

ACOLHIMENTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO PROVOCADO

RECEPTION IN PUBLIC HEALTH SERVICES IN A SITUATION OF WOMEN ABORTION CAUSED

Natália Peixoto de Oliveira¹
Lorena Rita Nunes¹
Rita de Cássia Velozo da Silva²

RESUMO

O abortamento inseguro é um problema de saúde pública e de grande morbimortalidade para as mulheres. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que objetivou discutir o acolhimento às mulheres em situação de abortamento provocado nos serviços públicos de saúde. Os dados refletem a complexidade do aborto inseguro frente às complicações que gera para a saúde da mulher e para o sistema de saúde. Isto exige dos profissionais de saúde conhecimento e habilidades pessoais para prestarem a essas mulheres uma assistência que contemple o acolhimento necessário, que respeite seus direitos e seja livre de qualquer discriminação ou restrição ao acesso à saúde.

Palavras-chave: Aborto Provocado. Acolhimento. Serviços de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Unsafe abortion is a public health problem and major morbidity for women. It is an integrative literature review which discusses the reception for women in situations of induced abortion in public health services. The data reflect the complexity of unsafe abortion complications that generates forward for women's health and for the health system. This requires health professionals' knowledge and personal skills to provide these women a service that includes the necessary host that respects their rights and be free of any discrimination or restriction on access to health care.

Keywords: Procured Abortion. Host. Public health services. Policy. Nursing.

¹Pós- Graduanas do Curso de Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Enfermeira, docente, doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso.

INTRODUÇÃO

A trajetória das mulheres na busca por seus direitos advém de longa data e entre esses direitos está o acesso aos serviços e ações de saúde de qualidade, o que, mesmo após a implantação de políticas públicas que incluem a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, não acontece efetivamente no Brasil (ANJOS *et al.*, 2013).

Na visão de Souza *et al.*, (2001), a gravidez envolve diferentes sentimentos, estando a felicidade e a realização entre eles. Mas, para muitas mulheres, uma gravidez representa desespero e medo, e o aborto muitas vezes se apresenta como a única saída.

Considera-se abortamento a interrupção da gravidez até 22 semanas ou, se a idade gestacional for desconhecida, com o produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou medindo menos de 16 cm (BRASIL, 2011).

No Brasil, cerca de 30% das gestações terminam em aborto. A interrupção da gravidez representa a quinta maior causa de internações na rede pública de saúde brasileira, cerca de 30 a 40% do total de internamentos no setor obstétrico, e é a terceira maior causa de morte materna (SOARES; GALLI; VIANA, 2010; DINIZ *et al.*, 2011).

A cada ano, estima-se que sejam realizados 22 milhões de abortamentos inseguros, sendo que quase todos (98 %) ocorrem em países em desenvolvimento. Aproximadamente 47.000 mortes relacionadas com a gravidez são provocadas por complicações derivadas de um abortamento inseguro. Estima-se também que 5 milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais como resultado das complicações decorrentes de um abortamento inseguro. Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), um abortamento inseguro é um procedimento para finalizar uma gravidez não desejada, realizado por indivíduos sem as habilidades necessárias e/ou em ambiente abaixo dos padrões médicos exigidos (BRASIL, 2011; OMS, 2013).

Mesmo diante de tantos avanços em direitos voltados a mulher e aberturas para diálogos mais contemporâneos da área de saúde em particular a saúde pública; o aborto ainda é um assunto polêmico envolvendo uma parcela de mulheres que enfrentam a discriminação por parte de muitos profissionais na área de saúde quando procuram os serviços por conta de um abortamento provocado (CARVALHO, 2009).

O Ministério da Saúde, considera que a criminalização do aborto propicia implicações negativas à saúde das mulheres, pouco coíbe a prática, além do que perpetua a desigualdade

social. O risco imposto pela ilegalidade do aborto é, em sua maioria, vivido pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro (BRASL, 2009).

As mulheres que procuram assistência por aborto provocado já chegam ao serviço vulnerabilizadas, necessitando de um acolhimento expressivo e sem preconceitos da equipe de saúde, mas ao invés disso, muitas vezes ela é re-vitimizada ao receber uma assistência, muitas vezes desumana, caracterizando-se em outra forma de violência contra as mulheres, fugindo ao propósito de humanização proposto para os serviços de saúde pública.

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres são assegurados e incluem um modelo humanizado para mulheres em situação de abortamento, visando também evitar tal prática ampliando o acesso ao planejamento reprodutivo com programas que visem estreitar a parceria entre a comunidade e os prestadores de serviço para a prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro, acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, atenção clínica adequada ao abortamento e suas complicações, segundo referenciais éticos, legais e bioéticos, oferecimento de serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, inclusive orientações para aquelas que desejem nova gestação (BRASIL, 2005).

Discutir um tema com tamanha magnitude aponta para muitas polêmicas e pouco consenso, e que tem desfechos desfavoráveis tanto para as mulheres quanto para os serviços públicos de saúde. O aborto continua dividindo opiniões, entre profissionais da área de saúde e demais segmentos da sociedade, porque envolve diversos aspectos éticos, morais, normas e áreas jurídicas, perpassando também por questões religiosas.

Posto isto, este estudo teve como objeto de estudo o acolhimento às mulheres em situação de abortamento provocado atendidas nos serviços públicos de saúde. De modo que se traçou como objetivo discutir o acolhimento às mulheres em situação de abortamento provocado no serviço público de saúde, com ênfase na atuação da enfermeira neste cenário.

Ao considerar que o aborto provocado envolve diversas situações, desde aquelas socioeconômicas e culturais, afetivas, emocionais até aquelas que dizem respeito à relação com o próprio corpo, faz-se necessário que as/os profissionais de enfermagem reflitam de que forma estão acolhendo essas mulheres em um momento tão delicado, uma vez que, independente da motivação do aborto, deve ser garantido às mulheres uma assistência digna e segura.

A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo/a profissional de saúde (BRASIL, 2005). Para tanto, considera-se imprescindível um

maior aprofundamento em relação à temática do abortamento, de forma a criar-se um ambiente mais favorável para a atenção à mulher, além de implementar de fato as políticas públicas vigentes, pois, como pontuam Souza *et al.*, (2001), será que as mulheres que enfrentam esta situação já não estão suficientemente maltratadas por esse evento?

Deste modo, justifica-se a realização deste estudo, com o objetivo de discutir o acolhimento nos serviços públicos de saúde a mulheres em situação de aborto provocado, com ênfase na atuação da enfermeira. Acredita-se que as reflexões apontadas poderão contribuir para o conhecimento de acadêmicos/as de enfermagem, e para as/os profissionais de enfermagem, como uma atualização frente a temática.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo descritivo-exploratório com delineamento qualitativo e para o alcance do objetivo proposto foi realizada uma revisão integrativa da literatura de artigos publicados em bases de dados eletrônicas. A revisão integrativa é um método de revisão mais amplo, pois permite incluir literatura teórica e empírica, bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas (WHITTEMORE, 2005).

A busca foi realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com os seguintes descritores: Aborto Provocado; Acolhimento; Serviços de saúde; Enfermagem. Os critérios de inclusão dos artigos na análise sobre a temática foram àqueles artigos publicados no período de 2009 a 2013, que estivessem disponibilizados na íntegra e em idioma português.

Foram identificados 20 artigos, dos quais foram utilizados apenas 13, porque tinham relação com o objeto do estudo. Alguns manuais foram utilizados para subsidiar a discussão. A discussão será apresentada em duas categorias: a primeira, Aborto Provocado: Uma Questão que Merece a Atenção de Todos/as, e a segunda que versará sobre o Acolhimento às Mulheres em Situação de Abortamento Provocado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos e pesquisas realizados no Brasil referentes ao aborto apontam, principalmente, para estimativas que se baseiam nos dados de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) que incluem atenção pós-abortamento, aborto previsto em lei, abortos espontâneos, entre

outros, ficando de fora aqueles realizados em clínicas privadas e com outros procedimentos não-registrados pelo SUS.

ABORTO PROVOCADO: UMA QUESTÃO QUE MERECE A ATENÇÃO DE TODOS/AS

O aborto está classificado em espontâneo e provocado. O primeiro quando ocorre sem qualquer interferência externa, sendo determinado por causas intrínsecas, tais como maternas, paternas e fetais. E o último é provocado, pois é desencadeado por interferências exteriores (DOMINGOS, 2010).

No Brasil, o aborto é realizado por muitas mulheres, mesmo diante de severas restrições legais, isto devido ao fato de parte de elas compartilharem da mesma situação de ilegalidade da intervenção. Quando a mulher recorre ao aborto inseguro, enfrenta o sofrimento moral decorrente de um processo judicial que pode levar à sua condenação, além do risco dos agravos à sua saúde e até à morte (FREIRE, 2012).

Quando realizado de maneira insegura, em contextos de ilegalidade, o aborto resulta em sérias consequências para a sociedade, com elevada morbimortalidade para as mulheres expostas, sobrecarrega o sistema de saúde, implica em custos, diminui a produtividade, traz inúmeras repercussões familiares, além de estigmatizar a mulher (SEDGH *et al.*, 2007 *apud* ANJOS *et al.*, 2013).

Por cada mulher que solicita atendimento posterior ao abortamento em um hospital, existem várias que se submeteram a um abortamento inseguro, porém não procuraram atendimento médico, pela dificuldade de reconhecer possíveis complicações, por carecer dos meios econômicos necessários ou por temer o abuso, o maltrato ou uma represália legal. A evidência aponta que os principais custos fisiológicos, financeiros e emocionais são arcados pelas mulheres que sofrem um abortamento inseguro (OMS, 2013).

Segundo Pinto e Tocci (2003), a gravidade das complicações mórbidas advindas do abortamento tende a aumentar com a duração da gravidez. Por exemplo, um aborto no segundo trimestre da gestação é mais perigoso que um no primeiro trimestre. As consequências físicas do aborto provocado são mais graves e frequentes, por este ser executado em clínicas clandestinas e, em geral, serem feito sem acompanhamento e cuidados médicos adequados, o que igualmente poderá ocasionar inúmeras complicações, destacando-se a hemorragia profusa, perfuração uterina, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano e sepse. As consequências se estendem ao campo social, pois o

relacionamento interpessoal, frequentemente, fica comprometido depois do aborto provocado, além de ser também, muitas vezes, a causa do mesmo.

As múltiplas dimensões da pobreza, como o déficit de recursos econômicos e a dificuldade de acesso à informação e direitos humanos, vulnerabilidades, desigualdades de gênero e de acesso à educação, fazem com que o aborto clandestino e/ou inseguro atinja, especialmente, as mulheres pobres e marginalizadas (BRASIL, 2010).

Sendo ainda considerado como um tabu, a temática do aborto ainda é abordado de maneira velada nas escolas, no seio familiar, sociedade e entre profissionais de saúde, uma vez que envolve valores morais, sociais e religiosos, e, por ser pouco difundido dá margem para que a desinformação contribua para essa prática ocorra em condições inseguras para a mulher.

A jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com o consentimento da mulher. Nesses casos, o abortamento é um direito da mulher. Também não é crime e não se pune: o abortamento praticado por médico(a), se: a) não há outro meio de salvar a vida da mulher (Art. 128, I); b) a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual), com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal (Art. 128, II) (BRASIL, 2011).

O material analisado para a realização deste estudo, mostrou que a falta de qualificação para o trabalho na assistência no abortamento e da compreensão da problemática do aborto no Brasil, igualmente contribuem para o surgimento de julgamentos de valor e preconceitos que influenciam nesse tipo de atendimento. Os atributos e significados de humanização e acolhimento, embora base sustentadora para o modelo de atenção, ainda não estão plenamente presentes nesse tipo de assistência (RIBEIRO, 2008).

Essas questões são complexas, inclusive porque muitas vezes as mulheres têm que tomar, sozinhas, a decisão de interromper ou seguir em frente com uma gravidez, que, em princípio, lhe trarão grandes problemas de cunho social, econômico, afetivo e pessoal ao mesmo tempo.

O estudo de Nunes, Madeiro e Diniz (2013) que buscou analisar os métodos, os percursos e as redes de apoio utilizados por 30 adolescentes para o aborto clandestino, e foram internadas após a curetagem uterina em dois hospitais públicos de Teresina, em 2011. Maioritariamente, as adolescentes tinham entre 14 e 17 anos, eram solteiras, urbanas, moravam com os pais, tinham baixa escolaridade e registravam idade gestacional de 12

semanas. O misoprostol foi usado isoladamente por 28 (94%) adolescentes, que procuraram o hospital após sangramento vaginal e/ou cólicas intensas. Elas compraram o misoprostol sozinhas ou com ajuda de amigo ou companheiro, em farmácias comuns e o medicamento foi vendido pelo proprietário ou pelo balconista, com as orientações de uso. O apoio para as adolescentes irem ao hospital foi dado pela mãe ou por amiga. Houve 3 complicações graves, resultando em internação de até 20 dias.

O estudo citado demonstra outros aspectos importantes que precisam ser considerados e discutidos no tocante ao aborto, que dizem respeito à ocorrência desta prática entre adolescentes, a facilidade de acesso de medicações sem qualquer restrição e a busca dos serviços de saúde para tratar das complicações.

Ademais, todas as adolescentes do estudo eram solteiras e também no estudo de Silva e Andreoni (2012) aparece a associação entre aborto provocado e o fato de ser solteira, tendo demonstrado que ser solteira foi a única característica associada à recorrência ao aborto provocado; isto é, diante de uma gravidez as solteiras têm quatro vezes mais chances de aborto do que as casadas.

Na pesquisa de Madeiro e Rufino (2012) que avaliou a prevalência do aborto induzido entre 310 prostitutas de Teresina - PI e caracterizou as práticas abortivas mais comuns. A faixa etária das mulheres variou entre 18 e 39 anos. A prática do aborto induzido foi relatada por 163 (52,6%) delas, a maior parte realizou 01 aborto (50,3%), mas 50 mulheres (16,5%) relatou 3 ou mais abortos. O misoprostol foi empregado isoladamente em 68,1% dos relatos e associado com chás e/ ou sondas em 9,2%. O uso único de chás foi descrito em 13,4% das vezes, sondas em 3,7% e curetagem uterina em clínicas clandestinas em 3,7%. Houve relato de internação hospitalar pós-aborto por 47,8% delas.

Este estudo, por sua vez, corrobora com o que abordam Nunes, Madeiro e Diniz (2013) no que diz respeito à prevalência do aborto em outra parcela da população vulnerável; o método abortivo mais utilizado devido à facilidade de acesso e uso; a necessidade de atendimento médico hospitalar para lidar com as complicações do abortamento, independente do método utilizado.

Quanto ao uso do misoprostol, o estudo de Arilha (2012) confirma a hipótese de que a difusão e a expansão do uso não-hospitalar do misoprostol estão associadas à decisão das mulheres, as quais buscam menores custos, menores riscos à sua saúde e privacidade. Também permite explorar a interpretação de que esse incremento de consumo vincula-se também à incorporação do medicamento a um conjunto de mercadorias que são

comercializadas ilegalmente no Brasil. Como resultado, as mulheres são expostas a diferentes graus de vulnerabilidade, dependendo diretamente dos itinerários, das mediações utilizadas e das redes sociais a que pertencem

Neste sentido, aborto deve ser considerado como um evento que demanda cuidados de saúde, onde a mulher ao chegar a uma unidade hospitalar com sinais de aborto provocado precisa ser atendida em sua integralidade, a despeito dos motivos que a levaram a praticar tal ato.

Isto posto, o Ministério da Saúde (2004) criou uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que teve como objetivo qualificar a atenção às mulheres em processo de abortamento e diminuir a mortalidade materna, garantindo a essas mulheres o direito ao acolhimento e tratamento com dignidade no SUS.

É extremamente necessário superar a discriminação e a falta de humanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, tão presente em muitos serviços públicos de saúde no país. É neste sentido que a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao abortamento fornece aos profissionais subsídios para que possam oferecer não só cuidado imediato às mulheres em situação de abortamento, mas também, a integralidade deste atendimento.

Um dos elementos essenciais para que o modelo humanizado de atenção à mulher em situação de abortamento, seja implantado é o acolhimento e orientação para responder às necessidades de saúde emocional e física das mulheres, além de outras preocupações que possam surgir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

ACOLHIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO PROVOCADO

É postulado a todo profissional de saúde, que, diante de um caso de abortamento inseguro, do ponto de vista ético, seja adotada a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever desses profissionais é acolher condignamente e envidar esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos (BRASIL, 2011, p.22).

Às mulheres deve ser garantido o acesso: à informação e orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos. A atenção humanizada a essas mulheres merece, ainda, uma abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, respeitando os princípios da igualdade, da liberdade e da dignidade da

pessoa, não sendo admissível qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Trabalhar o acolhimento enquanto postura, pressupõe uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem as usuárias e escutar de forma adequada as suas demandas, inclusive solidarizando-se com o seu sofrimento. Realizar esta escuta qualificada fortalece o acolhimento na rede básica, e também o vínculo entre a equipe, serviço e usuária, e humaniza o atendimento.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Acolhimento diz respeito ao tratamento digno e respeitoso, a escuta, ao reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decisão, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde. A orientação, por sua vez, implica no repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada (BRASIL, 2011).

Aquino *et al.*, (2012) apontam que o aborto é grave problema de saúde no Brasil e suas complicações podem ser evitadas por atenção adequada e oportuna. Os autores avaliaram em sua pesquisa a qualidade da atenção às mulheres admitidas por aborto em 19 hospitais do SUS em Salvador, Recife e São Luís, tendo como referência as normas do Ministério da Saúde e o grau de satisfação das usuárias. Consideraram 4 dimensões - acolhimento e orientação, insumos/ambiente físico, qualidade técnica e continuidade do cuidado. A adequação às normas foi maior quanto aos critérios de acolhimento e orientação. O apoio social e o direito à informação alcançaram valores baixos nas três cidades. A qualidade técnica do cuidado foi mal avaliada. Em insumos e ambiente físico, a limpeza foi o critério menos adequado.

Complementam os autores acima que a situação é mais crítica na continuidade do cuidado nas 3 cidades, pela falta de consulta agendada de revisão, de informações sobre cuidados após alta hospitalar, risco de gravidez e planejamento familiar. A atenção ao aborto nessas cidades encontra-se distante do que propõem as normas brasileiras e os organismos internacionais.

O estudo adverte sobre aspectos importantes destacado pelas usuárias, e que interferiram diretamente na sua vivência de abortamento, destacando-se aqui a questão da descontinuidade do atendimento após a alta hospitalar.

A necessidade de uma atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliado ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. É preciso, também, superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de um suposto sentimento de culpa por terem provocado o aborto (BRASIL, 2011).

Cabe salientar que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e pela enfermagem, em especial, não deve ter apenas a dimensão curativa, tratando complicações, mas que vislumbre a recuperação da saúde, buscando analisar as demandas apresentadas por essas mulheres na sua totalidade, não de forma fragmentada, analisando desta forma o contexto em que ela está inserida.

Para que este momento não se torne ainda mais angustiante, provocando fantasias ou medo frente ao desconhecido representado pela própria hospitalização e o tratamento, é necessário, pois, que o momento do acolhimento por parte dos profissionais de saúde seja uma oportunidade na qual as usuárias recebam atenção, suporte, além de informações importantes sobre diversos assuntos que perpassam as suas necessidades, oferecendo a possibilidade de estabelecer um vínculo positivo com o ambiente hospitalar.

Neste, todos os profissionais da equipe devem promover o acolhimento, marcando presença de forma transversal durante todo o atendimento. Vale lembrar que é preciso considerar o papel de cada profissional dentro da equipe, tendo em vista que a mulher se encontra em um momento de total fragilidade e extremo sofrimento pelos vários aspectos que a levaram a esta condição.

Destaca-se nesse cenário que o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação está relacionado à sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicossocial às mulheres em abortamento, integrando assistentes sociais e psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde, quando possível. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada, durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde (BRASIL, 2011).

É importante considerar que muitos profissionais, contudo, já trazem consigo opiniões formadas sobre o aborto e muitos deles são contrários a esta prática, não só por ser considerado ilegal no Brasil, mas por aspectos pessoais como a religião, formação cultural e até mesmo formação acadêmica que muitas vezes não formam profissionais preparados para lidarem com situações como esta. Logo, faz-se necessário que estes profissionais compreendam o seu papel na equipe e vejam em cada paciente, uma pessoa com direitos à plena recuperação e que depende muito desses profissionais nesse momento.

É necessário um trabalho efetivo de capacitação junto aos profissionais de saúde e de enfermagem na rede pública de saúde, discutindo questões éticas do cuidado com o ser humano, questões que dizem respeito ao seguimento dessas mulheres pós-abortamento, ao planejamento familiar, à abordagem dos aspectos sociais, afetivos e emocionais que foram abalados com essa experiência. Diversas mulheres realizam o aborto de forma insegura, provocando danos a sua própria saúde, e, para além da assistência técnica, que lhes preserve a vida, elas necessitam também de assistência em relação ao processo de perda e sofrimento, e cabe às/aos profissionais da equipe de saúde prestarem uma assistência de forma holística, que contemple também tais aspectos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido devido à necessidade sentida pelas autoras em discutir o acolhimento no serviço público de saúde às mulheres em situação de aborto provocado, com ênfase na enfermagem.

Ponderando a complexidade do tema, especialmente tratando-se de aborto provocado, foi muito relevante tratar do assunto como uma questão de saúde pública, e como tal, com a responsabilidade que o mesmo exige, sem julgamentos, preconceitos e rotulações. Uma vez que este estudo evidenciou que é de extrema necessidade superar a discriminação e a falta de humanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, tão presente em muitos serviços públicos de saúde no país.

Ratificou-se ainda a importância do acolhimento enquanto instrumento que proporcione uma assistência pautada no contato humano de forma acolhedora e sem juízo de valores e contemple a integralidade do ser humano, além de possibilitar uma atitude da equipe de saúde que permita receber bem as usuárias e escutar de forma adequada e humanizada as suas demandas.

Portanto, considerando que é a equipe de enfermagem que acompanha os pacientes durante todo o atendimento, deve, portanto acolher estas mulheres de forma em que as mesmas se sintam seguras e amparadas, orientando-a sobre os desdobramentos do pós-aborto e das expressões dos seus conflitos emocionais, além de motivá-la a acreditar na sua capacidade de viver outra experiência reprodutiva com saúde, equilíbrio e bem-estar.

Embora a discussão aqui apresentada esteja longe de esgotar a temática, este estudo possibilitou trazer à tona aspectos do aborto provocado extremamente pertinentes, a exemplo da incidência de abortamento entre adolescentes, a facilidade de acesso a métodos abortivos, a vulnerabilidade das mulheres menos favorecidas ao abortamento e a falta de seguimento dessas mulheres pós-abortamento. Sugere-se o aprofundamento da discussão deste tema nas pesquisas de Enfermagem, evidenciando a importância dessa categoria na atenção à mulher em situação de abortamento.

REFERÊNCIAS

1. ANJOS, KF et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 504-515, 2013.
2. AQUINO, EML et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciênc. Saúde Coletiva**; 17(7): 1765-76, 2012.
3. ARILHA, MM. Misoprostol: percursos, mediações e redes sociais para o acesso ao aborto medicamentoso em contextos de ilegalidade no Estado de São Paulo **Ciênc. Saúde Coletiva**; 17(7): 1785-94, jul. 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos básicos de saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília, 2004. Disponível em: www.portal.saude.gov.br acesso em 23/03/2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, dependência de ações programáticas estratégicas. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento**. Série A, normas e direitos reprodutivos – Caderno nº 4. Brasília, 2005. Disponível em: www.busms.saude.gov.br acesso 30/03/2014
6. BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e Saúde Pública 20 anos**. 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. BRASIL. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. Brasília. 2011. Disponível

em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 09 nov 2014.

8. CARVALHO, SM. **Mulheres Jovens e o Processo do Aborto Clandestino: Uma Abordagem Sociológica**. Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

9. DINIZ, NMF et al. Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade pública de Salvador-BA. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov. 2014.

10. DOMINGOS, SRF. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc. Anna Nery**, vol.14, no.1, p. 177-81, 2010.

11. FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres? **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 31-32. abr./jun. 2012.

12. MADEIRO, AP; RUFINO, AC. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina – Piauí. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 17(7): 1735-43, jul. 2012

13. NUNES, MD; MADEIRO, A; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 18(8): 2311-18, Ago. 2013.

14. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2a ed. 2013.

15. PINTO, AP; TOCCI, HA. O aborto provocado e suas consequências. **Rev Enferm UNISA** 2003; 4: 56-61.

16. RIBEIRO, ML. **O cuidado às mulheres no aborto provocado: um olhar da enfermagem**. Monografia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. 56p.

17. SILVA, RSE; ANDREONI, S. Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008. **Ciênc. Saúde Coletiva**; 17(7): 1725-33, jul. 2012.

18. SOARES, GS; GALLI, MB; VIANA, APAL. **Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro**. Recife: Grupo Curumim, 2010.

19. SOUZA, VLC et al. O aborto entre adolescentes. **Rev Lat-am Enferm**, v.9, n.2, p.42-7, 2001.