativa à curetagem uterina Manual vacuum aspiration uterine treatment of incomplete abortion to 12 gestational weeks: an alternative to curettage.
27. Adesse L, Silva KS da, Bonan C, Fonseca VM. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. *Saúde em Debate*. 2015 Sep;39(106):694–706.
28. Postinger M, de Atendimento P, Mulheres A, Situação EM, Abortamento DE, Alegre P. 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. 2018.
29. download (4).
30. Martins A de C, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Revista Dor*. 2016;17.
31. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: A percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*. 2017;22(8):2771–80.

32. Lopes De Aquino E. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA Atenção à saúde da mulher em situação de abortamento: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde.

APÊNDICE A - CRONOGRAMA

Janeiro de 2021	Submissão do projeto ao CEP
Junho de 2021	Início do estudo e da coleta de dados (dependendo da aprovação do CEP)
Setembro de 2021	Envio ao CEP do relatório provisório
Outubro de 2021	Envio ao CEP do relatório provisório
Janeiro de 2022	Término do estudo
Fevereiro de 2022	Transcrição, leitura e organização de dados obtidos
Março de 2022	Elaboração do trabalho técnico
Abril de 2022	Envio ao CEP do relatório final
Junho de 2022	Submissão do artigo

APÊNDICE B - ORÇAMENTO

Esse projeto não conta com nenhum tipo de financiamento. O pesquisador arcou com todos os custos necessários.

Material	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Notebook	01	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Impressora	01	R\$ 600,00	R\$ 600,00
Cartuchos para impressão	04	R\$ 80,00	R\$ 320,00
Pacote de Papel A4 com 500 folhas cada	03	R\$ 15,00	R\$ 45,00
Caneta	05	R\$ 5,00	R\$ 25,00
Grampeador	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00
Fotocópias	200	R\$ 0,15	R\$ 30,00
Pen drive 16G	01	R\$ 40,00	R\$ 40,00
Total		R\$ 3590,00	

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO ESTUDO: Avaliação do atendimento oferecido a mulheres em abortamento em uma Maternidade de Referência da cidade de Salvador.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Omar Ismail Santos Pereira Darzé

INSTITUIÇÃO: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

ENDEREÇO: Av. Dom João VI, n 275, Brotas. CEP: 40290-000

TELEFONE: (71) 32768200

A Senhora está sendo convidada a participar de um estudo de pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda a finalidade da pesquisa e o que ela envolve. Por favor, dedique um tempo para ler cuidadosamente as seguintes informações. Nos pergunte se houver qualquer coisa que não está clara ou se você precisar de mais detalhes. Utilize o tempo que for necessário para decidir se deseja participar ou não.

Este trabalho científico tem o objetivo de avaliar o grau de satisfação quanto ao atendimento oferecido às mulheres que passaram por processo de abortamento espontâneo ou induzido no Instituto de Perinatologia da Bahia. Caso concorde em participar, vamos obter, através de seu prontuário, dados sobre sua gestação e seu atendimento, como: o motivo do internamento, o diagnóstico e o tratamento realizado. Após, os pesquisadores lhe farão perguntas sobre como foi recebida no hospital, as orientações que lhe foram passadas, se realizou algum exame e sua satisfação ou não com o atendimento prestado. Serão perguntas como por exemplo: “o (a) médico (a) que realizou o procedimento se apresentou a você? Lhe foi administrado algum remédio para dor?...”. Não existe benefício direto quanto a sua participação nessa pesquisa. Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo. O benefício indireto esperado será o de tentar melhorar o atendimento prestado pela Instituição e seus profissionais às mulheres em abortamento.

Entre os riscos e incômodos identificados, podemos citar o constrangimento da sua parte ao relatar algum fato desagradável ocorrido durante a sua assistência. Para minimizá-lo, a entrevista respeitará os seus limites e as ponderações, não agindo de maneira invasiva e desrespeitosa. No caso de algum impacto emocional, o IPERBA lhe prestará atendimento

psicológico por profissional habilitado. Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais e mantidas em arquivo físico ou digital por um período de até 5 anos após o término do projeto. Caso os resultados deste projeto sejam publicados, não haverá qualquer informação ou dado que possa identificá-la. Os regulamentos nacionais e internacionais fornecem proteção para sua privacidade, segurança e acesso autorizado. Exceto pelo nome neste documento, que também é confidencial, você não será identificada por número de RG ou CPF, endereço, número de telefone ou qualquer outro dado. A decisão de participar deste estudo é totalmente voluntária. Uma vez que decidir participar, você tem o direito de desistir a qualquer momento sem necessidade de justificar seus motivos. A desistência não afetará de forma algum seu atendimento médico hospitalar.

Se houver qualquer problema ou dúvidas quanto a sua participação no estudo, entre em contato com o pesquisador responsável, Omar Ismail Santos Pereira Darzé, no telefone: (71) 31165170. E-mail: omardarze@bahiana.edu.br. Endereço: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Av. D. João VI, 274 - Brotas - Salvador – BA - CEP: 40290-000. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva ou entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da FBDC. Endereço - Av. D. João VI, 274 – Brotas - Salvador – BA - CEP: 40290-000. Tel: 71-32768225 E-mail: cep@bahiana.edu.br.

Eu confirmo que li e compreendi a descrição do estudo “Avaliação do atendimento oferecido a mulheres em abortamento em uma maternidade de referência da cidade de Salvador “, e o discuti com o pesquisador responsável até estar satisfeita. Compreendo que a participação no estudo é totalmente voluntária. Estou ciente do propósito, dos procedimentos, dos riscos e dos benefícios do estudo, e isso me torna apta a participar do mesmo. Estou também ciente de que posso desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Data: _____

Assinatura de quem aplicou o consentimento:

Data : _____

APÊNDICE D - FICHA CLÍNICA / QUESTIONÁRIO**Registro:** _____**Idade:** _____**Estado Civil:**

- Solteira
- Casada

Profissão: _____**Nível de instrução:**

- Nenhum
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino Médio completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo

Número de gestações: _____ **Número de partos:** _____ **Número de abortos:** _____**Intervalo da última gestação:** _____ meses**Realizou alguma consulta pré-natal nessa gestação?**

- Sim
- Não

Idade gestacional em que ocorreu o abortamento: _____ semanas**Tipo de abortamento:**

- Provocado
- Espontâneo
- Legalizado

Diagnóstico na admissão:

- Abortamento incompleto
- Abortamento em curso
- Abortamento retido
- Abortamento infectado
- Abortamento legal

Para o diagnostico se utilizou exames de imagem?

- Sim
- Não

Procedimento realizado para tratar o abortamento:

- Curetagem uterina
- Aspiração
- Medicamento
- Nenhum

Tempo transcorrido entre a chegada ao hospital e o procedimento: _____ horas

Tempo transcorrido entre a chegada ao hospital e a alta: _____ horas

Com relação ao tempo de espera que chegou ao hospital e foi atendida:

- Foi imediato
- Aguardei um pouco
- Esperei muito

Quando foi atendida o médico explicou o que estava acontecendo com você?

- Sim
- Não
- Não lembro

Você entendeu a informação?

- Sim
- Não

Lhe foi explicado o tratamento que deveria ser realizado e o porquê?

- Sim
- Não
- Não lembro

Você entendeu a informação?

- Sim
- Não

No momento em que chegou ao hospital você estava:

- Sem dor
- Com pouca dor
- Com muita dor

Lhe foi administrado algum remédio para dor?

- Sim
- Não

Durante o procedimento você estava:

- Dormindo
- Acordada

O (a) médico (a) que realizou o procedimento se apresentou a você?

- Sim
- Não
- Não lembra

O (a) médico (a) lhe informou o que seria feito?

- Sim
- Não
- Não lembra

Você entendeu a informação?

- Sim
- Não

Você sentiu algum incômodo durante o procedimento?

- Sim
- Não

O (a) médico (a) que lhe deu alta lhe explicou sobre os sinais que indicariam a necessidade de retornar ao hospital?

- Sim
- Não

Lhe foi dado atestado para o trabalho?

- Sim
- Não

Lhe foi informado que poderia engravidar novamente assim que deseje?

- Sim
- Não

Lhe deram alguma orientação sobre contracepção?

- Sim
- Não

Lhe foi entregue algum contraceptivo?

- Sim
- Não

Qual foi o método instituído?

- Pílula
- Injetável
- DIU
- Outro

Lhe foi sugerido uma consulta de revisão?

- Sim
- Não

Foi tratada de forma desrespeitosa em algum momento?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, onde precisamente?

- Na admissão
- Enquanto aguardava o procedimento
- No momento do procedimento
- Na enfermaria, após o procedimento

Se sentiu constrangida em algum momento durante seu atendimento?

- Sim
- Não

Em caso afirmativo, onde precisamente?

- Na admissão
- Enquanto aguardava o procedimento
- No momento do procedimento
- Na enfermaria, após o procedimento

Você acha que o atendimento oferecido pelos profissionais influenciou de forma positiva ou negativa a experiência abortiva que você vivenciou? Por quê?

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA

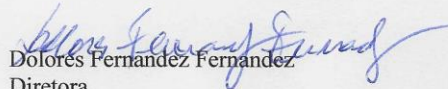
GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde de Estado da Bahia

INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA – IPERBA

Coordenação de Ensino e Pesquisa

Eu, Dolores Fernandez Fernandez, Diretora do Instituto de Perinatologia da Bahia - IPERBA, informo que o projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO OFERECIDO A MULHERES EM ABORTAMENTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE SALVADOR” é exequível na Unidade. Estou ciente e autorizo a Prof. Dr. Omar Ismail Santos Pereira Darzé, a desenvolver nesta Instituição seu projeto após, apreciação e aprovação do CEP. Declaro conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a RESOLUÇÃO Nº 466/12 e assumo o compromisso de zelar pela segurança e bem-estar dos sujeitos da pesquisa.

Salvador, 08 de dezembro de 2020


Dolores Fernandez Fernandez
Diretora
Instituto de Perinatologia da Bahia

Instituto de Perinatologia da Bahia
CGC: 13.937.131.0003-03
End: Rua Teixeira de Barros, 72 – Brotas
Cep: 40.279-090
Tel: 71-3116-5216 Fax:71-3116-5217


ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
Secretaria da Saúde de Estado da Bahia

INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA – IPERBA

Atesto que o Instituto de Perinatologia da Bahia possui um serviço próprio de Psicologia e se encontra apto a acolher as participantes do projeto intitulado “Avaliação do atendimento oferecido a mulheres em abortamento em uma Maternidade referência na cidade de Salvador” caso se sintam constrangidas ou mobilizadas ao responderem o questionário da pesquisa.

Salvador, 29 de março de 2021


Omar Ismail Darzé
Coordenador de Ensino de Pesquisa
Instituto de Perinatologia da Bahia

Instituto de Perinatologia da Bahia
CGC: 13.937.131.0003-03
End: Rua Teixeira de Barros, 72 – Brotas
Cep: 40.279-090
Tel: 71-3116-5216 Fax:71-3116-5217