

PERCEPÇÕES DA ENFERMAGEM SOBRE GESTÃO E CUIDADO NO ABORTAMENTO: ESTUDO QUALITATIVO

Ivanete da Silva Santiago Strefling¹, Wilson Danilo Lunardi Filho², Nalú Pereira da Costa Kerber³, Marilu Correa Soares⁴, Juliane Portella Ribeiro⁵

¹ Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ivanete25@gmail.com

² Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: lunardifilho@terra.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: nalu@vetorial.net

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPeL. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: enfmari@uol.com.br

⁵ Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: ju_ribeiro1985@hotmail.com

RESUMO: Objetivou-se descrever a gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Estudo qualitativo, realizado na unidade de internação obstétrica de um hospital universitário do extremo sul do Brasil, por meio de entrevista semiestruturada com 19 profissionais de enfermagem. Para análise, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos mostraram-se ambivalentes. Alguns profissionais de enfermagem referiram que há interferência do comportamento discriminatório e pouca interação com a mulher, resultando na organização do cuidado focado nos aspectos clínicos. Outros consideraram o atendimento bom, independentemente da etiologia do aborto, apontando algumas iniciativas humanizadas como apoio emocional e provisão de um ambiente terapêutico privativo. Esta pesquisa amplia o leque de informações acerca da gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento, destacando a importância de articular percepções, sentimentos e comportamento ético com ações de planejar, gerenciar e cuidar.

DESCRIPTORES: Aborto. Cuidados de enfermagem. Gestão em saúde. Política de saúde.

NURSING PERCEPTIONS ABOUT ABORTION MANAGEMENT AND CARE: A QUALITATIVE STUDY

ABSTRACT: This study aimed to describe management and implementation of care for women hospitalized due to an abortion, from the perspective of nursing professionals. A qualitative study performed in an obstetric hospital unit of a University Hospital in the extreme South of Brazil, by means of a semi-structured interview with 19 nursing professionals. For the analysis, the Collective Subject Discourse technique was used. The statements were ambivalent. Some nursing professionals reported interference in discriminatory behavior and little interaction with the woman, resulting in care being organized with a focus on clinical aspects. Others considered care to be appropriate, regardless of the etiology of abortion, pointing out some humanized initiatives such as emotional support and provision of a private therapeutic environment. This research broadens the range of information about the management and implementation of care for women hospitalized due to abortion, highlighting the importance of articulating perceptions, feelings and ethical behavior with actions to plan, manage and provide care.

DESCRIPTORS: Abortion. Nursing care. Health management. Health policy.

LAS PERCEPCIONES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ABORTO Y GESTIÓN: ESTUDIO CUALITATIVO

RESUMEN: Este estudio tiene el objetivo de describir la gestión y realización de las mujeres hospitalizadas por abortamiento bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería. Estudio cualitativo, llevado a cabo en una unidad de Obstetricia del hospital universitario en el extremo sur de Brasil, mediante una entrevista semiestruturada con 19 profesionales de enfermería. Para el análisis, se utilizó la técnica del discurso sujeto colectivo. Los discursos eran ambivalentes. Algunos profesionales de la enfermería, comentaron que hay interferencia de un comportamiento discriminatorio y poca interacción con la mujer, resultando en la organización de la atención se centró en aspectos clínicos. Otros consideraron buena asistencia, independientemente de la etiología del aborto, señalando algunas iniciativas humanizadas como apoyo emocional y la provisión de un ambiente terapéutico privado. Esta investigación amplía la gama de información sobre la gestión y realización del cuidado con las mujeres hospitalizadas por abortamiento, poniendo de relieve la importancia de articular las percepciones, sentimientos y comportamiento ético con acciones para planificar, administrar y cuidar.

DESCRIPTORES: Aborto. Atención de enfermería. Gestión en salud. Política de salud.

INTRODUÇÃO

O tema aborto suscita calorosas discussões na sociedade como um todo. Sendo ainda vastamente praticado, apresenta-se como um desafio complexo para os profissionais de saúde, pois se trata de uma situação limite, que envolve questões de vida ou morte. Com a manutenção da legislação restritiva ou de ilegalidade, em diversos países, muitas mulheres, em decorrência de gravidezes não planejadas e indesejáveis, recorrem às práticas inseguras para interromper a gestação, constituindo esta condição causa base de cerca de 13% das mortes maternas.¹ O Relatório sobre a Situação da População Mundial² estimou que no ano, ou até o ano, de 2012 ocorreriam em torno de 80 milhões de gravidezes indesejadas e que 40 milhões delas, provavelmente, terminariam em aborto. No Brasil, somente no ano 2008, houve 215.000 hospitalizações do SUS por complicações de abortos, destes apenas 3230 foram abortos legais.³

Visando mudar esse cenário, nas últimas décadas a Organização das Nações Unidas promoveu diversas conferências mundiais para discutir a questão da saúde da mulher, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos. No decorrer das conferências ocorridas no Cairo, em 1994, e em Beijing, em 1995, e mediante a meta do milênio de reduzir três quartos da mortalidade materna entre 1990 e 2015, os governantes dos Estados participantes assumiram o compromisso em prestar atenção de qualidade a todas as mulheres para que, até 2015, estas consigam exercer tais direitos e obter acesso universal à saúde reprodutiva. No entanto, o alcance desta meta depende da efetivação das políticas públicas de saúde para a mulher.⁴

No Brasil, o aborto é considerado uma questão de saúde pública e que precisa ser enfrentada coletivamente, tanto o aborto espontâneo quanto o induzido. Isso conduz o discurso para além da moralidade e da legalidade, possibilitando o debate nos espaços dos serviços de saúde, entre gestores e profissionais, não somente no âmbito da saúde coletiva, mas, também, no ambiente hospitalar.⁵

Partindo desse entendimento, foi publicada, em 2005, a Norma Técnica Atenção Humanizada ao Abortamento (NTAHA), a qual foi reeditada, em 2011, com diretrizes para auxiliar os profissionais e serviços de saúde a garantir os direitos humanos das mulheres, dentre eles, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Essa norma traz a proposta de acolhimento, orientação e atenção clínica à usuária, procurando estabelecer uma re-

lação de confiança, deixando de lado o julgamento, a discriminação, os preceitos morais e religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de tomada de decisão da mulher.⁶

No hospital, local geralmente recorrido pelas mulheres com complicações relacionadas a ambos os tipos de aborto, o plano de como aplicar essas diretrizes constitui-se em um processo de gestão dos cuidados. Na enfermagem, a gestão do cuidado consiste em ações diretas e indiretas, em que o enfermeiro tem como principais atribuições organizar e coordenar as atividades assistenciais, assim como viabilizar os recursos, sejam eles de natureza material, humana e/ou organizacional, para que os demais profissionais da equipe de enfermagem e da equipe de saúde atuem.⁷

No entanto, para oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade às mulheres que se internam por abortamento, é preciso articular conhecimentos teóricos e práticos e possuir habilidade de comunicação e interação, sempre considerando a mulher como o sujeito do cuidado e suas necessidades como norteadoras das ações.^{6,8}

Ao analisar a produção científica sobre a temática, constatou-se que poucos estudos têm abordado a gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem.^{5,9} A grande maioria das publicações traz as percepções das mulheres sobre o atendimento recebido.¹⁰⁻¹²

A gestão do cuidado de enfermagem serve de ferramenta para o processo de cuidar. A qualidade da assistência consiste na constante troca de informações, ideias e percepções, entre os trabalhadores, contribuindo para o desenvolvimento de ações coordenadas, minimizando as diferenças e aproximando os membros das equipes de enfermagem em prol da mesma finalidade.⁸ Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo descrever a gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, com caráter exploratório-descritivo, pois possibilitou aprofundar o conhecimento sobre o tema estudado e a exposição das percepções e opiniões dos sujeitos da pesquisa sobre a realidade vivenciada.¹³ O local do estudo foi a unidade de internação obstétrica de um hospital público situado no sul do Estado do Rio Grande do Sul.

Foram sujeitos desta pesquisa 19 profissionais de enfermagem (sete Enfermeiros e 12 Técnicos de Enfermagem) que assistiam as mulheres hospitalizadas por abortamento e que aceitaram, espontaneamente, contribuir para esta investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizando a gravação das entrevistas. O total de participantes foi delimitado ao número de entrevistas que possibilitou atingir a compreensão do fenômeno estudado, caracterizado pela repetição das falas. Os participantes foram identificados pela inicial da categoria profissional mais o número sequencial da entrevista, exemplo: enfermeiro (E1; E2) e técnico de enfermagem (TE3; TE4).

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, contendo a seguinte questão: Como você percebe a gestão e a realização do cuidado de enfermagem que é prestado à mulher que se interna por abortamento? As entrevistas se realizaram durante o mês de novembro de 2012. As mesmas foram gravadas e logo depois transcritas na sua íntegra.

Os dados foram analisados e interpretados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que possibilitou reconstruir, com recortes de distintos discursos individuais, como em um quebra-cabeça, os discursos-síntese julgados necessários para expressar o pensamento coletivo dos participantes deste estudo sobre o fenômeno investigado.¹⁴

Inicialmente as entrevistas foram transcritas na íntegra. Em seguida, foram sublinhadas as falas individuais, trechos ou transcrições literais do discurso que continham a essência do depoimento, do conteúdo discursivo, chamadas de Expressões-Chave (ECH). Nestas foram destacadas as Ideias Centrais (IC), ou seja, nomes ou expressões linguísticas que descreviam de forma precisa e fidedigna o sentido de cada um dos discursos analisados. As ideias centrais de mesmo sentido encontradas nos discursos individuais foram unidas, formando uma ideia central síntese a qual abrigava o conjunto das expressões-chave referentes às mesmas. Estas expressões-chave foram organizadas em sequência para posteriormente constituir o DSC.¹⁴ Cada passo foi inserido no Instrumento de Análise de Discurso (IAD1), composto por colunas, e contendo, respectivamente: expressões-chave, ideias centrais e ideia central síntese.

Na sequência, iniciou-se a construção do DSC com um novo Instrumento de Análise de Discurso (IAD2); a ideia central síntese, que continha o agrupamento de expressões-chave das ideias

centrais que a formaram, compôs duas colunas no IAD2. A primeira com estas expressões-chave agrupadas, e a segunda, com o DSC que foi formado com as mesmas. Com a sequência dos trechos de expressões-chave, foram acrescentados conectivos para uni-las, obedecendo a uma coerência, com princípio, meio e fim do discurso. Neste processo de construção, foi necessário descursivar, partindo do mais geral para o mais particular. Por fim, eliminaram-se as repetições de ideias, os particularismos dos discursos individuais, para a estruturação do Discurso do Sujeito Coletivo.

Respeitaram-se os aspectos éticos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob o Parecer n. 101/2012.

RESULTADOS

Dos 19 sujeitos deste estudo, um era do sexo masculino. A faixa etária dos participantes variou entre 24 e 64 anos. O tempo de exercício profissional foi de seis meses a 45 anos. Optou-se por não limitar o período de atuação, para conhecer as semelhanças e/ou diferenças dos discursos em relação à temática.

Na fase de Interpretação, os dados referentes à gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento, sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes na unidade de internação obstétrica do hospital pesquisado, foram agrupados por categorias de Ideias Centrais (ICs). As mesmas serão apresentadas a seguir na forma de DSC.

IC - Gestão/Realização do cuidado influenciada por julgamento de valores

Nesta IC os entrevistados percebem que tanto a gestão quanto a realização do cuidado são deficitárias, pois, devido a pré-concepções, nem todos os profissionais sentem-se preparados e à vontade para interagir.

DSC – *Eu acho deficitário, porque é uma temática que envolve julgamento de valores. As pessoas pré-julgam. Se foi induzido, tem uma certa rejeição, que é expressa por meio de comentários como: “Ah! Abortou? Agora, vou deixar de lado”. Senão, o tratamento é como qualquer outro. Mas, no âmbito geral, depende de como foi. Não é muito bom. Eu falo por mim: se foi provocado, eu não consigo sorrir muito e o cuidado é realizado de acordo com aquilo que a pessoa acha. Então, tem que*

ter muito cuidado para lidar com esta situação. Não se aprofunda muito o assunto. A gente dá assistência, mas não fica perguntando muito, pois se acredita que esta mulher não está preparada para falar. Não é uma discriminação de não cuidar da paciente, mas tu ficas receosa do como falar. Percebo que, apesar de o cuidado em si ser o mesmo para todas as pacientes, muitos profissionais demonstram tratamento diferente, ao atender situações de abortamento. Não estão preparados para conversar (E2, TE3, TE4, E6, E12).

Neste DSC os conflitos de valores e a falta de qualificação profissional são apontados como justificativas para a fragmentação da assistência. Dessa forma, o trabalhador realiza somente os procedimentos técnicos e cala-se, frente à mulher, perdendo a oportunidade de criar vínculo e uma relação de empatia que propicie o fornecimento de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado.

Os valores pessoais são importantes, mas cabe aos profissionais de saúde separar crenças pessoais das práticas profissionais, pois as atitudes dos trabalhadores em relação às mulheres têm peso considerável. Encontros positivos tendem a aumentar a satisfação das mulheres e torná-las mais inclinadas a confiar no profissional e buscar atenção, no caso de problemas de saúde futuros.⁶

Além da discriminação e juízo de valores, os entrevistados apontaram a dificuldade de comunicação e interação, no decorrer do atendimento. Conforme exposto na IC a seguir, o relacionamento interpessoal trabalhador/usuário é influenciado pelas diferenças culturais e socioeconômicas.

IC - Gestão/Realização do cuidado influenciada pelos aspectos socioculturais

DSC - *Eu sinto, de maneira geral, que existe um constrangimento. São pacientes que, às vezes, não são muito cooperativas. Relutam em fazer a medicação, ficam rebeldes, chegam perturbadas, querem ir embora, de uma hora para outra, fogem do hospital e nós, como gestores dos cuidados, ficamos numa situação difícil. Em relação ao relacionamento com a equipe, depende do grau de instrução de cada paciente, da comunidade de que vêm... Tem muitas pacientes que são revoltadas porque são revoltadas e, quando acontece alguma coisa, desconfiam em quem está por perto. Tem, também aquelas pessoas que induzem o aborto e, após, se arrependem. Um são religiosas e acham que vão pagar por isso. Outras induziram devido à questão financeira. Então, a dificuldade maior é que, às vezes, a gente não sabe usar a*

expressão correta. A gente não pode dizer: Ah! Fizeste e, agora, vai se arrepender, por quê? O arrependimento faz parte do ser humano. Outras vezes, não é provocado. Aí, elas choram, sentem muito o bebê perdido, ficam mais tristes, deprimidas. É difícil! Nas duas situações. Fora isso, acho complicado conversar, quando tem familiar por perto. Porque, muitas vezes, elas têm pavor que os familiares saibam que foi um aborto provocado. Tu nunca sabes o que a paciente falou para o familiar. Tu vais revelar as coisas, ali, e não sabe o que o familiar sabe desta verdade (E1, TE2, TE5, TE11, E17).

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, onde ocorrem os maiores índices de gestações não planejadas e onde não se tem acesso ao aborto seguro, as mulheres mais vulneráveis são aquelas que vivem em situação de pobreza e com dificuldade de acesso à informação e à educação. A vulnerabilidade socioeconômica pode gerar baixa autoestima nas mulheres, fator predisponente para a exposição a situações de riscos à sua saúde.^{10,12} A noção da ilegalidade, para a maioria das situações de abortamento, também pode estar vinculada ao comportamento arredo das usuárias, mesmo que o aborto tenha sido espontâneo, pois, às vezes, elas não conseguem perceber, no profissional, o atendimento acolhedor que elas necessitam.

O exposto nos dois DSCs acima corrobora resultados de outras pesquisas realizadas^{10-12,15} quanto aos problemas enfrentados pelas usuárias de serviços de saúde, incluindo desde dificuldades de acesso a uma vaga para internação, falta de informações sobre as intervenções a serem realizadas, desconsideração quanto às necessidades das mulheres e à sua capacidade de compartilhar decisões, até situações de discriminação sofridas, durante a internação.

De acordo com pesquisa realizada para identificar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à legislação brasileira sobre o aborto provocado, 7,5% dos profissionais de enfermagem afirmaram desconhecer a legislação vigente.¹⁶ O desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a legislação e os aspectos éticos que estão relacionados ao aborto tende favorecer a assistência discriminatória, punitiva e prescritiva.^{6,17} Esta deficiência, além de dificultar o cumprimento da lei, nos hospitais e serviços de saúde, também interfere na qualidade do planejamento e execução do cuidado às pacientes que abortam, conforme foi relatado pelos participantes desta pesquisa.

Como as atribuições do profissional enfermeiro consistem em planejar, coordenar assistir

e educar, o cumprimento das recomendações do Ministério da Saúde, disposto na NTAHA, depende da organização do processo de trabalho. Nesse sentido, compete ao enfermeiro da unidade aliar o conhecimento teórico às atividades práticas, disseminar informações sobre as leis em vigência aos trabalhadores e aos usuários; proporcionar capacitação técnica, científica e humanística à equipe de enfermagem, possibilitando a utilização de medidas terapêuticas adequadas e o emprego de tecnologias apropriadas para o tratamento seguro, qualificado e humano, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde.^{1,16}

Outra questão apontada no último DSC refere-se às relações familiares. Na maioria das vezes, a mulher enfrenta a situação de abortamento sozinho, ou porque foi abandonada pelo companheiro e/ou familiares de origem, ou porque, por decisão pessoal, ela optou por interromper a gestação, assumindo o direito de decidir sobre seu corpo.¹⁷ Porém, em alguns casos, a sensação da mulher, depois do aborto, é de alívio, mas, também, de vergonha porque, socialmente, este é um ato que fere a moral. Sendo assim, ela teme ser julgada pelas pessoas de seu contexto social, pelos profissionais de saúde e pela própria família.¹⁸

Entretanto, quando acontece o contrário (a usuária estar acompanhada), os participantes mencionaram este fato como um obstáculo para a interação, pois, como eles não sabem o grau de ciência do ocorrido pelo acompanhante, temem prejudicar o relacionamento entre o profissional e a mulher e/ou entre a usuária e acompanhante. Neste caso, cabe aos trabalhadores de enfermagem partir da escuta ativa, oportunizando espaço e confiança para que a mulher possa quebrar o silêncio e falar de suas experiências.⁵

O profissional de enfermagem precisa pensar, falar e agir de forma mais neutra possível, durante a interação clínica, e adaptar seu comportamento e linguagem, de acordo com as pistas fornecidas pela mulher.¹⁷ Este é um momento importante para o trabalhador conhecer o contexto social e a situação de saúde da mulher e, a partir disso, formular um plano de ação, conforme a demanda identificada, cumprindo o que propõem as políticas de humanização. O exposto até o momento reforça aspectos de que sensibilidade e habilidade de comunicação são ferramentas imprescindíveis, no processo de gestão de trabalho da enfermagem, com as quais se pode transformar a consciência individual e coletiva, articular teoria e prática e qualificar as ações da equipe.⁷

Porém, a realidade expressa pelos participantes e confirmada por outros autores demonstra que a presença de diversas barreiras tem dificultado a transformação desse modelo verticalizado. Nesta pesquisa, algumas declarações tornam visível que a formação profissional induz a gestão do cuidado proporcionado às mulheres, o qual resulta, muitas vezes, em práticas voltadas somente às necessidades clínicas, conforme o DCS a seguir:

IC - Gestão/Realização do cuidado focado na atenção clínica

DSC - Em primeiro lugar, busca-se o risco à vida da paciente. A gente presta todos aqueles cuidados práticos, observa como estão os sinais vitais. Nesta avaliação, vai ser visto se o colo está aberto, se ela não está sangrando. Se já é uma gestação mais adiantada, dá para fazer ultrassom, para ver se o bebê tem batimentos fetais ou não. Os primeiros cuidados são estes, que fazem parte da rotina diária. Quando o aborto foi provocado, tem que ficar de olho porque tem que ver se ela expeliu o bebê e se o colo está fechando (TE2, TE8, TE10, E17, TE18, TE19).

Em geral, durante as práticas de saúde, incumbe aos profissionais de enfermagem visar dois aspectos básicos. O primeiro é preservar, respeitar e reconhecer a particularidade, a individualidade e a variabilidade das situações e necessidades das usuárias. O segundo aspecto é estar em conformidade com determinadas regras, regulamentos e valores gerais. Para dar conta desses aspectos, o profissional de enfermagem necessita inserir-se nos mais variados espaços relacionais e interacionais, de forma consciente e direcionada às necessidades específicas das mulheres para que sejam cuidadas de forma humana e integral.¹⁹

Seguindo esse percurso, no DSC seguinte os profissionais de enfermagem expõem uma visão positiva sobre a gestão e a execução do cuidado prestado às mulheres internadas por complicações de abortamento.

IC - A Gestão/Realização do cuidado às mulheres que abortaram vai ao encontro do modelo de atenção integral e humanizado

DSC - Eu acho que o cuidado é bom, é bem tranquilo. Está bem diferente de antes, quando os profissionais eram mais resistentes, agiam com mais frieza. Eu já trabalhei em pronto-socorro, onde a gente pegava as pessoas e botava no soro, levava para fazer cureta, e elas iam embora para casa e ninguém se preocupava não. Então, eu acho que o cuidado aqui está muito bom.

Não tem um cuidado especial, mas a gente tenta prestar o máximo de segurança para elas, no aspecto físico e no aspecto psicológico. A gente conversa com elas, faz os procedimentos técnicos e dá auxílio emocional. Quando o aborto é provocado, tem aquelas que não ficam muito preocupadas e tem aquelas que vêm demolidas. Para estas, a gente tenta dar um suporte psicológico maior: fica em volta, conversa, escuta. Às vezes, elas choram muito. Às vezes, não querem a nossa presença, outras vezes querem atenção. Então, tem que ter muito cuidado para lidar com esta situação. Se observar e ver que a coisa está ficando séria, que a paciente está ficando muito deprimida, a gente chama um profissional da psicologia para ficar junto, para ter um papo mais aprofundado, que a gente não consegue dar. Aquelas que não provocaram querem aquele cuidado, porque é como se um sonho fosse embora. Normalmente, elas se abrem e contam como aconteceu (E1, TE3, E5, TE7, TE11, TE13, TE16, E17).

Esta IC embasa a afirmativa de que há profissionais de saúde que reconhecem a problemática e assumem que a assistência não deve ser influenciada pela etiologia do aborto, pois se trata de relações humanas, e que, independentemente do ato, a mulher merece ser tratada com dignidade.¹⁶

O que foi observado nesse DSC também foi referido em outro estudo, no qual as mulheres investigadas consideraram o atendimento recebido durante sua hospitalização adequado às suas necessidades, o que contribuiu para que se sentissem acolhidas e seguras.¹² Porém, mulheres com experiências negativas de internações anteriores têm expectativas de que serão mal tratadas, por terem abortado. Quando episódios específicos não se confirmam, elas sentem-se surpresas com a qualidade do atendimento e tendem a avaliar positivamente o serviço, privilegiando o restabelecimento da saúde física e a possibilidade de retomada da vida cotidiana, sobretudo, considerando o longo percurso que muitas vivenciaram.¹⁰

Como a questão do aborto, por vezes, vem acompanhada de alterações psicológicas e mentais, alguns profissionais entrevistados, atuantes nas duas unidades pesquisadas, destacaram o apoio psicológico, o diálogo, a escuta, como iniciativas que favorecem a humanização do atendimento, independente da origem do aborto.

Sustentando tais discursos, autores de uma pesquisa realizada recentemente acenam que problemas mentais poderão surgir em decorrência do aborto, independentemente se a perda foi natural ou provocada. Com isso, afirmam que a identificação dos sinais e sintomas, precocemente,

possibilitará o encaminhamento da usuária para um profissional qualificado, evitando maiores sofrimentos.²⁰

Na perspectiva do cuidado integral e humanizado, a comunicação constitui parte do tratamento, sendo assim uma ferramenta fundamental no cuidado de enfermagem à mulher que se encontra fragilizada pelo processo abortivo.

Por outro lado, em relação ao processo de cuidado, houve participantes que consideraram fácil atender as mulheres que abortaram, porque acreditavam que elas são mais acessíveis e são pouco ou nada exigentes:

IC - A gestão/realização do cuidado: tranquilo, as mulheres não exigem nada

DSC - Para mim é tranquilo porque já trabalhei bastante com mulheres. Eu parto da visão de que cada uma faz o que quer. A vida é sua e eu não estou aqui para julgar, só para atender. Eu acho fácil de cuidar porque eu gosto muito de conversar. Falo daqui, dali, e elas ficam no cantinho delas, dão menos trabalho, não te cobram nada, porém, elas dão limite e, quando eu percebo, eu paro ali. Frequentemente, elas dão abertura, pedem pra conversar, dizem que já pediram laqueadura e não fazem, e tu não podes fazer nada, porque tudo é uma burocracia. Agora, quando o aborto foi espontâneo, elas ficam mais chorosas, perturbadas, porque queriam a gravidez, mas estas são fáceis de chegar, se abrem e a gente dá conselho (TE3, TE6, TE7, TE19).

Esse discurso, a princípio, parece refletir que o cuidado é planejado, gerido e executado conforme o que é recomendado pelo MS na NTAHA. Porém, pelo fato de as mulheres não possuírem muita expectativa quanto à qualidade dos cuidados prestados, elas podem ficar acudadas, não interagirem e contentarem-se com práticas de cuidado voltadas, sobretudo, à resolução das necessidades biológicas, conforme o modelo assistencial hegemônico.

Como expressão de condutas discriminatórias, os participantes apontaram que, em casos de abortos espontâneos, o relacionamento é mais tranquilo, pois as mulheres expressam-se mais facilmente e o acolhimento e as orientações acontecem com maior naturalidade. Isso pode ser entendido como um reflexo cultural, em que tanto as mulheres quanto os profissionais sentem-se seguros, por não estarem transgredindo nenhuma norma legal ou moral.

Quanto à organização da unidade, na próxima IC, percebeu-se que os profissionais de en-

fermagem apontaram que destinar um quarto ou enfermaria específicos para mulheres em aborto é um aspecto priorizado no gerenciamento do serviço, tanto pela questão da privacidade quanto para evitar infecções cruzadas. Porém, nem sempre essa situação é possível, devido à superlotação.

IC - Ambiência da Unidade de Internação Obstétrica

DSC - Aqui, é bem tranquilo. Uma coisa que a gente prioriza, na organização do serviço, é de não deixar a gestante ou puérpera junto com as que abortaram, porque tu nunca sabes. Quer dizer, algumas vezes, tu até sabes que podes causar um sofrimento, aumentar a tristeza daquela mãe que perdeu o filho, por ficar junto com a mãe que está amamentando. Como algumas têm aborto natural e outras induzem, a gente tenta prevenir para que elas não fiquem traumatizadas. Agora, quando as enfermarias estão muito lotadas, a tendência é colocar as mães que são HIV positivas e não estão amamentando, junto com as em abortamento. Mas, sempre, a gente prioriza uma unidade apenas para aborto, tanto para não gerar constrangimento quanto, também, pela questão de infecção (E2, E6 TE10, E12, E17).

Segundo o MS, um espaço acolhedor e privativo promove a sensação de comodidade, propicia a interação profissional/ usuária, ajuda na elaboração dos sentimentos, reduz a duração do período de internação, ao mesmo tempo em que permite aos profissionais de saúde uma conduta mais próxima à realidade ou necessidades da mulher.²¹ Também, serve como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, pois promove a otimização de recursos, aumenta o bem-estar dos trabalhadores e contribui para a redução de gastos.¹²

Portanto, a humanização do serviço de enfermagem implica a organização dessas unidades, adequando-as como ambientes acolhedores e confortáveis, que privilegiem a privacidade e o emprego de habilidades comunicativas, para a efetivação do cuidado integral, prestado por profissionais qualificados e comprometidos com a qualidade e eficácia do atendimento às mulheres internadas por aborto.

CONCLUSÃO

Os discursos dos profissionais de enfermagem acerca da gestão e realização do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento apontaram para uma visão ambivalente em relação às suas práticas. De um lado, os discursos deixam

implícitas a interferência do comportamento discriminatório e a pouca interação do profissional com a mulher, o que resulta na organização do atendimento focada nos aspectos clínicos e na fragmentação da assistência.

Por outro lado, em outras categorias de DSC, alguns dos profissionais de enfermagem reconheceram a importância de prestar um atendimento digno e humano, independentemente da etiologia do aborto, e apontaram alguns aspectos humanizados como a escuta, o apoio psicológico e o provimento de um ambiente terapêutico exclusivo e separado das demais pacientes, a fim de qualificar o atendimento.

Entretanto, para alcançar a meta de que todas as mulheres tenham seus direitos sexuais e reprodutivos garantidos, é preciso que os profissionais de enfermagem ampliem seu olhar sobre os fatores que envolvem o processo de abortamento. Para isso, é necessário que o gerente de enfermagem e sua equipe se desvinculem de estereótipos presentes na cultura social, no que tange ao aborto, e considerem a subjetividade de cada mulher ao planejar e implementar o cuidado.

Essas concepções devem ser abordadas tanto no decorrer da formação profissional quanto pela oferta de qualificações constantes à equipe para que, ao se depararem com situações de abortamento, não se sintam apreensivos, sem saber como agir, diante da problemática, e percam a oportunidade de interagir e esclarecer possíveis dúvidas das mulheres e/ou familiares.

O resultado desta pesquisa pode ampliar o leque de informações dos gestores/trabalhadores de enfermagem acerca do cuidado às mulheres hospitalizadas por abortamento. Além de subsídios técnicos e científicos, este estudo ressalta a influência das percepções individuais, dos sentimentos e do comportamento ético dos profissionais de enfermagem em relação ao desenvolvimento das ações de planejar, gerenciar e cuidar de forma adequada cada mulher que vivencia o aborto.

REFERÊNCIAS

1. Domingos SRF, Merhigui MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010; 14(1):177-81.
2. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [online]. 2011 May 28 [acesso 2013 Maio 18]; 377(9780):1863-76. Disponível em: <http://>

- www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611601384
3. Unfpa, Relatório sobre a situação da população mundial 2012. Por escolha, não por acaso: Planejamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento; 2012 [acesso 2013 Mai 22]. Disponível em: www.un.org/files/BOOK_SWOP_2012.pdf
 4. Singh S, Darroch J. Adding it Up: Costs and benefits of contraceptive services-estimates for 2012. Nova York (US): Guttmacher Institute e Fundo de População das Nações Unidas; 2012.
 5. Mortari CLH, Martini JG, Vargas MA. Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(4):914-21.
 6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica, 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
 7. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2):359-66.
 8. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):734-41.
 9. Gesteira SMA, Diniz NMF, Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso dos profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3):449-53.
 10. Aquino EML, Menezes G, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Alves S, Valongueiro AMCC. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1765-76.
 11. Bazotti KD, Stumm EMF, Kirchner RM. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(1):147-54.
 12. Mariutti MG, Almeida, AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007; 15(1):20-6.
 13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec-Abrasco; 2008.
 14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul (RS): Educus; 2005.
 15. Strefling ISS, Vasconcellos FC. A ética na enfermagem frente às situações de abortamento: uma revisão integrativa da literatura [trabalho de conclusão de curso]. Pelotas (RS): Universidade Católica de Pelotas; 2010.
 16. Benute GR, Nonnenmacher D, Nomura RM, Lucia MC, Zugaib M. Perception influence of professionals regarding unsafe in attention to women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(2):69-73.
 17. Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivência e cuidado no abortamento espontâneo: um estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs* [online]. 2011 [acesso 2013 Abr 29]; 10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236/html>http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236/html_1http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236/html_2
 18. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20(4):742-30.
 19. Backes DS, Backes MS, Sousa FGM, Erdmann AL. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciênc Cuidado Saúde*. 2008; 7(3):319-26.
 20. Swanson KM, Chen HT, Graham JC, Wojnar DM, Petras AJ. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009; 18(8):1245-57.
 21. Mulens RI. Análisis de los cuidados de enfermería ante las respuestas humanas en el aborto espontáneo. *Rev Haban Cienc Méd* [online]. 2009 [acesso 2013 Abr 29]; 8(3). Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000300019&lng=es&nrm=iso