

Assistência de enfermagem à mulher em risco iminente de abortamento ou aborto efetivo

Nursing assistance to women at imminent risk of abortion or effective abortion

Asistencia de enfermería a mujeres en riesgo inminente de aborto o aborto efectivo

Recebido: 01/12/2020 | Revisado: 06/12/2020 | Aceito: 16/12/2020 | Publicado: 18/12/2020

Joyce Kelly Araújo da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0160-7651>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: joyce_kelly97@live.com

Jank Landy Simôa Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8466-4880>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: jankalmeida@gmail.com

Luzibênia Leal de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8549-370X>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: luzibenia@gmail.com

Elisabete Oliveira Colaço

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3189-5121>

Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

E-mail: elisabetecolaco@gmail.com

Resumo

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez com expulsão do conceito, que segundo a Organização Mundial de Saúde deve ser até a 22ª semana de gestação ou com o produto expelido com peso inferior a 500 gramas. Apesar da subnotificação, o abortamento se mantém como uma importante intercorrência obstétrica, responsável por grande número de internações e morte materna. Objetivou-se analisar a assistência de enfermagem acerca do cuidado proporcionado as mulheres em processo de abortamento, de acordo com as evidências científicas. Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, com uso de um protocolo de busca adaptado para a coleta de dados secundários e análise categorial temática de conteúdo. A amostra foi composta de 29 artigos, as temáticas abordadas foram

categorizadas para os seguintes títulos: “*Aborto e o estigma social*”; “*Aborto sob a ótica da enfermagem: expectativa e realidade*”; “*Gestão do cuidado assistência em saúde no processo de abortamento*”; “*Assistência ideal: o que precisa ser melhorado?*”. Foi identificada uma assistência à mulher em abortamento ainda muito fragmentada.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Aborto.

Abstract

Abortion is defined as an interruption of pregnancy with expulsion of the concept, which according to the World Health Organization must be until the 22nd week of gestation or with the expelled product weighing less than 500 grams. Despite underreporting, abortion remains an important obstetric complication, responsible for the large number of hospitalizations and maternal death. The objective was to analyze nursing assistance on the care provided as women undergoing an abortion process, according to scientific research. An Integrative Literature Review was carried out, using a search protocol adapted for collecting secondary data and categorical thematic analysis of the content. A sample consisted of 30 articles, as the approaches were categorized for the following titles: “*Abortion and social stigma*”; “*Abortion from the perspective of nursing: expectation and reality*”; “*Care management: health care in the abortion process*”; “*Ideal assistance: what needs to be improved?*”. Assistance to women in abortion was identified as still very fragmented.

Keywords: Nursing; Nursing Care; Abortion.

Resumen

El aborto se define como la interrupción del embarazo con la expulsión del feto, que según la Organización Mundial de la Salud debe ser hasta la semana 22 del embarazo o con el producto expulsado que pese menos de 500 gramos. A pesar de la falta de informes, el aborto sigue siendo una complicación obstétrica importante, responsable de una gran cantidad de hospitalizaciones y muerte materna. El objetivo de este estudio fue analizar el apoyo de enfermería con respecto a la atención brindada a las mujeres sometidas a un proceso de aborto, según las evidencias científicas. Se realizó una Revisión Integral de Literatura, utilizando un protocolo de búsqueda adaptado para la recolección de datos secundarios y análisis categórico temático de contenido. La muestra constaba de 30 artículos, los temas cubiertos se clasificaron para los siguientes títulos: “*Aborto y estigma social*”; “*Aborto desde la perspectiva de la enfermería: expectativa y realidad*”; “*Gestión de la atención médica en*

el proceso de aborto"; *"Asistencia óptima: ¿qué se necesita mejorar?"*. Se identificó asistencia para mujeres en aborto, todavía muy fragmentada.

Palabras clave: Enfermería; Cuidados de enfermería; Aborto.

1. Introdução

Muito se discute sobre a importância de temáticas relacionadas ao abortamento em função da abrangência de seus efeitos deletérios sobre a saúde física e psicológica da mulher e familiares; assim, convém destacar o que o abortamento como a interrupção da gravidez com expulsão do conceito, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) deve acontecer até a 22ª semana de gestação, ou com o produto expelido com peso inferior a 500 gramas (Lima et al., 2017).

Desta forma, conforme o código internacional de doenças (CID 10), o abortamento pode ser classificado como retido, espontâneo, por razões legais, não especificado e outros tipos de abortamento, posto que cada um deles demanda uma atenção especializada e humanizada, considerando aspectos morais, sociais, legais, religiosos e culturais (França, Sakae e Kleveston, 2018; Ministério da Saúde [MS], 2011).

Segundo o MS, de acordo com as notificações dos casos, dos anos de 2015 a 2018 ocorreram 264 mortes por aborto, seja de qualquer natureza ou até mesmo falha na realização do mesmo. Esses dados podem ser questionados quando comparados a realidade, essa precariedade de padronização e adequação a prática pode acontecer por diversos motivos, como o fato de o abortamento ser um procedimento ilegal, muitas mulheres não assumem tê-lo feito, a dificuldade dos profissionais de diagnosticar e classificar corretamente esses óbitos contribuem diretamente para a subnotificação. O MS já buscou meios de correção para que houvesse uma melhoria dessas estimativas, exceto os números de óbitos por abortamento para os quais não foram identificados correções específicas (Cardoso, Vieira, Saraceni, 2020; Brasil, 2020).

Apesar da subnotificação, o abortamento se mantém como uma importante intercorrência obstétrica, sendo responsável por grande número de internações e morte materna (Strefling, Lunardi Filho, Demori, Soares e Santos, 2015). O abortamento se configura como grave problema de saúde pública, tendo maior destaque nos países em que sua prática ainda não é legalizada. No Brasil, conforme os artigos 124, 125 e 126 do Código Penal vigente, o aborto provocado a si mesma, a outrem com ou sem autorização da gestante é

considerado crime; sendo legalizado apenas para os casos em que não há outro meio de salvar a vida da gestante ou em casos de estupro (Madeiro e Rufino, 2017; Decreto-lei nº2.848, 1940).

A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016 mostra que 13% das mulheres entre 18 e 39 anos já finalizaram o aborto em algum momento de suas vidas, destaca-se que 48% fizeram uso de medicamentos abortivos e necessitaram de internação, das quais cerca de 20% por complicações (Diniz, Medeiros e Madeiro, 2017).

Acrescenta-se que a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, “prevê princípios e normas éticas e jurídicas relacionadas à prevenção da gestação indesejada e ao abortamento” (MS, 2011), considerando que desde o acolhimento é necessário que a equipe tenha um olhar diferenciado e sem julgamentos, respeitando a bagagem sociocultural trazida pela paciente e deixando de lado seus princípios como pessoa, levando à tona apenas o lado profissional que escuta e acolhe de maneira igualitária, posto que o direito à saúde é assegurado pelo estado (Constituição, 1988).

Os profissionais que são especialistas ou trabalham na área obstétrica, estão habituados a lidar com a vida, recepcionar com alegria, mas quando têm que lidar com situações de adversidade como o aborto, sentimentos negativos podem incomodá-los (Barros et al., 2020). Ayres, Xavier, Silva, Martins e Bento (2018), mostram que há uma diferença de tratamento por parte dos profissionais de acordo com o tipo de abortamento sofrido pela mulher. Quando se trata de um abortamento espontâneo, há mais complacência por parte dos profissionais, colocando a mulher em posição de vítima. No abortamento provocado, mas com permissão judicial há um tratamento com a visão de que a mulher sofre com esse evento. Já no abortamento provocado de maneira ilegal, observa-se uma mudança de tratamento por parte da equipe, nesta modalidade a mulher é vista e julgada como culpada pelo acontecido.

Considerando-se que em 2013, a razão de mortalidade materna (RMM) era de 58,1 por 100.000 nascidos vivos, o aborto é considerado um problema de grande significância para a sociedade moderna. Sobre a problemática, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), incluíram em suas metas a redução de 75% da RMM até 2015, todavia o cenário encontrado foi de um aumento desse índice em nível global (Kale et al., 2018).

No Brasil, para alcançar essa meta a RMM deveria ser igual ou menor que 35 óbitos por 100.000 nascidos vivos até o ano de 2015. Em 2011, a realidade descrita por pesquisas foi a RMM de 64,8 óbitos por 100.000 nascidos vivos; não cumprindo a meta proposta e expondo

que há grande demanda de identificar fatores determinantes desse índice e realizar estratégias de acordo com a dificuldade encontrada. Dentre as causas de morte materna na situação nacional, o aborto está entre as cinco principais, sendo responsável por 5% do total de óbitos maternos, decorrentes de assistências tardias ou inadequadas que levam a complicações severas (Martins, Almeida, Paixão, Bicalho e Errico, 2017).

Vale salientar que a proximidade com essa temática se deu por meio de atividades de estágio na assistência à mulher em abortamento, e também em função da possibilidade de poder experienciar de perto o acolhimento a esse público através da visão do paciente e não apenas como profissional; isto possibilitou a observação da atuação da equipe de saúde como um todo, todavia focando minha atenção no profissional enfermeiro, surgindo o interesse de pesquisar mais a fundo sobre a temática denotando possíveis respostas para as lacunas que se denunciavam na assistência.

Para o contexto apresentado em nível Nacional, denota-se a pergunta da pesquisa: Como acontece a assistência de Enfermagem à mulher em processo de abortamento? Considerando o exposto, a pesquisa objetivou analisar a assistência de enfermagem acerca do cuidado proporcionado as mulheres em processo de abortamento, de acordo com as evidências científicas.

2. Procedimentos Metodológicos

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), método que consiste em organizar, catalogar e sintetizar resultados encontrados em materiais selecionados para análise, facilitando a compreensão de um problema com grande abrangência (Souza, Silva e Carvalho, 2010). É um método no qual suas fontes de dados são secundárias, mas seguindo o mesmo direcionamento e coerência de um estudo primário. A escolha do método foi determinantemente influenciada pela possibilidade de se contribuir diretamente para a prática clínica, por meio da definição de conceitos, identificação de problemas e a intenção da proposição de ações de resolução, como também revisar teorias.

Optou-se por uma abordagem qualitativa, que apesar de não fazer uso de uma coleta de dados a participantes, mas a coleta secundária permite a mensuração de dados subjetivos, que permitem a interpretação do autor, com exposição de opiniões sobre o fenômeno estudado (Pereira, Shitsuka, Parreira e Shitsuka, 2018).

Para isso, esta RIL foi desenvolvida seguindo-se a sequência metodológica: identificação da temática e definição da pergunta de pesquisa, definição de critérios de inclusão e exclusão, análise dos artigos selecionados para amostra, interpretação e discussão dos resultados (Soares et al., 2014; Mendes, Silveira e Galvão, 2018).

A pesquisa foi realizada entre os meses de março de 2019 a março de 2020 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Plataforma CAPES, com uso dos descritores “enfermagem”, “cuidados de enfermagem” e “aborto”, como pode ser observado de forma sistemática na Figura 1.

Na BVS, foram selecionados inicialmente 1972 documentos, os resultados foram selecionados a partir dos filtros de texto completo e disponível, publicados entre os anos de 2015 a 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, totalizando 245 artigos. O passo seguinte foi realizar uma leitura criteriosa e refinada do título e do resumo e a identificação dos resultados encontrados, a posteriori forem selecionados 25 artigos desta web-fonte.

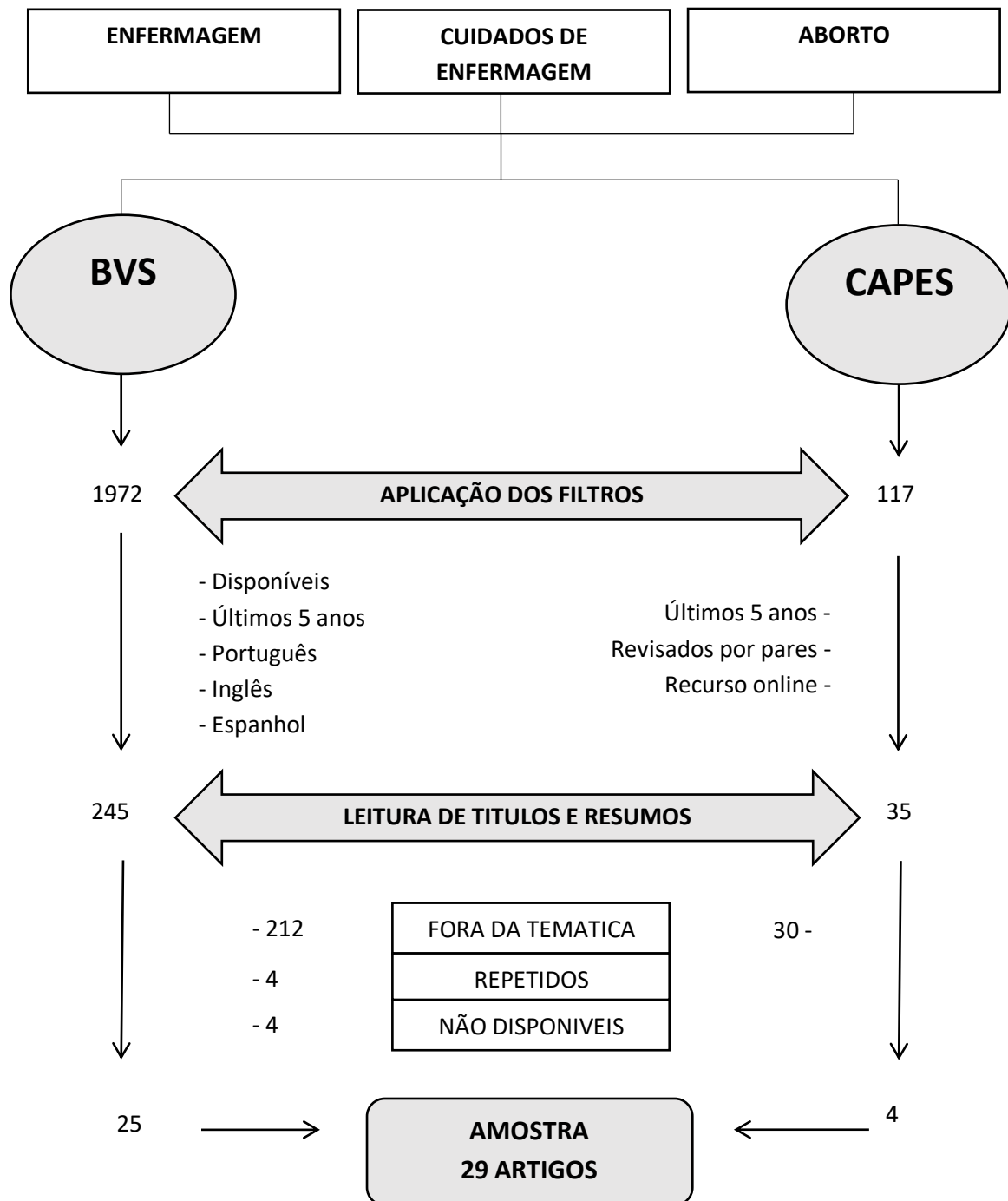
Na Plataforma CAPES, a busca pelos descritores incluiu 117 documentos, a partir da aplicação dos filtros “revisado por pares”, “recurso online” e publicados entre os anos de 2015 a 2019, totalizou 35 artigos. Após leitura criteriosa de título e resumos e identificação dos resultados, foram selecionados 4 artigos. Assim a amostra da pesquisa para esta plataforma foi composta por 29 artigos.

Artigos de revisão não foram excluídos da amostra, considerando que segundo Pereira e Galvão (2014), uso de revisões da literatura permite identificar estudos potenciais como também proporcionar maior conhecimento acerca da temática.

Para a coleta de dados secundários dos artigos inclusos na revisão integrativa, elaborou-se um protocolo de busca, adaptado a partir do instrumento validado por Ursi (2005). Em seguida, para que posteriormente a amostra fosse analisada, foi construído um quadro sinóptico apresentado nos resultados.

Optou-se pela elaboração de categorias para a análise de dados e consequente discussão. Esta fase priorizou as respostas à pergunta norteadora, utilizando a análise categorial qualitativa como método científico escolhido. Para isto obedeceram-se as seguintes fases do processo: na primeira, a pré-análise, foi realizada a primeira leitura dos artigos, analisando as linhas temáticas; na segunda, a exploração dos resultados, houve a categorização dos artigos que tinham temáticas semelhantes, pré-definindo as categorias iniciais; e a terceira fase, o tratamento dos resultados, feita pela inferência e interpretação de dados que foram expostos e discutidos nas categorias definidas.

Figura 1. Fluxo da seleção e inclusão dos artigos na revisão.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

3. Resultados

Dentre os 29 artigos selecionados, 20 foram encontrados no idioma inglês, 08 em português e apenas 01 em espanhol. No tocante as web-fontes de dados, seguiu-se a distribuição LILACS - 01, MEDLINE - 22, BDNF - 03, IBECS - 02, concomitantemente na LILASC e IBECS – 01. Quanto ao ano de publicação, a maioria dos artigos selecionados (11) foi publicada em 2018, o que denota a atualidade da temática discutida, em relação aos outros artigos segue-se a quantidade por ano: 2019 (03); 2017 (04), 2016 (04) e 2015 (07). Referindo-se a metodologia dos estudos: 10 foram revisões, 15 estudos de campo com abordagem qualitativa, 01 relato de experiência e 03 estudos observacionais.

A amostra foi disposta num quadro sinóptico (Quadro 1) com as informações sintetizadas, este contemplou os seguintes aspectos: nomes dos autores, método/desenho do estudo e principais resultados encontrados.

Quadro 1. Produções incluídas na revisão.

	Autores	Newton, D; Bayly, C; Mcnamee, K; Bismark, M; Hardiman, A; Webster, A; Keogh, L.
	Método	Pesquisa de campo.
E1	Resultados	Houve apoio pela oferta do aborto medicamentoso por clínicas especializadas. E o papel do enfermeiro da atenção primária foi visto como essencial no processo de abortamento.
	Autores	Pitilin, É. B.; Banazeski, A. C.; Bedin, R.; Gasparin, V. A.
	Método	Revisão integrativa da literatura.
E2	Resultados	Percebeu-se que a atuação do enfermeiro é realizada de forma tecnicista, discriminatória, julgatória e burocrática, contradizendo as diretrizes do código de ética da profissão.
	Autores	Strefling, I. S. S.; Lunardi Filho, W. D.; Kerber, N. P. C.; Soares, M. C.; Ribeiro, J. P.
	Método	Estudo qualitativo. Para análise, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.
E3	Resultados	Parte dos profissionais relatou uma assistência tecnicista com discriminação e dificuldade de interação com as pacientes, e outra parte julgou existir uma assistência humanizada.
	Autores	Ayres, R.; Xavier, R. B.; Silva, J. N.; Martins, A. C.; Bento, P. A. S. S.
	Método	Exploratório, descritiva e qualitativa. Análise de conteúdo baseado na técnica da bola de neve.
E4	Resultados	Existe uma invisibilidade masculina quando se trata de gestações indesejadas onde a figura feminina é sempre colocada como culpada, imprudente ou responsável.
	Autores	Rodrigues, W. F. G.; Andrade, D. C.; Dantas, S. A.; Silva, L. R.
	Método	Relato de Experiência.

- E5 Resultados** A partir da análise do histórico foram definidos os diagnósticos e traçadas as intervenções acerca do acolhimento e assistência de enfermagem às mulheres em abortamento.
- Autores** Fok, W. K.; Mark, A.
- Método** Artigo de revisão
- E6 Resultados** A introdução da telemedicina no tratamento do aborto foi recebida com sucesso precoce, mas ainda existem algumas barreiras que impedem o aumento do acesso ao aborto eficaz e seguro.
- Autores** Adesse, L.; Jannotti, C. B.; Silva, K. S.; Fonseca, V. M.
- Método** Revisão integrativa da literatura.
- E7 Resultados** Estereótipos de gênero acabam marcando as mulheres que abortam como seres inferiores, deteriorados, promíscuos, pecadores, assassinos.
- Autores** Silva, E. F.; Trevisan, D. C.; Lorenzini, E.; Pruss, A. C. S. F.; Strapasson, M. R.; Bonilha, A. L. L.
- Método** Estudo descritivo e qualitativo.
- E8 Resultados** A enfermagem não está capacitada para atender as mulheres em processo de abortamento induzido e assim, pode-se refletir acerca de suas verdadeiras atribuições nessas situações.
- Autores** Teffo, M. E.; Levin, J.; Rispel, L. C.
- Método** Estudo transversal
- E9 Resultados** Os profissionais que trabalham diretamente com a assistência a mulher em abortamento relataram satisfação, por ser algo que estimule a crença nos direitos das mulheres.
- Autores** Yang, C-F.; Che, H-L.; Hshieh, H-W; Wu, S-M.
- Método** Método de amostragem objetivo, qualitativo.
- E10 Resultados** Dentre os dados coletados, pôde-se observar que os enfermeiros têm dificuldades de controlar emoções que influenciavam diretamente na assistência prestada.
- Autores** Barnard S.; Kim C.; Park M. H.; Ngo T. D.
- Método** Revisão da literatura.
- E11 Resultados** Foram encontrados estudos que analisaram a efetividade e segurança do aborto realizado por profissionais de nível médio e o aborto realizado por médicos.
- Autores** Chor, J.; Hill, B.; Martins, S.; Mistretta, S.; Patel, A.; Gilliam, M.
- Método** Estudo randomizado
- E12 Resultados** As mulheres que enfrentaram o aborto com o apoio das doulas recomendam rotineiramente. As que não experienciaram mostraram interesse e necessitaram de intervenções clínicas.
- Autores** Rocca, C. H.; Puri, M.; Shrestha, P.; Blum, M.; Maharjan, D.; Grossman, D.; Regmi, K.; Darney, P. D.; Harper, C. C.
- Método** Estudo observacional.
- E13 Resultados** Não houve diferenças entre o aborto por medicamentos de farmácias certificadas e aborto realizado em estabelecimentos públicos, no quesito da eficácia e presença de complicações.

- Autores** Battistelli, M. F.; Magnusson, S.; Biggs, M. A.; Freedman, L.
- Método** Entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados tematicamente.
- E14 Resultados** Abortos por aspiração melhoraram o acesso e controle de complicações, mas os novos custos financeiros e logística de implementação pedem um administrador firme e decisivo.
- Autores** LaRoche, K. J.; Foster, A. M.
- Método** Estudo qualitativo. Análise com abordagem iterativa, multifásica, indutiva e dedutivas.
- E15 Resultados** A experiência do aborto foi descrita como eventos únicos da vida, e lembraram-se do processo decisório com sentimentos de vergonha e estigma internalizado e externalizado.
- Autores** Emond, T.; Montigny, F.; Guillaumie, L.
- Método** Abordagem descritiva, exploratória e qualitativa.
- E16 Resultados** Os pais relataram falha no repasse de informações e reconhecimento de necessidades psicossociais por parte dos profissionais, os quais relataram falta de preparo para essas ações.
- Autores** Cleeve, A.; Nalwadda, G.; Zadik, T.; Sterner, K.; Klingberg-Allvin, M.
- Método** Estudo qualitativo. Para análise foi usado o método indutivo.
- E17 Resultados** As parteiras deixaram a moralidade pessoal influenciar sua assistência. Falta de insumos para atender essas mulheres, também foi um desafio citado.
- Autores** Bautista-Balbás, B. P.; Abellán-Lucas, S.; Gómez-Moreno, M.; Martínez-Molina, A.; Dema-Pérez, S.
- Método** Estudo descritivo, qualitativo, de campo.
- E18 Resultados** Ocorreram sentimentos de medo, angústia, culpa e dúvidas nas mulheres. A qualidade das informações recebidas e a empatia dos profissionais foram positivas nesse processo.
- Autores** Haugeberg, K.
- Método** Artigo de Revisão.
- E19 Resultados** Enfermeiras com cargas de trabalho que aumentaram quando o aborto foi legalizado, e sem treinamentos específicos, direcionando essas frustrações nas pacientes.
- Autores** Beraldo, A.; Birchal, T. S.; Mayorga, C.
- Método** Qualitativa e análise de conteúdo segundo Bardin (2011).
- E20 Resultados** Foram definidos alguns itens onde tratam sentimentos que marcam o processo, desde a decisão até a consumação do aborto, e o que acontece nos momentos posteriores ao procedimento.
- Autores** Punchesa, B. E.; Johnsona, K. D.; Acquavita, S. P.; Felblingera, D. M.; Gillespie, G. L.
- Método** Estudo qualitativo, descritivo, a análise dos dados consistiu em estatística descritiva.
- E21 Resultados** Foram traçados alguns pontos de discussão, entre os quais se incluem o processo decisório, como se dá a assistência, o aceitar do processo e como lidar com isso posteriormente.
- Autores** Mutua, M. M.; Manderson, L.; Musenge, E.; Achia, T. N. O.

- Método** Estudo transversal, qualitativo. Dados foram analisados dedutivamente e indutivamente.
- E22 Resultados** As restrições ao aborto aumentam a busca por métodos inseguros, gerando nas unidades incapacidade de gerenciar as complicações, expondo pacientes e cuidadores a agravos à saúde.
- Autores** Catlin, A.
- Método** Estudo de caso.
- E23 Resultados** Foi identificado o desconhecimento por parte dos enfermeiros, dificuldade de diferenciar os tipos de aborto e entender que quem passa por esse processo merece dignidade e apoio ao luto.
- Autores** Srivastava, A.; Singh, D.; Montagu, D.; Bhattacharyya, S.
- Método** Uma revisão política das estratégias de melhoria da qualidade.
- E24 Resultados** As estratégias de melhoria da qualidade incluem infraestrutura, recursos humanos, competências e responsabilidades, mas há desafios de implementação afetando o cuidado.
- Método** Utilizou-se informações da PNS (2013) para a consecução do objetivo.
- Resultados** Os resultados indicam que mais de 80% das mulheres que sofreram violência nos últimos doze meses anteriores a pesquisa, relataram como mais grave a agressão psicológica e/ou física.
- Autores** McLemore, M. R.; Levi, A.; James, E. A.
- Método** Foram utilizadas análises temáticas pelos métodos da teoria fundamentada nos dados.
- E25 Resultados** Objetivando facilitar o enfrentamento do aborto pelos profissionais, sugeriu-se a exposição do problema a estudantes e profissionais, o que aumenta a experiência e prepara para o cuidado.
- Autores** Strefling, I.S. S.; Lunardi Filho, W. D.; Demori, C. C.; Soares, M. C.; Santos, C. P.
- Método** Revisão integrativa da literatura.
- E26 Resultados** Observou-se que o cuidado de enfermagem à mulher em abortamento tem diferentes perspectivas: visão das usuárias e profissionais, insumos disponíveis e falta de conhecimento.
- Autores** Altshuler, A. L.; Whaley, N. S.
- Método** Revisão da literatura
- E27 Resultados** A literatura lança luz sobre o impacto do estigma social, das políticas de saúde e das restrições ao aborto nas mulheres.
- Autores** Simmonds, K. E.; Beal, M. W.; Eagen-Torkko, M. K.
- Método** Revisão de regulamentos.
- E28 Resultados** O rótulo revisado agora permite que parteiras e enfermeiras de consultório avançado e assistentes médicos solicitem e prescrevam mifepristone.
- Autores** Kjelsvik, M.; Sekse, R. J. T.; Moi, A. L.; Aasen, E. M.; Gjengedal, E.
- Método** Estudo qualitativo com abordagem hermenêutica-fenomenológica.

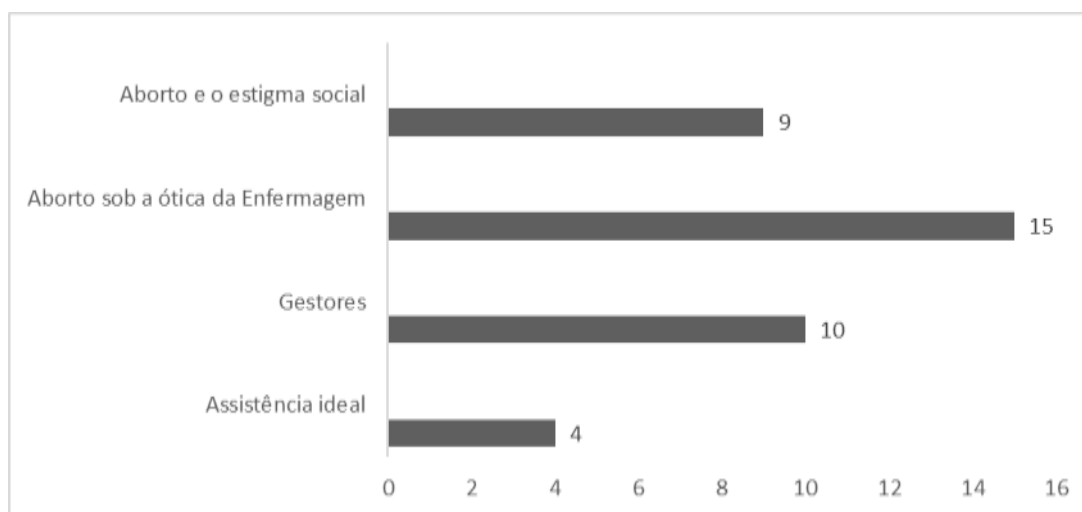
E29 Resultados Os profissionais disponibilizaram-se a compreender e ensinar a população a necessidade de manter o bem estar das mulheres que passam pelo processo de abortamento.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

A partir dos resultados encontrados e expostos na tabela acima, foram traçadas de maneira objetiva quatro categorias que seguem uma ordem de identificação dos problemas, com imersão nesse ponto enveredando pelas questões dos profissionais que lidam diretamente com as pacientes e dos profissionais que estão na gestão e direção, e por fim quais as melhorias que podem ser destacadas. Assim, a distribuição do estudos foi feita considerando a maneira como a temática foi abordada.

Na exploração dos resultados, as categorias temáticas, em sua elaboração foram assim intituladas: *“Aborto e o estigma social”*; *“Aborto sob a ótica da enfermagem: expectativa e realidade”*; *“Gestão do cuidado assistência em saúde no processo de abortamento”*; *“Assistência ideal: o que precisa ser melhorado?”*. Para discussão destas separaram-se os artigos com afinidade de temáticas, assim foi elaborado um gráfico (1) que descreve a quantidade de artigos utilizados em cada uma delas, ressaltando-se que um mesmo artigo foi disposto em mais de uma categoria.

Gráfico 1. Distribuição dos artigos utilizados na discussão das categorias.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na figura acima (Gráfico 1) observa-se que há um bom quantitativo no que diz respeito a percepção dos enfermeiros sobre a temática (15 artigos), enquanto que há carência de artigos que se direcionem de maneira concisa às ações práticas e específicas que podem ser feitas para melhora dessa assistência (4 artigos). Quanto ao estigma sofrido, nove artigos

abordam essa vertente e discutem de maneira satisfatória. E na questão dos gestores, também encontra-se um bom número de artigos (10), a maioria sendo de cunho internacional, que nos permite reavaliar a necessidade de mudanças.

4. Discussão

Aborto e o estigma social

O processo decisório do aborto é influenciado por inúmeros fatores, como dificuldade financeira, situação conjugal instável, baixo nível de escolaridade, grande número de filhos, gravidez não planejada, falta de apoio familiar e do cônjuge, experiência anterior de gestação ou aborto, a decisão previamente tomada de não ser mãe e o medo de decepcionar os familiares (LaRoche e Foster, 2018; Beraldo, Birchall e Mayorga, 2017).

No entanto, essa decisão não é influenciada apenas pelos fatores supracitados, mas a falha na assistência à saúde é grande influenciador nesse processo, mesmo que de maneira indireta. A partir do momento em que os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres passam a não serem tratados, ou são considerados de maneira errada, a população vulnerável desconhece práticas de planejamento familiar, desencadeando uma gravidez indesejada e, iminentemente, levando a prática do aborto inseguro (Pitilin et al., 2016; Yang, Che e Hshieh, 2016; Kjelsvik, Sekse, Moi, Aasen, Gjendegal, 2018).

Nos países em que o aborto não é legalizado, as mulheres que optam por esse processo procuram clínicas clandestinas, estando expostas a maior risco de complicações e também de sofrer o estigma social, se descobertas. Assim, a falta de apoio e compreensão desencadeiam sentimentos de medo, culpa e arrependimento nessas mulheres (Bautista-Balbas, Abellan-Lucas, Gomez-Moreno, Martinez-Molina e Dema-Perez, 2017). Por parte dos profissionais que lidam com a assistência direta e dos familiares surge o sentimento de censura e julgamento, onde as crenças religiosas e valores pessoais impedem a visão holística da mulher e de seus direitos sobre o próprio corpo (LaRoche e Foster, 2018; Pitilin et al., 2016; Cleeve, Nalwadda, Zadik, Sterner, Klingberg-Allvin, 2019).

Adesse, Jannotti, Silva e Fonseca (2016), trazem em seu estudo que o processo de estigmatizar pessoas é marcado por desgraça, vergonha e repugnância, marcando a exclusão social. A mulher pode sofrer o estigma por engravidar e por abortar, nesse último caso pode acontecer o “auto-estigma” que é quando a mulher que aborta internaliza os preconceitos impostos pela sociedade, e o “estigma sentido” que é imputado pelo outro, a sociedade

estigmatiza as atitudes da mulher. O estigma pode ser compreendido em quatro fases: rotulação, estereotipagem, separação e discriminação. E, ao contrário do que se pode pensar, não atinge apenas as mulheres que optam pelo aborto, como também os próprios profissionais que prestam a assistência gerando pensamentos conflitantes (Beraldo et al., 2017).

Além do estigma sofrido pelo processo de abortamento, a vulnerabilidade socioeconômica também é um fator preponderante. No Brasil ainda há altos índices de gestações não planejadas e falta de acesso ao aborto seguro, sendo o grupo focal aquelas que vivem na pobreza e sem acesso à informação, isso leva a exposição dessas mulheres a situações de risco por não saberem onde recorrer (Strefling, Lunardi Filho, Kerber, Soares e Ribeiro, 2015).

Compreendendo que o processo de abortamento engloba o tomar da decisão, no aborto e o pós-aborto, a mulher deve ser assistida em todas essas fases. Pois no momento posterior a realização do procedimento as vítimas podem desencadear traumas emocionais (Pitilin et al., 2016) Assim sendo, pode-se entender que o processo de abortamento pode ser experienciado mais de uma vez pela mesma mulher, o que pode dificultar ainda mais sua assistência quando revelado isso, aumentando o preconceito, julgamento e discriminação (LaRoche e Foster, 2018).

LaRoche e Foster (2018), afirmam que o aborto pode trazer sentimento de crescimento pessoal, na qual as mulheres relatam haver uma diferença de pensamento e postura do primeiro aborto para o segundo, as quais se sentiram conectadas com a situação e puderam ter certeza do processo. Enquanto que outras mulheres relatam que o primeiro aborto lhes permitiu o amadurecimento para que não fosse feito o segundo, pois se apegaram a gravidez seguinte permitindo a visualização de um futuro (Beraldo et al., 2017).

Aborto sob a ótica da enfermagem: expectativa e realidade.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem evidencia que toda assistência deve ser prestada sem que haja qualquer discriminação, devendo ser exercida com dignidade, competência e responsabilidade, livre de qualquer forma de violência, de maneira que satisfaça as necessidades de saúde em toda integralidade do indivíduo, preservando sempre sua autonomia. Sendo ainda reforçado na Constituição Federal de 1988, que assegura uma assistência integral e universal como direitos de todos, nos diversos níveis de atenção e sem nenhuma forma de preconceitos ou privilégios (Pitilin et al., 2016; Catlin, 2018).

Em contrapartida ao que é previsto em lei, o que se observa é que há uma diferença da assistência prestada dependendo do tipo de aborto. Quando se trata de um abortamento espontâneo, o cuidado é como se fosse qualquer outro agravo à saúde, não há julgamentos em questão (Strefling et al., 2015). Pitilin et al. (2019), relata que ao se tratar de uma mulher que provocou/induziu o abortamento os enfermeiros prestam o cuidado tecnicista, focando apenas nas necessidades físicas da mulher, juntamente com ações discriminatórias e julgatórias como, por exemplo, agressões verbais. Deixando-se de lado o cuidado humanizado com a visão holística (Yang et al., 2016; Cleeve et al., 2019; Cruz e Irfi, 2019; Emond, Montigny e Guillaumie, 2019).

Pacientes ou acompanhantes que já experienciaram o processo de abortamento, relatam que há uma deficiência de conhecimento por parte dos profissionais para encarar esse processo, de maneira que precisam considerar toda a singularidade daquela mulher. E que, independente, de ter induzido ou não o abortamento, ela está ali precisando da assistência que é prevista em lei, a qual você fez um juramento ao concluir sua graduação, mas que está sempre sendo impedida ou dificultada pelas crenças pessoais que são colocadas em jogo a cada novo processo de abortamento (Strefling et al., 2015; Cruz e Irfi, 2019).

Segundo Emond et al. (2018), o que muito se reclama da assistência é a demora na realização de testes para identificar a gravidez, para certificar que a gravidez foi encerrada e falta da própria assistência, a partir do relato de uma mulher que começou a sangrar, procurou a emergência, na qual não deram nem uma importância para o acontecido.

Profissionais relatam a dificuldade que têm de lidar com o abortamento induzido, não conseguem tratar essas mulheres normalmente, sentem-se acuados. Esse conflito de valores, somado a uma qualificação profissional fragmentada leva a uma assistência deficitária, além de não ter um ambiente propício e adequado que promova privacidade e conforto (Punches, Johnson, Acquavita e Felblinger, 2019; Mutua, Manderson, Musenge e Achia, 2018).

Estando diante de uma assistência na qual é feito o que está prescrito, sem construção de vínculos ou preocupação com sentimentos psicossociais, dificulta outro processo que é o de fornecimento de informações para essa mulher, para que situações como essa não se repita e para que ela saiba onde e quando procurar ajuda. O vínculo, quando estabelecido, permite a mulher confiar no profissional e buscar a atenção, pois sabe que não será julgada. Isso pode diminuir os índices de mortes por complicação durante o aborto, pois elas procurarão a assistência hospitalar como primeira escolha (Strefling et al., 2015; Strefling, et al., 2015; Haugeberg, 2018).

O que se espera de toda equipe multiprofissional, mas em especial a enfermagem que lida diretamente e continuamente com o paciente, é que sua atuação seja considerando todas as necessidades das mulheres ali internadas, aconselhando e orientando as pacientes, a fim de diminuir ações discriminatórias que podem vir a acontecer, humanizando cada vez mais a assistência e estabelecendo vínculos. Cabe ao profissional enfermeiro realizar uma escuta qualificada, compreendendo e praticando uma atenção livre de preconceitos, livre da imposição de valores morais, sustentando-se em outras práticas como a luta pelos direitos dessas mulheres e educa-las quanto a isso, construindo um mecanismo de prevenção extremamente eficiente: o conhecimento (Pitilin et al., 2016; McLemore, Levi e James, 2015; Silva et al., 2016).

Os enfermeiros ressaltam a importância de um acompanhamento continuado no pós-aborto, pois identificam as dificuldades enfrentadas por essas mulheres. De maneira que se existe um acompanhamento ambulatorial, conseqüentemente há uma otimização do serviço emergencial, tudo isso através de uma atitude simples que é o conhecimento, o repasse de informação (Beraldo et al., 2017; Emond et al., 2019).

Newton et al. (2016), em seu estudo sinaliza como os profissionais de enfermagem podem exercer um papel de grande valor nessa assistência. A partir do momento em que se escolhe o aborto há o surgimento de dúvidas, que podem perdurar até a realização do mesmo. A enfermagem, com seu olhar holístico pode ajudar essa mulher a entender o que está acontecendo, o que vai acontecer com o corpo e com a mente dela. Aconselhar e tirar dúvidas faz parte sim de uma assistência de qualidade. E para isso, é necessário que sejam feitas capacitações a fim de preparar os profissionais para a demanda diversificada que lhes aparece, prepara-los para que haja um autocontrole de seus sentimentos e valores pessoais. O desconhecimento tende a favorecer essa assistência desqualificada e cheia de conceitos pré-julgados (Strefling et al., 2015).

Gestão do cuidado: assistência em saúde no processo de abortamento

Nesse processo, apesar de se requerer dos profissionais assistenciais um controle emocional para boa qualidade dos cuidados, é necessário um ambiente agradável e organizado para a prestação dos mesmos. Sendo assim, a gestão precisa entender a necessidade de reorganizar as internações de mulheres que sofreram ou provocaram o aborto, separando-as das puérperas, para que sentimentos negativos sobre a maternidade e sua perda sejam desenvolvidos pelas vítimas (Pitilin et al., 2019).

O Ministério da Saúde (MS) mostra a importância de um ambiente acolhedor e que proporcione privacidade e comodidade, o que auxilia diretamente no estabelecimento de vínculos pela escuta qualificada. Além de promover conforto as pacientes, é possível que haja a otimização de recursos com possível redução de gastos, aumento do bem-estar dos trabalhadores, facilitando o processo de trabalho através da organização das unidades para efetivação de um cuidado integral às mulheres que chegam em processo de abortamento (Strefling et al., 2015; Srivastava, Singh, Montagu e Bhattacharyya, 2018; Altshuler e Whaley, 2018).

Em alguns países o aborto pode ser realizado tanto por profissionais de nível médio quanto de nível superior, assim como descrevem Barnard, Kim, Park e Ngo (2015) em seu estudo no Nepal, pois pelo seu treinamento não mostram diferenças significativas em relação ao sucesso de aborto, à presença de complicações e ao tratamentos das mesmas. De maneira que tanto no aborto medicamentoso realizado por profissionais de nível médio, como no aborto cirúrgico de responsabilidade dos profissionais de nível superior, os índices de complicações durante o processo são praticamente iguais e mostram a capacidade de resolução das mesmas equiparados para os dois níveis. Informações que servem para a gestão analisar possibilidade de melhora a assistência das mulheres em abortamento (Rocca et al., 2018; Simmonds, Beal, Eagen-Torkko, 2017).

Outro método de realização do aborto é por telemedicina, o qual tem grande impacto no aumento do acesso ao mesmo. A telemedicina possibilita a realização do processo sem que os profissionais de referência estejam fisicamente presentes. Para isto é analisado todo risco benefício e situação da mulher em questão. Algumas legislações ainda proíbem essa técnica, por exigirem a presença do profissional, todavia essa distância pode ser vista como algo positivo, que derruba a barreira de acesso às clínicas estereotipadas. Esse método pode diminuir os gastos, posto que o atendimento pode ser feito com o profissional em qualquer lugar, até mesmo de outros estados, não havendo gastos com transporte, estadia e outros. Além disso, onde foi implantado o aborto por telemedicina não houve índices de complicações que diferem do aborto realizado da maneira tradicional (Fok e Mark, 2018).

A gestão precisa estar preocupada com a constante atualização e treinamento de todos os profissionais, principalmente dos que lidam com o aborto, por demandarem um autocontrole de seus sentimentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece diretrizes técnicas sobre segurança na assistência ao abortamento, enfatizando a importância de promover treinamentos para garantir que os prestadores, os profissionais da linha de frente

sejam e sintam-se capazes de fornecer um cuidado de alta qualidade atendendo as necessidades das mulheres (Teffo, Levin e Rispel, 2018).

Battistelli, Magnusson, Biggs e Feedmon (2018) reforçam em seu estudo a importância de ter profissionais treinados especificamente para atender a esse público, de maneira que algumas ações podem ser antecipadamente realizadas pelos enfermeiros sem que se precise esperar por um médico, agilizando a assistência e diminuindo risco de danos a essas mulheres, tudo com embasamento técnico-científico.

Assistência ideal: o que precisa ser melhorado?

O que se espera de uma assistência à mulher em abortamento é a mesma assistência que se dá a qualquer outro cidadão, apenas com algumas particularidades do próprio caso. Deve ser livre de julgamentos pessoais e dialéticos, humanizada, que supra as necessidades físicas e psicológicas, não diferenciar o atendimento pela etiologia do aborto, seguir os princípios fundamentais da bioética preservando a autonomia da mulher, fazer o bem, evitar ao máximo danos e ser imparcial independente da opinião pessoal. Além desses aspectos, um ambiente que promova conforto e privacidade é essencial para que as mulheres possam desvelar seus sentimentos e para que vínculos sejam estabelecidos (Pitilin et al., 2019; Strefling et al., 2019).

Além de todos esses requisitos, a assistência deve ser continuada no momento pós-aborto, com atenção psicossocial integrada à prática multidisciplinar. Na atenção primária existe a possibilidade de realização de grupos com atividades de educação em saúde, nas quais pode abordar temáticas como o desejo de ser ou não mãe, métodos contraceptivos, compreensão dos significados do aborto, entre outras temáticas que podem surgir a partir de necessidades identificadas pelas próprias mulheres (Pitilin et al., 2016).

Emond et al. (2019), ressalta a importância dessa continuidade do cuidado às mulheres, ou seja, que ao sofrerem o aborto e receberem alta hospitalar, devem sair da unidade com um agendamento de consulta de planejamento familiar ou ao menos um aconselhamento de buscar a UBS da sua área para procurar essa consulta. Observa-se a necessidade de comunicação entre a atenção secundária e primária, para que novos casos não se repitam por falta de informação e aconselhamento.

Chor et al. (2015), em seu estudo trata sobre a atuação das Doulas no processo de abortamento. Sabe-se que a assistência prestada é de cunho multiprofissional, e essa classe foi

vista como apoiadora essencial nesse processo. Mulheres que experienciaram ser acompanhadas por doulas, recomendam a todas as outras por proporcionaram medidas de conforto físico e psicológico, a partir da aplicação de medidas não farmacológicas. E essas profissionais quando atuam, na maioria dos casos, dispensam algumas intervenções clínicas que podem ser consideradas comuns nesse processo. Assim sendo, evidencia-se mais uma vez a importância de uma visão holística no cuidado e não apenas biologicista.

Pesquisa feita por Rodrigues, Andrade, Dantas e Silva (2017), sobre o Processo de Enfermagem no Abortamento denota muito claramente o que se deve fazer para qualificar essa assistência com todo embasamento científico. Na etapa do histórico de enfermagem deve-se colher a maior quantidade de dados possíveis, como identificação pessoal, história ginecológica e obstétrica, como essa mulher chegou a esse processo, investigar sinais e sintomas, presença de infecções, sinais de sangramento, englobando também o psicológico, questionando o estado emocional e social dessa mulher, como se dá o relacionamento com a família, se há um parceiro e se estar a par da situação.

Nesse primeiro momento é indicado que não vá a fundo sobre questões do processo decisório do aborto. Sempre com perguntas objetivas, linguagem de fácil compreensão e livre de julgamentos. Realizar ainda exame físico com todas as técnicas propedêuticas (Rodrigues et al., 2017).

A partir do agrupamento de informações e identificação dos problemas, inicia-se a segunda fase que é o Diagnóstico de Enfermagem. Para definição destes, o estudo fez uso da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA): Síndrome do trauma do aborto; Síndrome pós-trauma; Dor aguda; Risco de infecção; Risco para perfuração de órgãos; Integridade da pele prejudicada; Ansiedade; Medo; Culpa; Conflito de decisão; Risco para angústia espiritual; Sentimento de impotência; Isolamento social. Dentre os diagnósticos supracitados, observa-se que estes englobam aspectos físicos, psicológicos e sociais, que é o que se espera de uma assistência integral e humanizada (Santos et al, 2018; Rodrigues et al., 2017).

A posteriori, surgem as próximas fases que é o Planejamento da Assistência e a Implementação do Cuidado. O acolhimento que se inicia desde a chegada a mulher na unidade, devendo ser feita a escuta qualificada, ouvindo queixas, sentimentos despertados naquele momento e tudo mais que a paciente sentir necessidade de contar. Escutar com atenção e sem deixar que pensamentos julgatórios interfiram no cuidado nesse momento inicial.

Deve-se orientar a paciente sobre como deve acontecer sua assistência naquela unidade, sobre os exames a quais será submetida, possíveis complicações que podem acontecer e possibilidade de internação. Todos os dados colhidos devem ser passados para equipe médica. E não esquecer familiares e cônjuges que podem estar necessitando também de apoio (Rodrigues et al., 2017).

A assistência pode ser dividida em dois tipos: a que é realizada nos casos que precisam de internação, e a que é realizada apenas a nível ambulatorial. No primeiro caso, encaminhá-la ao banho e troca de roupas, se assim a paciente desejar; nos casos de abortamento incompleto e inevitável, orientá-las sobre a possível realização da aspiração manual intrauterina (AMIU) ou curetagem, dependendo da orientação médica, e como funciona esses procedimentos (Higa et al., 2008; Rodrigues et al., 2017).

Nos casos de aborto retido, orientar sobre como funciona o uso do misoprostol por via vaginal e ocitocina por via endovenosa; se for um aborto infectado, orientá-la para realização de exames de sangue, infusões parenterais, hemotransfusão quando necessário e uso de antibióticos; esclarecer a necessidade de um exame de sangue para determinar a tipagem sanguínea, para que dependendo da situação algumas ações sejam tomadas, como a administração de imunoglobulina anti-D se Rh negativo e sem sensibilização, como também coleta sanguínea para sorologias de HIV e sífilis; explicar sobre todos os medicamentos que estão sendo administrados (Brasil, 2012; Ministério da Saúde, 2001; Rodrigues et al., 2017).

Orientar os possíveis sinais de infecção para que ela esteja atenta ao seu corpo e possa sinalizar para os profissionais, como sangramento com odor fétido, dor abdominal e febre; acolher familiares e acompanhantes, deixando-os sempre a par de tudo que está acontecendo, se assim for desejado pela mulher; agendar retorno ambulatorial e orientar a continuidade do cuidado com equipe multidisciplinar que geralmente acontece na atenção primária (Rodrigues et al., 2017; Ministério da Saúde, 2001).

No segundo caso, em que se limita ao cuidado ambulatorial a assistência deve envolver o repasse de informação à mulher de que sua fecundidade será restabelecida antes do aparecimento de nova menstruação, que ela pode estar apta a engravidar em torno de 15 dias; orientar abstinência sexual até o desaparecimento do sangramento; orientar e ofertar métodos contraceptivos; informar sobre a dupla proteção com uso de preservativos e anticoncepcionais orais ou injetáveis, a fim de evitar não apenas uma gestação, como também infecções sexualmente transmissíveis (IST) (Brasil, 2012; Rodrigues et al., 2017).

Encaminhar para acompanhamento psicológico e assistente social; nos casos em que a mulher deseje engravidar após o abortamento, orientá-la sobre as causas do acontecido; atentar para sinais de disfunção sexual; informar sobre rotina ambulatorio com a equipe multiprofissional; orientar sobre a realização de exame ginecológico e testagem para sorologias de HIV, hepatite B e C e sífilis; orientar família sobre apoio diário; e esclarecer que pode comparecer ao serviço se achar necessário ou surgir alguma dúvida (Resende, 1991; Rodrigues et al., 2017).

5. Conclusão

Foi identificada uma assistência à mulher em abortamento ainda muito fragmentada e definida pelas crenças pessoais de cada profissional, sem que haja o respeito ético exigido legalmente. Os profissionais de enfermagem são os principais protagonistas na prestação de cuidados nesse processo, sendo uma classe que demanda um olhar diferenciado por parte da gestão. A assistência ideal não é uma utopia, é preciso apenas que todos trabalhem em conjunto para construção do mesmo, profissionais assistenciais e gerenciais, como também as mulheres que enfrentam o processo dando o feedback.

Grande parte dos estudos trouxeram relatos de uma assistência com olhar biologicista, tanto por parte das vítimas como dos profissionais, que relatam sua dificuldade de lidar com esses casos, os quais lhes fazem desencadear processos conflitantes que acabam por interferir diretamente na assistência prestada, podendo ser decorrente de uma falta de preparo no meio acadêmico, ausência de autocontrole sentimental ou ainda falta de conhecimento sobre os direitos das mulheres. Assim há grande necessidade de um olhar diferenciado por parte dos gestores de serviços que atendem essa demanda, para que capacitações sejam feitas aos profissionais e que aos poucos possam desenvolver o autocontrole e solução de pensamentos conflitantes.

Os trabalhos em português sempre focaram na enfermagem como principal classe atuante, já os que foram encontrados em outros idiomas tratavam da equipe geral, desde os de nível técnico até o superior, e algumas vezes tratavam de maneira diferente por ser em localidades onde o abortamento é legalizado, mas que mesmo assim houve a possibilidade de correlacionar com a temática discutida, de maneira que mesmo com a legalização ainda há preconceitos e julgamentos.

Diante do exposto vê-se a necessidade de investir nessa área, como também mostra possibilidades para melhorar a assistência. A gestão, como guia dessa mudança, deve revisar

ou criar protocolos de assistência às mulheres em abortamento, e incentivar os profissionais a buscarem cada vez mais conhecimento acerca da temática, para que passe de uma assistência fragmentada a uma assistência integral. Assim, profissionais conhecem suas verdadeiras ações e ficam acobertados para as demais intercorrências e a população em geral recebe o que lhes é garantido por lei: uma assistência integral e humanizada.

Aos futuros pesquisadores evidencia-se a necessidade de pesquisas que se voltem para as ações práticas e específicas da enfermagem na assistência a mulher em abortamento, considerando que apenas um estudo encontrado tratava com maior especificidade. No geral, pesquisas em âmbito nacional para que se possa compreender o panorama geral do nosso país e a partir disso identificar a necessidade de rever políticas e talvez modificá-las, pois a temática abordada ainda é de difícil abordagem e tratada com parâmetros antigos, há uma necessidade iminente de renovação de políticas públicas no que concerne ao aborto.

Referências

Adesse, L., Jannotti, C. B., Silva, K. S., Fonseca, V. M. (2016). Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12), 3819+.

Altshuler, A. L., Whaley, N. S. (2018). The patient perspective: perceptions of the quality of the abortion experience. Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved, 30(6).

Ayres, R., Xavier, R. B., Silva, J. N., Martins, A. C., Bento, P. A. S. S. (2018). A contextualização do aborto sob a ótica do enfermeiro. *Revista Nursing*, 21 (244), 2334-2337.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.

Barnard, S., Kim, C., Park, M. H., NGO, T. D. (2015). Doctors or mid-level providers for abortion (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

Barros, B. P.; Barbosa, C. H.; Santos, E. A. P. M.; Costa, E. P.; Lopes, G. S.; Ribeiro, R. G.; Sousa, W. S. (2020). Abortamento de repetição: etiologia e cuidados. *Research, Society and Development*, 9 (11), 16p.

Battistelli, M. F., Magnusson, S., Biggs, M. A., Freedman, L. (2018). Expanding the Abortion Provider Workforce: A Qualitative Study of Organizations Implementing a New California Policy. *Perspectives on sexual and Reproductive Health*, 50(1), 33–39.

Bautista-Balbas, B. P., Abellan-Lucas, S., Gomez-Moreno, M., Martinez-Molina, A., Dema-Perez, S. (2017). Necesidades y sentimientos percibidos por las mujeres ante el diagnóstico de aborto espontâneo. *Matronas Prof.*, 18(1), 18-25.

Beraldo, A., Birchall, T. S., Mayorga, C. (2017). O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. *Estudos Feministas*, 25(3), 1141-1157.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco [internet]. *Cadernos de Atenção Básica*, 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012:320p.

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS.

Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal (1940).

Cardoso, B. B., Vieira, F. M. dos S. B., Saraceni, V. (2020). Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(Suppl. 1).

Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988.

Catlin, A. (2018). Pregnancy Loss, Bereavement, and Conscientious Objection in Perioperative Services. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(4), 553-559.

Chor, J., Hill, B., Martins, S., Mistretta, S., Patel, A., Gilliam, M. (2015). Doula support during first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 212-245.

Cleeve, A., Nalwadda, G., Zadik, T., Sterner, K., Klingberg-Allvin, M. (2019). Morality versus duty – A qualitative study exploring midwives' perspectives on post-abortion care in Uganda. *Midwifery*, 77, 71–77.

Diniz, D., Medeiros, M., Madeiro, A. (2017). Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(2), 653-660.

Emond, T., Montigny, F., Guillaumie, L. (2019). Exploring the needs of parents who experience miscarriage in the emergency department: A qualitative study with parents and nurses. *J Clín. Nurs.*, 28,1952–1965.

Fok, W. K., Mark, A. (2018). Abortion through telemedicine. *Wolters Kluwer Health, Inc.*, 30(6).

França, C. P., Sakae, T. M., Kleveston, T. (2018). Fatores de risco para abortamento em um hospital de referência no sul do brasil: um estudo caso-controle. *Arq. Catarin Med.*, 47(2), 35-48.

Haugeberg, K. (2018). Nursing and Hospital Abortions in the United States, 1967–1973. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 73(4), 412–436.

Higa, R.; Mondaca, A. D. C. A; Reis, M. J.; Lopes, M. H. B. de M. (2008). Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 377-382.

Kale, P. L., Jorge, M. H. P. M., Fonseca, S. C., Cascão, A. M., Silva, K. S., Reis, A. C., Taniguchi, M. T. (2018). Mortes de mulheres internadas para parto e por aborto e de seus conceitos em maternidades públicas. *Ciênc. saúde coletiva*, 23(5),1577-1590.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aase, A. M., Gjengedal, E. (2018). Walking on a tightrope—Caring for ambivalent women considering abortions in the first trimester., 27, 4192–4202.

LaRoche, K. J., Foster, A. M. (2018). Exploring Canadian Women’s Multiple Abortion Experiences: Implications for Reducing Stigma and Improving Patient-Centered Care. *Women's Health Issues*, 28(4), 327–332.

Lima, L. M., Gonçalves, S. S., Rodrigues, D. P., Aaujo, A. S. C., Correia, A. M., Viana, A. P. S. (2017). Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Rev enferm UFPE on line.*, 11(12), 5074-8.

Madeiro, A. P., Rufino, A. C. (2017). Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, 22(8).

Martins, E. F., Almeida, P. F. B., Paixão, C. O., Bicalho, P. G., Errico, L. S. P. (2017). Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. *Cad. Saúde Pública*, 33(1).

McLemore, M. R., Levi, A., James, E. A. (2015). Recruitment and retention strategies for expert nurses in abortion care provision. *Contraception*, 91,474–479.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm.*, 17(4),758-764.

Ministério da Saúde (2011). *Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica.*

Ministério da Saúde (BR). *Febrasco-Abenfo, Parto, Aborto e puerpério Assistência Humanizada à mulher.* Brasília; 2001.

Mutua, M. M., Manderson, L., Musenge, E., Achia, T. N. O. (2018). Policy, law and post-abortion care services in Kenya. *PLoS ONE*, 13(9).

Newton, D., Bayly, C., McNamee, K., Bismark, M., Hardiman, A., Webster, A., Keogh, L. (2016). ‘...a one stop shop in their own community’: Medical abortion and the role of general practice. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 56, 648–654.

Pereira, M. G.; Galvão, T. F. (2014). Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(2), 369-371.

Pereira, A. S.; Shitsuka, D. M.; Parreira, F. J.; Shitsuka, R. (2018). Metodologia da Pesquisa Científica. Núcleo de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Maria para os cursos da UAB.

Pitilin, É. B., Banazeski, A. C., Bedin, R., Gasparin, V. A. (2016). Cuidados de enfermagem em situações de aborto inducido / provocado: uma revisão integral de la literatura. *Enferm. glob.*, 15(43), 439-451.

Punches, B. E., Johnson, K. D., Acquavita, S. P., Felblinger, D. M. (2019). Patient perspectives of pregnancy loss in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 43, 61–66.

Rocca, C. H., Puri, M., Shretha, P., Blum, M., Maharjan, D., Grossmand, D., Regmi, K., Darney, P. D., Harper, C. C. (2018). Effectiveness and safety of early medication abortion provided in pharmacies by auxiliary nurse-midwives: A non-inferiority study in Nepal. *PLoS ONE*, 13(1).

Rodrigues, W. F. G., Andrade, D. C., Dantas, A. S., Silva, L. R. (2017). Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line.*, 11(8), 3171-5.

Santos, D. X.; Santos, A. N. C.; Batista, J. L.; Carvalho, L. S.; Rodrigues, R. A. F.; Silva, S. F. S. Relato de experiência: diagnósticos de enfermagem relacionados ao enfrentamento de paciente pós aborto retido. (2018). In: *Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*. Campo Grande(MS) CCARGC, 2018.

Silva, E. F., Trevisan, D. C., Lorenzini, E., Pruss, A. C. S. F., Strapasson, M. R., Bonilha, A. L. L. (2015). Atenção à mulher em processo de abortamento induzido: a percepção de profissionais de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*, 5(3), 454-464. 1

Simmonds, K. E., Beal, M. W., Eagen-Torkko, M. K. (2017). Updates to the US Food and Drug Administration Regulations for Mifepristone: Implications for Clinical Practice and Access to Abortion. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(3).

Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., Silva, D. R. A. D. (2014). Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(2), 335-345.

Souza, M. T., Silva, M. D., Ccarvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.

Srivastava, A., Singh, D., Montagu, D., Bhattacharyya, S. (2018). Putting women at the center: a review of Indian policy to address person-centered care in maternal and newborn health, family planning and abortion. *BMC Public Health*, 18:20.

Strefling, I. S. S; Lunardi Filho, W. D., Demori, C. C., Sares, M. C., Santtos, C. P. (2015). Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*, 5(1), 169-177.

Strefling, I. S. S., Lunardi Filho, W. D., Kerber, N. P. C., Soares, M. C., Ribeiro, J. P. (2015). Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. *Texto contexto - enferm.*, 24(3), 784-791.

Teffo, M. E., Levin, J., Rispel, L. C. (2018). Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress among termination of pregnancy providers in two South African provinces. *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, 44(7), 1202–1210.

Ursi, E. S. (2005). Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Yang, C-F., Che, H-L., Hshieh, H-W. (2016). Concealing emotions: nurses' experiences with induced abortion care. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1444–1454.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Joyce Kelly Araújo da Silva – 50%

Jank Landy Simôa Almeida – 30%

Luzibênia Leal de Oliveira – 10%

Elisabete Oliveira Colaço – 10%