

**CURSO DE ENFERMAGEM**

Lidia Ana Correia dos Santos

**O PROCESSO DE ABORTO NA VIDA DAS MULHERES SOB A VISÃO DO  
ENFERMEIRO**

Santa Cruz do Sul

2016.

Lidia Ana Correia dos Santos

**O PROCESSO DE ABORTO NA VIDA DAS MULHERES SOB A VISÃO DO  
ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª. Enfª Ana Zoé Schilling

Santa Cruz do Sul

2016.

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2016

**O PROCESSO DE ABORTO NA VIDA DAS MULHERES SOB A VISÃO DO  
ENFERMEIRO**

LIDIA ANA CORREIA DOS SANTOS

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada sua versão final, em\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup> Ana Zoé Schilling  
Prof<sup>a</sup>. Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup> Liane Pauli  
Participante da Banca de Avaliação

---

Prof<sup>o</sup>. Enf<sup>o</sup> Nestor P. Roos  
Participante da Banca de Avaliação

*“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”*

(Florence Nightingale)

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço à Deus por ter me dado saúde e força para enfrentar as dificuldades.

Agradeço meus Pais, Nivo e Eni, que sempre me ajudaram, colaboraram e me incentivaram a seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

Agradeço meu filho Manoel, meu amor incondicional, que desde pequeno teve que me dividir com os estudos, sem entender o porquê de minha ausência, à ti meu filho peço desculpas, por muitas vezes não ter conseguido estarmos juntos.

Agradeço ao meu marido Romi, que sempre esteve ali, me dando força e me ajudando a enfrentar os obstáculos. Obrigada Amor.

Agradeço minha professora orientadora Ana Zoé Schilling, pela oportunidade, confiança e apoio carinhoso que sempre dedicou a mim. Foi um prazer enorme ter convivido com você todo este período de elaboração e conclusão do meu trabalho. Sem você nada disso seria possível. Muito Obrigada.

Agradeço aos meus amigos, que sempre me incentivaram, com palavras carinhosas.

A todos que de uma forma ou de outra fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado.

## RESUMO

Aborto é a interrupção da gravidez, com a morte do produto da concepção, sendo considerado de 20 a 22 semanas de gestação, quando o feto pesar até 500 gramas ou ainda, quando o feto medir até 16,5 cm. Este estudo tem por objetivo verificar os motivos apresentados pelas mulheres que passaram pelo aborto em um município do Vale do Rio Pardo na visão do enfermeiro. O estudo é uma análise qualitativa de caráter descritivo, exploratório. A pesquisa foi realizada em dois locais: as Estratégias de Saúde da Família e o setor obstétrico de um hospital de médio porte. Na coleta de dados foi aplicado um instrumento com uma pergunta norteadora aos enfermeiros de ambos os locais. Os dados analisados foram colocados em uma planilha de repertório e em seguida analisados pelo método de Análise de Conteúdo. Foram apontados pelos entrevistados trinta motivos expressados pelas mulheres, sendo estes decisivos, para que o processo de aborto tornasse-se viável. As razões mais frequentes indicadas pelos enfermeiros foram: Decisão da mulher em abortar induzidamente; questões familiares e de relacionamento; negação da gestação; planejamento familiar, orientações e informações; sentimento de culpa, número de filhos, aborto espontâneo e medicamentos e questões sociais, culturais e psicológicas. Conclui-se que, o aborto sendo um problema de saúde pública, precisa ser mais discutido entre todos os envolvidos, principalmente pelo enfermeiro, para que coloquem um novo olhar sobre o tema. Investir no cuidado planejado e acompanhamento continuado, na promoção e prevenção da saúde de mulheres, oferecer os métodos contraceptivos e dar informações sobre o assunto para que suas escolhas sejam pautadas no conhecimento.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica. Aborto. Saúde da Mulher.

## **ABSTRACT**

Abortion is the interruption of pregnancy, with the death of the product of conception, being considered from 20 to 22 weeks of gestation, when the fetus weighs up to 500 grams or even, when the fetus measures up to 16.5 cm. This study aims to verify the motives presented by women who went through abortion in a municipality of the Rio Pardo Valley in the view of the nurse. The study is a qualitative analysis of descriptive, exploratory character. The research was carried out in two places: the Family Health Strategies and the obstetric sector of a medium-sized hospital. In the data collection, an instrument with a guiding question was applied to nurses from both sites. The analyzed data were placed in a repertoire worksheet and then analyzed by the Content Analysis method. Thirty reasons expressed by women were pointed out by the interviewees, and these were decisive, so that the abortion process would become viable. The most frequent reasons indicated by the nurses were: Decision of the woman to induce abortion; Family and relationship issues; Denial of gestation; Family planning, guidance and information; Feelings of guilt, number of children, miscarriage and medications, and social, cultural and psychological issues. It is concluded that, abortion being a public health problem, needs to be more discussed among all those involved, especially by the nurse, so that they put a new look on the subject. Invest in planned care and continued follow-up in promoting and preventing women's health, offering contraceptive methods and giving information on the subject so that their choices are guided by knowledge.

Keywords: Obstetric Nursing. Abortion. Women's Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Planilha de Repertório.....	27
---------------------------------------	----



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Faixa Etária dos Enfermeiros Entrevistados.....	29
Tabela 2 - Tempo de Serviço na Instituição.....	30

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Questões Emocionais e Sociais que envolvem a Gestação.....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Período do Pré Natal e suas Implicações.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 Situação de Abortamento.....</b>	<b>16</b>
<b>2.3. 1 Tipos de Abortamento.....</b>	<b>17</b>
<b>2.4 Perfil das Mulheres em situação de Abortamento.....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 Condições de Aceitação da Gravidez x Motivos Atribuídos pelas Mulheres sobre o abortamento.....</b>	<b>20</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1 Tipo da Pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>3.2 Local da Pesquisa.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Sujeitos do Estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>3.4 Instrumento para Coleta de Dados.....</b>	<b>24</b>
<b>3.5 Procedimentos Éticos e Técnicos.....</b>	<b>24</b>
<b>3.6 Análise de Dados.....</b>	<b>26</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Faixa Etária das Participantes.....</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Tempo de serviço na Instituição.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Decisão da Mulher em Abortar.....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Questões familiares e de Relacionamento.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Negação da Gestação.....</b>	<b>32</b>
<b>4.6 Planejamento Familiar.....</b>	<b>33</b>
<b>4.7 Orientações e Informações.....</b>	<b>33</b>
<b>4.8 Sentimentos de Culpa.....</b>	<b>34</b>
<b>4.9 Número de Filhos.....</b>	<b>35</b>
<b>4.10 Aborto Espontâneos e Medicamentos.....</b>	<b>35</b>
<b>4.11 Questões Sociais, Culturais e Psicológicas.....</b>	<b>36</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>41</b>

<b>ANEXO A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B - Formulário de Entrevista.....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO C- Planilha de Repertório.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Aborto é a interrupção da gravidez, com a morte do produto da concepção, sendo considerado de 20 a 22 semanas de gestação, ou quando o feto pesar até 500 gramas ou ainda, quando o feto mede até 16,5 cm (MORAIS, 2008).

Borsari (2012) cita em estudo, que a palavra aborto tem um sentido extremamente negativo, pois provém do latim *oriri*, mais o prefixo *ab* (*aboriri*), o que significa não nascer, distanciar –se dá vida, ou seja, antecipação da morte.

Aborto espontâneo para Nettina (2011) é a interrupção natural da gravidez antes da 20ª semana de gestação. Porém a interrupção médica da gestação é conhecida com aborto terapêutico ou voluntário, sendo realizado através de medicamentos ou intervenção cirúrgica.

O Ministério da Saúde esclarece que o abortamento espontâneo acontece em aproximadamente 10 a 15 % das gestações e envolve sensação de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação ao fim, podendo trazer complicações para o sistema reprodutivo, exigindo uma atenção técnica adequada, segura e humanizada (BRASIL, 2011).

No aborto induzido, a ilegalidade esconde a sua real magnitude, trazendo consequências para a saúde das mulheres. Contudo, não impede sua prática, como cita Pilecco, Knauth & Vigo (2011) afirmando ainda, que aborto provocado é um grande problema de saúde pública à medida que é amplamente exercido, muitas vezes de forma insegura, ilegal e dentro da clandestinidade.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma a cada nove mulheres recorrem ao aborto para interromper a gestação, considerando a metade das gravidezes indesejadas (BRASIL, 2011) e representa ainda, umas das principais causas de morte materna no Brasil, diferente do que ocorre em países desenvolvidos onde os índices de morte relacionado com o aborto, são reduzidos.

Existem ainda muitos tabus que envolvem o processo de aborto no Brasil. A tentativa de reduzir o número expressivo de abortos que ocorrem diariamente é prejudicada pela ilegalidade do mesmo. Pelo fato de ser considerado crime, muitas vezes a causa não é bem definida e/ou revelada. O Ministério da Saúde investe em programas que promovem a educação integral à saúde da mulher. Entre estes programas insere-se a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, destacando-se a prevenção de gravidezes indesejadas, com acesso a informações e métodos seguros de contracepção. Entretanto, continuamos na busca incessante do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, que reduzam os agravos e nos permitam chegar a um método 100% seguro (BRASIL 2009).

Na tentativa de compreender melhor o crescente número de abortos registrados todos os anos no hospitais brasileiros, surgiu a curiosidade de pesquisar esse índice em um hospital situado no Vale do Rio Pardo, na região central do Rio Grande do Sul. Somente no ano de 2015, no período de janeiro a dezembro, foram registrados 21 abortos, sendo que a população deste município gira em torno de 30 mil habitantes, e neste contexto se insere as mulheres em fase reprodutiva, o que resulta numa taxa de incidência de 0,7 abortos para cada 1.000 habitantes. Acredita-se ainda, que muitos dos abortos ocorridos neste município, não são registrados adequadamente e passam despercebidos pelos profissionais de saúde, sendo omitidos ou negligenciados pela população feminina e seus familiares, tanto nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), quanto no Hospital.

O interesse em abordar este tema surgiu ao longo de minha trajetória profissional, como técnica de enfermagem, trabalhando durante anos na área hospitalar. Neste período, participei de vários atendimentos de pacientes com abortamento. Enquanto acompanhava estes casos, me questionava se as emoções geradas nestas mulheres, seriam de alívio ou pesar profundo. Para o desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso, onde eu encerro minha caminhada acadêmica, não hesitei em optar por este assunto, pois serão abordados muitos aspectos de um momento tão delicado na vida dessas mulheres.

Considera-se ainda que o enfermeiro é o profissional com maior contato com mulheres em situação de abortamento e, portanto recebem informações sobre este processo de forma mais direta e às vezes até confidencial.

O objetivo desse estudo é analisar a visão dos enfermeiros em relação aos motivos apresentados pelas mulheres que passaram pelo aborto em um município do vale do Rio Pardo.

Apesar do tema apresentar-se complexo, o aborto faz parte da vida das mulheres, contudo implica em preconceitos e rejeições. Baseada nos fatos apresentados e reconhecendo a necessidade de discorrer e aprofundar os conhecimentos sobre o assunto, a pesquisa se justifica de extrema importância, principalmente para nós profissionais de saúde que enfrentamos essas dificuldades diariamente e ainda assim, possuímos resistências e prejulgamentos sobre o assunto, deixando de promover um cuidado humanizado e acolhedor, limitando-se às próprias opiniões.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 Questões Emocionais e Sociais que envolvem a Gestação

A gravidez sendo planejada ou não, ela desencadeia na gestante transformações físicas e psicossociais intensas, uma ambivalência nos sentimentos, conforme explica Camacho et. al (2010) é um querer e não querer, é uma transição, o momento em que a gestante se vê definindo pra si mesma a situação na qual se encontra.

Considerado um evento fisiológico, Assis et. al (2013) diz que a gravidez é uma experiência exclusivamente vivenciada por mulheres, fazendo com que as modificações no organismo feminino, comecem na primeira semana e perpetuem durante todo o período da gestação.

Em sua pesquisa Santos & Motta apud Winnicott (2014), aponta que algumas mulheres apresentam dificuldade em exercer o papel materno e ingressar em um estado psíquico especial denominado preocupação materna primária.

As alterações que ocorrem nas mulheres durante a gravidez, pode ser considerada como uma fase marcada por um estado de ansiedade, devido as mudanças que estão acontecendo e principalmente para a mulher que passa a ser vista de maneira diferente, não mais como mulher, mas sim como mãe (CAMACHO et.al, 2010).

Para muitas mulheres conforme relata Camacho et. al (2010), este período é caracterizado como um momento especial em suas vidas, porém nem todas pensam assim e podem desenvolver sentimentos negativos em relação a gestação, e para isso é importante considerar que existem inter-relações entre transformações gestacionais, auto-imagem e auto-estima feminina.

As mudanças ocorridas no período gestacional não são somente físicas, mas também psíquicas e sociais, pois é neste período que ocorre a maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando assim de atenção especial para manter ou recuperar seu bem estar e prevenir dificuldades futuras (ASSIS et. al, 2013).

Para Camacho et.al (2010), as mudanças que acontecem durante a gravidez com a mulheres, são as alterações mais significativas que o ser humano pode suportar, pois a gestação e o nascimento de um filho são considerados um evento psicossocial, atingindo a vida dos pais e das famílias profundamente.

A experiência da gestação é também um momento de desenvolvimento da capacidade de adaptação desta mãe e deve ser considerada uma conquista, mas para isso ela precisa de um ambiente acolhedor e facilitador, para que seu interesse e afeto se volte inteiramente para o filho (SANTOS & MOTTA, 2014).

## **2.2 O Período do Pré- Natal e suas Implicações**

O período do pré- natal é um tempo de preparação física e psicológica para o parto. Tornar-se pai / mãe é considerada um dos marcos de amadurecimento da vida adulta, sendo um momento de intenso aprendizado para os pais e para as pessoas próximas a eles (ALDEN, 2012).

As consultas de pré- natal regulares, segundo Alden (2012), iniciado após a primeira ausência menstrual proporcionam oportunidades para garantir a saúde da gestante e seu bebê. Garantindo assim a detecção, o diagnóstico e o tratamento de doenças maternas preexistentes e todos os transtornos que se desenvolvam durante a gravidez.

Um pré-natal precoce e regular reduz drasticamente a morbidade e mortalidade infantil e materna, conforme descreve Leifer (2013), pois a detecção no início da gestação de problemas potenciais leva à pronta avaliação e tratamento, o que melhora consideravelmente o prognóstico da gestação.

Leifer (2013), fala ainda que a gestação é um processo normal e o foco primário é a educação para o autocuidado, pois o período de mudanças no corpo da mãe atinge não somente a mulher, mas sim, toda a integridade familiar e portanto toda a família está incluída no planejamento assistencial.

As mulheres suspeitam de gravidez quando percebem a ausência menstrual em um ciclo. Muitas destas vão à primeira consulta de pré- natal, após a confirmação de um teste de gravidez realizado em casa, portanto a precisão de um diagnóstico é de extrema importância, porque as consequências emocionais, sociais, de saúde ou legais de um diagnóstico impreciso, seja positivo ou negativo, podem ser extremamente graves (ALDEN, 2012).



Porto et. al. (2011), relata que de acordo com a Lei do Exercício profissional de Enfermagem – Decreto nº94.406/87- o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro. No entanto a consulta de enfermagem no pré-natal é uma atividade que visa uma assistência progressiva e integral às gestantes saudáveis, reconhecimento de suas necessidades básicas, incentivo à participação da mulher em seu autocuidado, promoção do parto e puerpério sem intercorrências.

Viellas et.al. (2014), diz que a assistência pré natal é um importante componente da atenção à saúde da mulher, no período gravídico-puerperal, onde as práticas desenvolvidas durante a assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais. Fala ainda que o Ministério da Saúde, recomenda que a assistência pré natal deve inserir condutas acolhedoras, desenvolver ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias, detecção precoce de patologias e situações de risco gestacional, estabelecer vínculo com o pré natal e o local do parto, fácil acesso ao serviço de qualidade, desde o serviço ambulatorial básico até o serviço hospitalar de alto risco.

O Ministério da Saúde estabelece alguns parâmetros a serem seguidos pelos Estados e Municípios, na garantia da atenção do pré natal e puerpério, que são: Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; outro é a realização das atividades educativas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível; também o resgate do estímulo ao parto normal como ato fisiológico; realização da anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante, como também os exames laboratoriais, a classificação de risco gestacional e detecção de problemas (BRASIL, 2006).

### **2.3 Situações de Abortamento**

A OMS, define aborto como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo a perda do conceito até 20- 22 semanas de gestação completas, ou peso de 500 gramas (BRASIL, 2011).

### 2.3.1 Tipos de Abortamento

O abortamento pode ser classificado como precoce ou tardio, dependendo da idade gestacional. Quando ocorre até a 13ª semana de gestação, é chamado de abortamento precoce. Porém, quando o mesmo acontece no período entre a 13ª e 22ª semanas de gravidez, é definido como tardio. O aborto também pode ser espontâneo sem a ação intencional da descontinuação da gestação ou aborto induzido, com a manipulação de manobras mecânicas ou químicas que visem a interrupção da gravidez indesejada (BARROS, 2006).

A incidência dos abortos segundo Porto et. al. (2011), ainda pode ser denominado em Subclínico e Clínico. Subclínico ocorre em 50% dos casos praticamente, acontecendo antes da próxima falha menstrual, e Clínico ocorre após a confirmação da gravidez.

Porto et. al. (2011), fala ainda que as anormalidades cromossômicas são as causas mais comuns de abortos, correspondendo por cerca de 50 a 60 % dos abortamentos espontâneos clínicos e subclínicos e estes antes da 15ª semanas de gestação. Explica que esses abortos são consequências de fertilização de gametas anormais ou irregularidade na divisão embrionária.

ALDEN (2012), também cita que de todas as perdas de gravidez clinicamente reconhecidas pelo menos 50% são resultados de anormalidades cromossômicas, entre outras, ainda inclui os desequilíbrio endócrinos, fatores imunológicos, doenças sistêmicas e fatores genéticos.

Aborto espontâneo ainda é classificado de acordo com suas manifestações clínicas. Nettina (2011), explica em sua obra que ele pode ser denominado: ameaça de aborto, que é quando se inicia com escape vaginal, cólicas leves, hipersensibilidade dolorosa sobre o útero, lombalgia persistente com impressão de compressão pélvica, colo fechado ou ligeiramente dilatado, onde os sintomas retrocedem ou se estendem para aborto inevitável; já no aborto inevitável, o sangramento é mais volumoso, apresenta dilatação e ruptura da bolsa amniótica e as contrações uterinas dolorosas; no aborto habitual, é quando ocorre em várias gestações com três ou mais episódios consecutivos de abortamento; o aborto incompleto geralmente o feto é eliminado, porém, placenta e bolsa amniótica permanecem retidas; e no aborto retido, ocorre o óbito do feto no útero ficando retido,

acontece maceração, porém, sem sintomas de aborto, o útero e as mamas retomam o tamanho normal.

Existe ainda, o aborto infectado, caracterizado por uma complicação do abortamento incompleto, que está associada à manipulação da cavidade uterina, na tentativa de provocar o abortamento, acontece a contaminação por bactérias da flora vaginal. O quadro se caracteriza por elevação da temperatura, sangramento vaginal de odor fétido, acompanhado de dores abdominais ou eliminação de pus através do colo uterino (PORTO et. al., 2011).

Esse tipo de abortamento conforme o que aponta Porto et. al. (2011), inicia-se pela endometrite, quando não tratado adequadamente evolui para peritonite, choque séptico e morte materna. No entanto é classificado clinicamente em três tipos:

Tipo I – Quando a infecção é limitada à cavidade uterina e ao miométrio, com discreto sangramento e temperatura próxima aos 38°C, com cólicas discretas e contínuas e pequeno sangramento.

Tipo II – A infecção abrange o peritônio pélvico e anexos. Sangramento de odor fétido, temperatura mais que 39°C, acompanhada de taquicardia, desidratação, dores constantes e defesa a palpação pélvica, útero amolecido e dificuldade ao toque vaginal, devido a presença da dor.

Tipo III – A infecção é generalizada, com presença de peritonite choque séptico. Apresenta hipertermia, associada a hipotensão arterial, desidratação e anemia. O estado geral apresenta-se comprometido. Na USG, observam-se imagens de restos ovulares e/ou coleções purulentas no fundo do saco de Douglas.

Incompetência Istmo – Cervical é definida pelo mau funcionamento da musculatura Istmo – cervical de permanecer o colo uterino fechado, impossibilitando a permanência fetal até o fim da gravidez, sendo uma das causas de abortamento tardio ou parto prematuro (PORTO et. al., 2011).

Quanto ao Abortamento Eletivo previsto em Lei, Porto et. al. (2011), define as seguintes situações permitidas para serem realizadas no Brasil, que são: abortamento em situações de risco para a gestante, definida como abortamento terapêutico, quando há doenças graves para a gestação podendo trazer risco de vida a paciente; abortamento pós estupro, neste caso a paciente deve apresentar o boletim de ocorrência policial e o laudo do Instituto Médico Legal comprovando o estupro e quando houver mal formações graves, incompatíveis com a vida, mas a interrupção da gestação só será permitida perante autorização judicial.

## 2.4 Perfil das mulheres em situação de abortamento

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que no mundo todo, cerca de 500 mil mulheres, morrem a cada ano de causas relacionadas à gestação em países desenvolvidos e que as complicações de aborto são responsáveis por 15% do total das mortes maternas a cada ano. Santos et al (2011), diz ainda que estas práticas da interrupção da gravidez, espelha as desigualdades sociais brasileiras, já que as mulheres de classes sociais menos favorecidas são as mais expostas aos procedimentos inseguros.

Santos et. al (2011), ainda relata que o aborto tem sido estudado por diversos autores e sob diferentes abordagens sociais, é um elemento da grande prevalência na mortalidade materna, além de estar associado a falta de assistência médica, acesso as informações e métodos contraceptivos.

Para Silva & Andreoni (2012), apesar dos numerosos estudos sobre aborto, poucos traçam o perfil epidemiológico das mulheres que recorrem a tal prática, quer seja pela dificuldade de obter informações verdadeiras sobre o evento, quer por ser ilegal e condenado moralmente, levando a omissão voluntaria ou errônea, ou pela falta da uniformidade entre as medidas e /ou condução das análises estatísticas empregadas pelos autores.

Silva & Andreoni (2012), também falam da dificuldade de avaliar com precisão os níveis e tendências do aborto induzido devido a obstáculos e particularidades no levantamento das informações básicas. Dizem ainda, que essa dificuldade se prendem tanto ao fato de se tratar de uma prática ilegal e clandestina, quanto aos fatores psicológicos, sociais, religiosos e culturais associados ao aborto.

A ilegalidade do aborto no Brasil traz consequências negativas para a saúde das mulheres. Os resultados comprovam que pouco se reduz desta prática e se mantem a desigualdade social, uma vez que os riscos impostos pela tal ilegalidade são vividos principalmente pelas mulheres menos escolarizadas, mais pobres e que não têm recursos médicos para o aborto seguro (SILVA & ANDREONI, 2012).

Monteiro, Silva & Sousa (2015), relatam que mulheres que possuem salario, procuram pessoas habilitadas em clínicas especializadas, para que possam ter a assistência necessária, enquanto aquelas sem renda financeira, buscam lugares clandestinos com pessoas despreparadas, o que favorece o risco de complicações.

Brito, Santos & Silva (2015), confirmam em pesquisa realizada que as mulheres que passaram pela experiência do abortamento, nas diferentes localidades do Brasil classificam –se como: mulheres jovens, não brancas, católicas e com parceiro fixo.

Para Brito, Santos & Silva (2015), o controle masculino na contracepção feminina, ainda é muito evidente, refletindo em muitas relações estáveis, onde a mulher, possui dificuldade de empregar alguns métodos contraceptivos, ficando susceptíveis a gravidezes sem planejamentos.

Monteiro, Silva & Sousa (2015), relatam em estudo realizado com adolescentes, que a falta do uso da camisinha por adolescentes do sexo feminino, muitas vezes é por imaturidade, por achar desnecessário ou para agradar o parceiro, que afirma, que o uso da mesma, diminui a sensibilidade na hora do ato sexual.

Alguns fatores ganham destaque na pesquisa de Monteiro, Silva & Sousa (2015), que cita o elemento socioeconômico, dizendo que apesar de atingirem diversas camadas sociais, há uma forte relação entre a pobreza, baixa escolaridade e baixa idade para a gravidez, citando o fato da redução global para a menarca e primeira relação sexual.

Brito, Santos & Silva (2015), também concordam dizendo que a maior parte das mulheres em situação de abortamento, são consideradas mulheres em idade jovem, com baixo poder aquisitivo e com vida sexual iniciada na adolescência.

## **2.5 Condições de Aceitação da Gravidez x Motivos Atribuídos pelas mulheres sobre Abortamento**

A gravidez é um acontecimento profundo na vida de uma mulher e de sua família. É um momento onde ela e seu parceiro são expostos aos desafios que implica na definição de seus papéis, trabalhando com conflitos prévios e controle destes (LEIFER,2013).

Alden (2012), diz que a maioria das mulheres tem sentimentos ambivalentes e intensos durante a gravidez, quer a gravidez tenha sido planejada ou não e que a presença simultânea desses sentimentos conflitantes é considerada uma resposta normal das pessoas que se preparam para um novo papel.

Borsari (2012), em seu estudo revela que a prevalência de transtornos afetivos em gestantes adultas e adolescentes chega a 45,6% dos casos, demonstrando o alto índice de distúrbios de humor durante a gravidez. Entende - se assim, como um momento na vida da mulher carregado de significados e sentimentos ambivalentes e é neste contexto que geralmente se dá a decisão de abortar.

A gravidez provoca na mulher alterações de humor desestabilizando seu estado emocional o que dificulta o vínculo mãe-feto, Borsari (2012), completa ainda que os fatores de risco mais frequentes associado à depressão no período gestacional, são: dificuldades financeiras, ausência de companheiro, suporte familiar e social, destacando-se em grupo de mulheres de baixa renda, negras e com baixos níveis escolares.

Bertolani & Oliveira (2010), também concorda que toda gravidez traz sentimento de ansiedade e/ou ambivalência, diante de sua constatação. Estes conflitos são potencializados, em maior ou menor grau, pelo fato da gravidez, planejada ou não, ser aceita ou rejeitada pela mulher. Tais sentimentos, poderão influenciar na ocorrência do abortamento.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo da Pesquisa**

O presente estudo se deu através de uma análise qualitativa de caráter descritivo, exploratório, pois considera um relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito e não pode ser traduzida apenas em números. Caracteriza-se a descrição das variáveis sem estabelecer relações entre elas, conforme cita Ferreira (2011).

Pesquisa exploratória, conforme explica Gil (2008), desenvolve, esclarece e modifica conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas com mais exatidão para pesquisas em estudos posteriores.

#### **3.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada em dois locais. O primeiro nas Estratégias de Saúde da Família e o segundo um hospital de médio porte, ambos situados em um Município do Vale do Rio Pardo, localizado na área central do Rio Grande do Sul, com uma população de 30 mil habitantes. Nas redes a Secretaria de Saúde do município, conta com: 03 ESFs, sendo compostas por, médicos, enfermeiras, dentistas, técnicos de enfermagem, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais e agentes comunitários de saúde, desenvolvendo um trabalho que engloba todo o cuidado com a saúde da mulher. Oferecem também, 01 Unidade Básica de Saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e uma Base do SAMU. O segundo local do estudo foi o único Hospital do município, que disponibiliza para a população 105 leitos, sendo que na obstetrícia, há 10 leitos, 08 leitos são para internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 2 leitos particulares.

O hospital possui em torno de 150 funcionários e um corpo clínico de 17 médicos, além dos médicos plantonistas, um total de 12 enfermeiras e em média 45 técnicos de enfermagem. No setor da obstetrícia, a equipe profissional é formada por 3 médicos obstetras, 1 anestesiológico, 3 pediatras, 10 técnicas de enfermagem e 5 enfermeiras. O hospital é referência de cirurgias eletivas gerais e internações em saúde mental, sendo que, em sua maioria os atendimentos são pelo Sistema Único de Saúde.

Serviram de campo para este estudo as estratégias de saúde da família, onde ocorre o acompanhamento de saúde das mulheres e na obstetrícia, que dispensa todo o cuidado com a gestação e suas complicações e são atendidos partos vaginais, cesárias e abortos em pacientes internadas no hospital.

### **3.3 Sujeitos do Estudo**

Para Minayo (2014), os sujeitos do estudo caracterizam uma relação de intersubjetividade e de interação social com o pesquisador, resultado de um produto que não é a realidade concreta e sim uma descoberta construída e organizada nas mãos do investigador.

O estudo foi realizado com enfermeiros nas Estratégias de Saúde da Família e com os enfermeiros do hospital que atendem o setor obstétrico, totalizando 09 sujeitos.

Os critérios utilizados para inclusão neste estudo foram que somente os enfermeiros que estivessem trabalhando nas ESFs e os enfermeiros que trabalhassem no hospital e atendessem o setor da obstétrica, com experiência de no mínimo seis meses. Critérios de exclusão foram os enfermeiros que estivessem no período de experiência e com menos de seis meses de tempo de serviço nas instituições de saúde e os que não estivessem dispostos a participarem do estudo. Os participantes foram identificados por siglas que representam as iniciais da categoria profissional de cada trabalhador e números, sendo os números correspondentes à ordem cronológica das entrevistas, da seguinte forma: E.E.1 (Enfermeiro da Estratégia 1), E.E 2 (Enfermeiro da Estratégia 2); E. H. 1 (Enfermeiro de Hospital 1), E. H. 2 (Enfermeiro de Hospital 2).



### **3.4 Instrumento para Coleta de Dados**

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento, tendo uma questão norteadora para respostas livres (ANEXO A). A técnica utilizada para o preenchimento do instrumento foi uma entrevista individual, o que contribui positivamente no desenvolvimento de relações mais próximas, sendo que a pesquisa de campo conforme Ferreira (2011), é de extrema relevância, por se tratar de um método direto da realidade para análises posteriores. Os enfermeiros foram abordados em suas unidades de trabalho.

Foram entrevistadas 9 enfermeiras, todas do sexo feminino, 03 enfermeiras da Saúde Pública que trabalhavam nas Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 06 enfermeiras que trabalhavam no Hospital e atendiam o setor da Obstetrícia. Apenas uma não deu resposta à solicitação para participar na pesquisa. O primeiro contato foi por telefone, marcando horário apropriado para a realização das entrevistas, e estas se deram no mês de Outubro de 2016.

O formulário ainda apresentava algumas questões como: idade, naturalidade e tempo de serviço nas instituições, além da seguinte pergunta norteadora: “Qual a sua visão em relação aos motivos apresentados pelas mulheres que passaram pelo processo de aborto em suas unidades de saúde?”.

### **3.5 Procedimentos Éticos e Técnicos**

Para a realização desta pesquisa, as instituições receberam o Projeto de Pesquisa para avaliações e conhecimento do estudo que seria realizado, nas respectivas unidades. Após foram entregues a carta de aceite, que foram assinados, autorizando a realização do presente estudo em suas Instituições e posteriormente enviado aos responsáveis pela análise e comitê de ética. Após aprovação, foi iniciada a pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unisc sob Nº 1.758929.

As entrevistas foram realizadas após a explanação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B), enfatizado que as informações obtidas seriam mantidas no anonimato e sigilo, conforme Resolução 466/12, que orienta os estudos realizados com os seres humanos.

As assinaturas nos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido se concedeu em duas vias, uma permaneceu com a entrevistada e a outra ficou sob responsabilidade do pesquisador que guardará confidencialmente por 5 anos. Só foram entrevistadas as participantes que assinaram o documento. Neste mesmo momento, foi explicado à elas, que poderiam desistir da pesquisa em qualquer momento, sendo um direito seu, não havendo problemas.

O uso do questionário é considerado um método seguro e suas informações serão mantidas em sigilo, não havendo riscos para os sujeitos participantes. Não foi utilizado nenhum tipo de gravação e sua imagem também foi preservada.

Os sujeitos não desembolsaram nenhum valor, os valores utilizados com a pesquisa, ficaram a cargo da pesquisadora. Os resultados da pesquisa serão apresentado em uma banca de trabalho de conclusão de curso na Universidade de Santa Cruz do Sul.

### **3.6 Análise de Dados**

Para análise dos dados neste estudo, estes foram distribuídos em uma Planilha de Repertório (ANEXO C), realizando uma pré análise da frequência com que os termos/ motivos foram se apresentando. Após foi utilizada como técnica a Análise de Conteúdo.

Na análise, conforme cita Gil (2008), o objetivo é organizar e sintetizar os dados, de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema que foi sugerido para investigação.

Primeiramente, foram distribuídos na planilha de repertório e realizado uma pré-análise dos dados, que para Minayo (2014), consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais da pesquisa.

Na sequência, a exploração do material, que consiste numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo da compreensão do texto e investiga categorias ou expressões significativas, onde o conteúdo foi organizado (MINAYO,2014).

E por fim se realizou a Análise de Conteúdo que segundo Minayo apud Bardin (2014), é uma técnica de análise que permite tornar replicáveis e válidas as deduções sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Na análise, algumas falas dos enfermeiros foram se repetindo e ganharam pontuações, conforme sua frequência. Foram consideradas como muito frequente, respostas que corresponderam de 4 a 9 enfermeiras apresentando o mesmo significado/ motivo em suas falas, razoavelmente frequente de 2 a 3 enfermeiras apontaram o mesmo significado e pouco frequente quando apontado apenas por 1 enfermeira.

Estes conteúdos apontados pelas enfermeiras foram sendo colocados na planilha, conforme se apresentavam a partir da questão norteadora, como apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 - Planilha de Repertório

Termos (Motivos)	<b><u>Ocorrências</u></b>		
	Muito Frequente (4 a 9 citação)	Razoavelmente Frequente (2 a 3 citação)	Pouco Frequente (1 citação)
Decisão Própria	X		
Questões Familiares, Relacionamentos	X		
Anonimato do Pai		X	
Negação da Gestação	X		
Segurar Casamento		X	
Planejamento Familiar	X		
Múltiplos Parceiros		X	
Pressão do Cônjuge		X	
Apoio Familiar		X	
Pré julgamento da equipe		X	
Aborto Espontâneo		X	
Esforços físicos			X
Primeira Gestação			X
Ansiedade			X
Medicamentos		X	
Orientações, Informações	X		
Participação do pai			X
Expectativa		X	
Culpa	X		
Negligência		X	
Impulso		X	
Alívio		X	
Estresse			X
Pré natal inadequado		X	
Reincidência		X	

Medo		X	
Preconceitos			X
Número de Filhos	X		
Condição Financeira		X	
Atrapalha os planos		X	

Fonte: Dados da pesquisa (2016).

Foram encontrados 30 motivos através dos depoimentos dos enfermeiros. Destes os que se apresentaram como muito frequente, serão analisados um a um, os razoavelmente frequente serão agrupados e os poucos frequentes não serão analisados pelo pequeno significado que estes motivos tiveram para as enfermeiras entrevistadas. As análises ocorrerão no capítulo 4.

## 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise dos dados e discutidos os fatores atribuídos pelos enfermeiros relacionados ao aborto em uma cidade do vale do Rio Pardo.

Primeiramente estão relacionados os dados referentes aos sujeitos participantes do estudo.

### 4.1 Faixa etária das participantes do estudo

Em relação a faixa etária das participantes do estudo, observou-se que a maioria se encontra na faixa dos 41 a 50 anos de idade, do total das entrevistadas, conforme mostra o quadro abaixo:

Tabela 1 - Faixa Etária dos Enfermeiros Entrevistados

<b>Faixa Etária</b>	<b>Número de Enfermeiros</b>
21 a 30 anos	2
31 a 40 anos	2
41 a 50 anos	4
51 a 60 anos	1
Total	9

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

### 4.2 Tempo de Serviço na Instituição

Em relação ao tempo de serviço na Instituição, observou-se que a maioria apresentava-se com mais de cinco anos de trabalho, o que pode nos indicar, que já possuíam alguma experiência profissional, vivenciando as intercorrências com mulheres no processo de aborto, conforme mostra o quadro abaixo:

Tabela 2 - Tempo de Serviço na Instituição

<b>Tempo de Serviço</b>	<b>Número de Enfermeiros</b>
1 a 5 anos	03
5 a 11 anos	01
11 a 21 anos	03
21 a 31 anos	02
Total	09

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Conforme depoimentos dos enfermeiros, em relação ao aborto vivido pelas mulheres que eles assistiram, alguns motivos foram apontados como muito frequente e outros como razoavelmente frequente. Estes são apresentados e analisados a seguir.

#### **4.3 Decisão da Mulher em Abortar Induzidamente**

Um dos motivos apontados por 04 das enfermeiras entrevistadas, é o de que a mulher tem decisão própria, isto significa, que quando está determinada e não deseja levar a gestação adiante, ela aborta induzidamente.

Confirmando isso em pesquisas, Santos et.al. (2013) fala que várias são as causas que levam ao abortamento, e algumas destas são indeterminadas, mas muitas são decisões pessoais da mulher.

Souza e Diniz (2011) dizem que, em algumas situações, as mulheres estão decididas a abortar independente da vontade e/ ou aceitação do companheiro, mesmo que sua ação ponha a vida em risco, assumindo assim, o direito em relação ao corpo, e os prejuízos que o ato possa lhe trazer.

*“Para muitas mulheres não existem motivos para abortar, simplesmente porque não querem”.*

*E.H.4*

Para Dantas, Diniz & Couto (2011), nos dias atuais, as mulheres estão ocupando posições antes vivenciadas somente pela figura masculina, como a busca por uma carreira, sustento da casa, entre outras atribuições tradicionais de sua incumbência. E a decisão pelo aborto exigem dela passar por questões culturais enraizadas, preocupações e exigências do mundo atual.

*“Provocam geralmente pelo filho não ter sido desejado”.*

*E.E.3*

A confirmação de uma gravidez é um período em que a mulher reflete sobre suas condições de vida, conforme cita Santos e Brito (2014), que diz ainda que é neste período que ela analisa e decide pôr um fim à gestação, porém, não é algo realizado de forma impulsiva como o idealizado pelo senso comum, mas um período permeado de dúvidas e temores.

#### **4.4 Questões familiares e relacionamentos**

Em relação às questões familiares e relacionamentos, o estudo mostra que 04 enfermeiras acreditam que os abortos muitas vezes tem relação com questões familiares e de relacionamento e que a estrutura familiar é a base para se levar uma gestação adiante.

*“Em alguns casos existe a influência dos parceiros em relação ao aborto...não se cuidou... responsabilizando somente a mulher”.*

*E.H.6*

SANTOS & BRITO (2014), afirmam que a magnitude e o tipo de relação afetiva vivenciadas pelo casal é o que vai encorajar e incentivar a decisão de ser pai ou mãe, porém, em uma gestação inesperada, serão levados em conta os projetos e sonhos de ambos, relativos a uma união familiar, bem como ainda, estabelecimento para o resto da vida de vínculo um como outro.

*“Relacionamentos extra conjugais ou namoros existe pressão dos pais no aborto”.*

*E.H. 4*



O medo da reação é vivenciado pelas mulheres, dentro da própria familiar, pelo julgamento de valores referentes as mulheres que engravidam sem planejamento e sem parceiro fixo, de maneira geral, perpetua a desigualdade de gênero responsabilizando somente a mulher diante do ato do aborto (SELL et. al., 2015).

#### **4.5 Negação da Gestação**

Em relação a negação da gestação, o estudo nos mostra que 06 das enfermeiras entrevistadas, a citaram como influência nos casos de aborto, isto é, gerando sentimentos negativos, fazendo com que o corpo não reconheça aquele ser, contribuindo assim, para expulsão espontânea ou provocada do embrião.

*“Pacientes apresentam –se relapsas em relação a gestação”.* E.E.2

Muitas vezes a confirmação de uma gestação não planejada, desperta diversas sensações nas mulheres, como tristeza e desespero, trazidas pela circunstância dessa aceitação em suas vidas (SANTOS & BRITO, 2014).

*“Pacientes que não querem a gestação, geralmente são negligentes a sua condição, inconscientemente”.* E.H.2

A negação da gravidez é o principal motivador na vivência de emoções negativas. Santos e Brito(2014) falam ainda que pesquisas identificaram estes sentimentos, principalmente diante da descoberta da gravidez em mulheres que provocaram o aborto em relação àquelas que cujo evento acontece de maneira espontânea.

#### 4.6 Planejamento Familiar

Quanto ao planejamento familiar, observa-se no estudo que 07 das enfermeiras entrevistadas citaram o planejamento familiar como sendo deficiente, conforme o que se segue:

*“Acredito que o planejamento familiar não está muito presente”.* E.H.2

Gravidezes indesejadas estão diretamente ligadas ao alto índice de abortos induzidos. Isso ocorre porque as mulheres se encontram desamparadas em seu direito à saúde e muitas vezes recorrem à prática clandestina do aborto. Para Santos et. al. (2013) este fato se dá pela ineficácia de observância na oferta de acesso a atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres.

*“Não existe planejamento familiar, falta orientação em todas as classes”.*  
E.H.1

O planejamento familiar deve propiciar à clientela o conhecimento de todos os métodos que possam evitar uma gravidez indesejada e que sua escolha seja livre, esclarece Santos et. al. (2013), pois é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde.

#### 4.7 Orientações e Informações

O estudo também nos mostra que receber orientações e informações, também é um assunto bem pertinente, sendo citado na entrevista por 05 enfermeiras. Acreditam que falta muita orientação em relação ao planejamento familiar e com isso aumentam os riscos para a saúde mulher. Porém, as informações e orientações precisam alcançar também alguns profissionais de saúde, que muitas vezes, por diversos motivos, desde falta de conhecimento e falta de comprometimento, deixam de prestar uma assistência adequada e humanizada.

*“...nas classes baixas acontecem com mais frequência, por falta de informação”.* E.H.3

Para o Ministério da Saúde (2011), orientação é o repasse de informações necessárias à condução de um processo, tomada de decisão e ao autocuidado, sendo muito importante que o profissional se certifique de que a mulher tenha esclarecido todas suas dúvidas para garantir uma decisão informada.

A falta de conhecimento da maioria dos profissionais de saúde, sobre seus princípios éticos que regem sua profissão, os torna negligentes, desqualificando o cuidado com condições precárias dos serviços que prestam à saúde reprodutiva da mulher (STREFLING et. al., 2015).

#### **4.8 Sentimento de Culpa**

Observa-se também no estudo que a culpa foi citada por 05 enfermeiras na entrevista. Elas consideram que mulheres que passaram pelo aborto, seja ele provocado ou não, sentem –se culpadas pelo ocorrido. Podemos confirmar isso nas falas abaixo:

*“Seja qual for a situação de aborto espontâneo ou provocado, gera na mulher sentimento de culpa”.*

*E.H.2*

*“Mulheres relatam não terem culpa pelo aborto, mas se sentem culpadas de não terem feito um pré natal adequado”.*

*E.H.3*

O aborto provocado gera uma diversidade de sentimentos, conforme cita Borsari (2012), pois este período é permeado por medo, isolamento, culpa, rejeição, negação, felicidade, conforto e aceitação. Tal experiência causa ruptura- crise, na vida das mulheres, implicando na necessidade de reconstrução de sua identidade.

Complementa ainda que a mulher que aborta, apresenta sentimento de culpa e que muitas vezes essa culpa é agravada pela ambivalência que a gravidez possa ter causado, fazendo com que a mulher sinta que desejou a morte do filho (BORSARI, 2012).

#### 4.9 Número de Filhos

Outro motivo questões citado pelas entrevistadas foi o número de filhos; 05 enfermeiras confirmaram que o número de filhos pode ser considerado um fator relevante para o aborto, pois mulheres que apresentam mais filhos se preocupam menos com aborto, percebe-se isso nas falas abaixo.

“Gestantes com mais filhos se preocupam menos com os abortos”. E.E.3

Existem muitos fatores que podem contribuir para a prática ou não de abortamento, sendo a gravidez planejada ou não, conforme citado em pesquisa por Bertolani & Oliveira (2010), como situação conjugal, condições socioeconômicas e a existências de outros filhos.

*“Nas classes inferiores, não há preocupação com a quantidade de filhos, é base da família, feminilidade da mulher é ser mãe”.* E.E.1

SANTOS et.al. (2013) também afirma que o aborto espontâneo ou provocado acontece com mais frequência em mulheres não brancas, com um ou mais filhos e que vivem em união estável com seus companheiros.

#### 4.10 Abortos espontâneos e Medicamentos

Citados também no estudo pelas entrevistadas, abortos espontâneos e medicamentos, apresentados na planilha como razoavelmente frequente, os abortos na maioria, são classificados como espontâneos, porém os que ocorreram de forma induzida, geralmente, foram por indução medicamentosa. Algumas falas confirmam o que está sendo relatado:

*“Existem muitos casos de aborto em adolescentes, que o provocam clandestinamente através de medicamento”.* E.E.2

*“A maioria dos abortos que aconteceram de forma provocada é por medicamentos”.* E.H.1

*“...tomou vários Cytotec e abortou.”* E.H.6

Estudos recentes concordam que a maioria dos abortos são espontâneos e que ocorrem entre 9 a 12 semanas, considerando o primeiro trimestre, conforme cita Brito, Santos e Silva (2015), associando o fato da exposição das mulheres a fatores químicos e biológicos.

Anualmente milhares de mulheres recorrem à prática do aborto para isentar uma gravidez indesejada, mesmo sabendo de sua ilegalidade. Os métodos usados para esta prática insegura, conforme estudo, são os chás de ervas, objetos perfurantes e medicamentos, tais como o misoprostol, conhecido como Cytotec (BRITO, SANTOS E SILVA, 2015).

#### **4.11 Questões Sociais, Culturais e Psicológicas**

Alguns dos fatores citados na pesquisa pelas entrevistadas estão relacionados ao que envolve questões sociais, culturais e psicológicas, tais como: Anonimato do pai; segurar casamento; múltiplos parceiros; pressão do cônjuge; apoio familiar; pré julgamento da equipe; expectativa; negligencia; impulso; alívio; pré natal inadequado; reincidiva; medo; condição financeira; atrapalha os planos. Como não foram muito frequente, porém, não menos importantes, foram agrupados e serão analisadas a seguir.

Em estudo Nomura et. al. (2011) relatam que mulheres que apresentaram aborto na primeira gravidez, apresentam 65% de chances de desenvolverem depressão do que mulheres que em sua primeira gravidez resultou em nascimento.

Esclarece ainda, que a experiência psicológica da mulher em relação ao aborto, não é constante, variando conforme suas características pessoais, aos eventos em que se associam a gravidez, suas circunstâncias e relacionamentos no momento do aborto (NOMURA et. al., 2011).

*“Não existe diferença de classe sociais, depende do que a mulher está vivenciando no momento e os laços afetivos”.* E.H. 2

O aborto é visto com um problema de saúde pública pelo fato de que, quando à mulher não aceita levar uma gestação adiante, se obriga a utilizar métodos clandestinos para abortar, pois não é oferecido uma assistência em hospitais para que ela não corra os riscos de infecções e complicações desta prática (VIDAL,2011).

O mesmo autor, ainda reforça algumas das motivações mais frequentes para a interrupção da gestação na vida das mulheres, citando a falta de condições de criar o filho, sendo inadequadas e precárias, sem a presença do pai, renda fixa, sem apoio familiar e condições emocionais adversas (VIDAL,2011).

Para algumas mulheres o processo decisório do aborto é vivenciado por elas de forma estressante e sofrida, pois mesmo diante do desejo de interromper o ciclo, existe um conflito em relação a censura e os julgamentos morais que esta prática traz (SANTOS E BRITO, 2014).

Algumas reações dominam a mulher, quando esta se depara com uma gestação que não é bem-vinda, como desespero e preocupação. Inúmeras são as questões relacionadas a essas reações, como pelo fato de ter muitos filhos, rompimento do laço afetivo com o parceiro, condições financeiras e até mesmo em razão de sua própria saúde (BERTOLANI E OLIVEIRA, 2010).

Souza e Diniz (2011), explicam que em alguns casos, depois de um aborto seja ele provocado ou não, a mulher sente uma sensação de alívio, mas também vergonha já que o aborto fere a harmonia do convívio social.

Geralmente mulheres que passam pelo processo do aborto sofrem com preconceitos, pois as que cometem aborto são vistas na sociedade como criminosas. Vidal (2011) diz que isto não reduz o número de abortos, muito pelo contrário, a tendência é aumentar e fala ainda que é preciso grande apoio moral e auxílio para dar suporte a essas mulheres que cometem a interrupção da gravidez.

Devido a sua ilegalidade, dificulta a realização de um aborto seguro, mas não reduz sua incidência, cita Strefling et.al. (2015) em pesquisa, dizendo que as chances da mulher em realizar um aborto numa gestação não planejada é a mesma se a legislação à condena.

O mesmo autor ainda fala que profissionais da saúde tem consciência de que muitas vezes discriminam mulheres que induzem ao aborto. Muitas vezes, estes preferem prestar cuidado à gestantes, parturientes e puérperas do que à mulheres que provocaram o aborto. (STREFLING et. al. 2015).

*“...meu Deus gravida, eu questiono, porque não cuidou antes, existe tantos meios”.*

*E.E.1*

*“Existem também o pré julgamento de nós profissionais, inconscientemente acabamos julgando os abortos induzidos”.* *E.H.1*

O planejamento familiar e as precárias condições de atenção à saúde da mulher, são uma das principais causas de gestação não planejadas, levando ao aborto induzido, conforme cita Strefling et.al (2015). Porém, julga necessário que um atendimento satisfatório por parte dos profissionais de saúde, enfatizando as ações de promoção e interação, afim de, estimular a autonomia na mulher, prevenir a reincidência de novas gestações não planejadas, cuidado qualificado, contribuiria para redução da demanda e os custos do tratamento com o processo abortivo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem deste tema neste estudo contribuiu relevantemente para meu crescimento profissional, pois tive a consciência da grandiosidade do assunto vivenciado por profissionais de saúde todos os dias, relacionando as experiências de mulheres no processo de aborto e o olhar do enfermeiro nos diversos aspectos. As histórias trazidas às unidades de saúde são compartilhadas e acompanhadas pelos profissionais, que percebem os mais diferentes tipos de sentimentos e motivos expressados pelas mulheres, no que tange este processo.

Na apuração dos dados da pesquisa, muitas foram as justificativas dadas pelas entrevistadas no processo de aborto. A decisão de abortar fica nas mãos da mulher, que decide se vai ou não levar a gestação até o fim. Porém, a decisão está ligada ao que ela planeja para o seu futuro e ao ambiente familiar em que está inserida.

As questões familiares e de relacionamento são decisivas nas mulheres que engravidam sem planejar e principalmente sem um parceiro fixo. A falta de apoio da família deixa na mulher uma sensação de desamparo e solidão, o que muitas vezes, neste contexto, faz com que ela recorra ao aborto.

A negação da gestação, também mencionada, pode desencadear na mulher a intenção de provocar o aborto. Esta situação, talvez seja interpretada como uma atitude desumana da mulher, ao negar um filho gerado em seu ventre. Se este instinto materno e o amor pelo feto não se desenvolver, a chance dela abortar é grande, tanto por meios naturais como por indução.

O aborto é considerado um problema de saúde pública, pois está ligado diretamente às gravidezes indesejadas. O planejamento familiar também ganha destaque como um dos contribuintes para o aborto, devido às inúmeras gestações não planejadas. Estas situações dificultam a realização das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher, que não chegam a tempo para desenvolver os seus objetivos.



Outro dado importante citado na pesquisa, foi a falta de orientação e informações, no que diz respeito a este assunto tão polêmico. Os profissionais de saúde apresentam-se, muitas vezes, despreparados diante destas situações, munidos de preconceitos e julgamentos, deixando de prestar uma assistência de qualidade e humanizada. Mulheres que estão em situação de abortamento e que precisam de atendimento, podem calar-se por medo de retaliações e por sua ilegalidade. Isto prejudica o estabelecimento de um vínculo de confiança na equipe de saúde.

Constatou-se que a culpa está muito presente na vida destas mulheres, seja pelo fato dela ter provocado impulsivamente o aborto, por ter negligenciado seu estado gestacional ou simplesmente por motivos biológicos. Estas mulheres precisam de muito apoio e a enfermagem percebe esta situação e precisa estar preparada para confortá-las, porque muitas vezes é só disso que precisam.

Percebeu-se informalmente que, independente da classe social para o acontecimento do aborto e que nas classes sociais mais altas, o aborto talvez seja melhor planejado, permanecendo no sigilo. Isto pode trazer dados enganosos para os estudos que revelam que a maioria dos abortos acontece na população de baixa renda.

A quantidade de filhos é um dado relevante pois nos mostra que mulheres com mais de um filho se preocupam menos com os abortos. Este fato acontece por que a gestação não é encarada com tanto zelo, pois a necessidade de cuidados e atenção com filhos anteriores, tira-lhe o foco da gestação, se descuidando, levando ao abortamento espontaneamente, ou até mesmo, provocando.

Diante destas considerações, conclui-se que o aborto é um problema de saúde pública sim, mas precisa ser discutido entre todos os envolvidos, principalmente o enfermeiro, para que este, coloque um novo olhar sobre o tema. Investir no cuidado planejado e acompanhamento continuado, na promoção e prevenção da saúde de mulheres na fase sexual e reprodutiva, oferecer os métodos contraceptivos e dar informações educativas sobre o assunto para que suas escolhas sejam pautadas no conhecimento. Também convém fomentar capacitações aos profissionais da saúde, para que estes estejam preparados para enfrentar todo tipo de situação relacionada ao abortamento. É preciso que o serviço oferecido, assegure uma assistência de qualidade e humanizada e principalmente respeitosa às mulheres que vivenciam o aborto.

## REFERÊNCIAS

- ALDEN, Lowdermilk Perry Cashion; *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª ed. Abenfo/ SP; Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- ASSIS, C. L., BORGES, B.A., SOUZA, L. S., MENDES, T.S. P.; *Intervenção Psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal- RO*. UNESC/RO: Aletheia, 2013.
- BARROS, Sônia Maria Oliveira. *Enfermagem no Ciclo Gravídico-Puerperal*. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.
- BERTOLANI, Georgia Bianca Martins, OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. *Mulheres em Situação de Abortamento: estudo de caso*. São Paulo: Unifesp/. EPM, 2010. Acesso em: 15 de abril de 2016, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n2/06.pdf>
- BORSARI, Cristina Mendes Gigliotti; *Aborto Provocado: Vivência e Significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia*. Univ. de Med. de São Paulo; Programa de Obstetrícia e Ginecologia. São Paulo, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual Técnico: Pré Natal e Puerpério, Atenção Qualificada e Humanizada*. Serie Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos- caderno nº 5. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde *Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Série Normas e manual Técnico, caderno de Atenção Básica nº 26; Editora MS – Brasília, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Humanizada ao Abortamento. Norma Técnica; 2º ed*. Serie Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Cad. Nº 4 Brasília, 2011.
- BRITO, Rosineide Santana, SANTOS, Danyelle Leonette Araújo, SILVA, Amanda Barbosa. *Perfil de Mulheres em Situação de Abortamento Internadas em uma Maternidade Escola*: Rev. Enferm. Recife: UFPE, 2015. Acesso em: 12 de abril 2016, disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/6747-66505-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/6747-66505-1-PB%20(1).pdf)
- CAMACHO, Karla Gonçalves, VARGENS, O. M. C., PROGIANTI, J. M., SPÍNDOLA, T. *Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação: perspectivas de gestantes*. Ciência y Enfermaria XVI, 2010. Acesso em: 28 de maio 2016. Disponível em: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art\\_12.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf)
- DANTAS, L.C.N.; DINIZ, N.M.F.; COUTO, T. M.; *Percepção dos Homens sobre o Processo de Abortamento*. Rev. Rene, Fortaleza, 2011. Acesso em 06 de nov. de 2016. Disponível em: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_pdf/a16v12n2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_pdf/a16v12n2.pdf)

- FERREIRA, Haroldo da Silva. Redação de Trabalhos Acadêmicos nas Áreas das Ciências Biológicas e da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.
- GIL, Antônio Carlos; Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 5 ed. – São Paulo: Atlas, 2008.
- LEIFER, Glória. Enfermagem Obstétrica. 11.ed. Rio de Janeiro: Saunders Esevier, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed.- São Paulo: Hucitec, 2014.
- MORAIS, Lorena Ribeiro; *Saúde da Mulher: A Legislação sobre o Aborto e seu Impacto na Saúde da Mulher*. Brasília: Senatus, 2008.
- MONTEIRO, E.S.O.H., SILVA, I.P., SOUSA, S.S. *Perfil Socioeconômico e Epidemiológico do Aborto entre Adolescentes atendidas em uma Maternidade Pública de Teresina*. vol 8. Teresina: Centro Univ.Uninovafapi. Rev. Interdisciplinar, 2015. Acesso em: 15 de abril 2016, disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/171-1386-1-PB%20(1).pdf
- NETTINA, Sandra M. *Prática de Enfermagem*. 9ª ed. Volume 3; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- NOMURA, Roseli Mieko Yamamoto. *Depressão, aspectos Emocionais e Sociais na Vivência do Aborto: comparação entre duas Capitais Brasileiras..* Univ. de São Paulo. São Paulo. Ed. Elsevier Ltda ,2011. Acesso em: Outubro de 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v57n6/v57n6a10.pdf>
- PILECCO, Flávia Bulegon; KNAUTH, Daniela Riva; VIGO, Álvaro. *Aborto e Coerção sexual: o Contexto de Vulnerabilidade entre Mulheres Jovens*. Univ. Fed. Rio Grande do Sul. Cad. Rio de Janeiro: Saúde Pública,2011.
- PORTO, Fernando; ARAUJO, Luciane de Almeida; LEMOS, Adriana; CARDOSO, Thereza Christina. *Atenção À Saúde da Mulher: História, Aspectos Legais e Cuidado*. Rio de Janeiro: Ed. Água Dourada, 2011.
- SELL, SANDRA ELISA et al. *Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa*. Florianópolis, SC: Rev. Esc. Enferm USP, 2015. Acesso em: Outubro de 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt\\_0080-6234-reeusp-49-03-0502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0502.pdf)
- SANTOS, Ariane Gomes, et. al. *Perfil de Mulheres em Situação de Abortamento Atendidas em uma Maternidade Pública de Teresina-PI*. Fortaleza: Rev. René, 2011.

Acesso em 19 de abril 2016, Disponível em:  
[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3\\_pdf/a07v12n3.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a07v12n3.pdf)

SANTOS V. C. <sup>1</sup>, ANJOS, K. F. SOUZAS, R., EUGÊNIO, B. G.; *Criminalização do Aborto no Brasil implicações à Saúde Pública*. Univ. Estadual da Bahia, Rev. Bioética, Bahia: 2013. Acesso em: Outubro de 2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>

SANTOS, Kate Delfini; MOTTA, Ivonise Fernandes. *O Significado da Maternidade na trajetória de Três jovens mães: um estudo Psicanalítico*. Campinas: Universidade de São Paulo, 2014. Acesso em: 28 de maio de 2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v31n4/a06v31n4.pdf>

SANTOS, D. L.A.; BRITO, R.S. *Processo decisório do aborto provocado: Vivência de Mulheres*. Natal-RN: Univ. Fed. Rio Grande do Norte, 2014. Acesso em 01 de nov. 2016, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01293.pdf>

SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento; DINIZ, Normélia Maria Freire. *Aborto provocado: O Discurso das Mulheres sobre suas Relações Familiares*. Universidade Federal da Bahia. Florianópolis, 2011. Acesso em Outubro 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/13.pdf>

SILVA, Rebeca de Souza; ANDREONI, Solange; *Aborto induzido: uma comparação entre mulheres casadas e solteiras residentes na cidade de São Paulo em 2008*. São Paulo: Univ. Fed. de São Paulo, 2012. Acesso em 21 de abril de 2016, Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/11.pdf>

STREFLING, I. S. S.; FILHO, D. L.; DEMORI, C. C.; SOARES, M. C.; SANTOS, C. P.; *Cuidado de Enfermagem à Mulher em Situação de Aborto: Revisão Integrativa*. Rev Enferm UFSM. Bagé, RS: 2015. Acesso em Outubro 2016. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/12533/pdf>

VIDAL, Ariane de Fátima. *O ABORTO EM SEU ASPECTO SOCIAL E SUA POSSÍVEL DESCRIMINALIZAÇÃO*. Univ. Presidente Antônio Carlos; Facul. de Ciências Jurídicas e Sociais; Curso de Graduação em Direito. Barbacena: 2011. Acesso em 15 de nov.2016. Disponível em: <http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-b206ce483b0c9e2ed0198b8bcf99dd37.pdf>

VIELLAS, Elaine Fernandes et. al. *Assistência pré Natal no Brasil*. Rio de Janeiro: Cad. De Saúde Pública, 2014.

**ANEXO A****UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL- UNISC  
CURSO DE ENFERMAGEM****Formulário de Entrevista**

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

1 Codinome: \_\_\_\_\_

2 Idade: \_\_\_\_\_

3 Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_

**PERGUNTA NORTEADORA**

1 Na sua visão, quais os motivos apresentados pelas mulheres que passaram pelo aborto?

## **ANEXO B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **TCLE**

#### **O Processo de Aborto na Vida das Mulheres sob a visão do Enfermeiro**

Este estudo tem por objetivo verificar os motivos apresentados pelas mulheres que passaram pelo aborto em um município do vale do Rio Pardo, identificando as razões que elas atribuem a este fato sob a visão do enfermeiro.

Para coleta de dados e análise será realizada um questionário com uma pergunta aberta para respostas livres, que serão analisadas posteriormente em planilha de repertório e análise de conteúdo. Não será utilizado nenhum tipo de gravação e sua imagem será preservada.

Você poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, este é um direito seu, não havendo nenhum problema. O uso do questionário é considerado um método, seguro e suas informações serão mantidas em sigilo, não havendo riscos para os sujeitos participantes. Você não desembolsará nenhum valor, os valores utilizados com a pesquisa, ficará a cargo da pesquisadora.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;

- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Lidia Ana Correia dos Santos (Fone: 51- 98223964).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável pela obtenção do presente consentimento

**ANEXO C****PLANILHA DE REPERTÓRIO****SISTEMATIZAÇÃO DOS DADOS****O Processo de Aborto na Vida das Mulheres sob a Visão do Enfermeiro****Ocorrências**

<b>Termos (Motivos)</b>	<b>Muito Frequente</b>	<b>Razoavelmente Frequente</b>	<b>Pouco Frequente</b>