

## MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIRAS

Dera Carina Bastos Costa; Ana Gabriela Lima Bispo de Victa; Luci Laura Brandão; Marinalva Moreira dos Santos; Sara Paiva Bitencourt; Adriana Monteiro dos Santos Lopes

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

### Resumo

**Introdução:** Relato de experiência de um programa de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento em uma maternidade baiana. **Objetivo:** Relatar esta experiência sob o ponto de vista do profissional, sobretudo da Enfermeira, que apresenta maior vínculo com estas mulheres. **Metodologia:** São oferecidas 2 modalidades de acompanhamento para mulheres com perda gestacional de até 12 semanas. A primeira é expectante/farmacológica, que prescinde de hospitalização. A segunda é esvaziamento uterino cirúrgico por curetagem/AMIU. As mulheres podem escolher o método. As mulheres são acompanhadas presencialmente por equipe multidisciplinar e também através de contato telefônico por Enfermeiras. Neste, abordam-se questões de gêneros nas relações conjugais; direitos sexuais e reprodutivos; direitos trabalhistas; violência doméstica; a dor da perda de um filho ou o alívio da retirada de um feto. **Resultados e Discussão:** Em 2 anos, 500 mulheres, entre 14 e 46 anos, participaram desta iniciativa. Destas mulheres, 44% são solteiras, 82% são pardas ou pretas, 42,4% são católicas, 71,8%, no mínimo, completou o ensino médio, 57,6% apresentaram o aborto retido, 54,6% protagonizaram o esvaziamento uterino espontâneo e 25,7% foram submetidas a curetagem/AMIU. Na alta, 78,6% receberam orientações sobre planejamento familiar e contracepção. Houve perda de seguimento de 10,6%. **Conclusão:** A proximidade da equipe e o apoio da gestão institucional contribuem para a humanização da assistência destas mulheres. Esta iniciativa usa essencialmente tecnologias leves e tem fácil replicação para outras instituições de saúde. Busca-se o protagonismo feminino dos direitos sexuais e reprodutivos, a autonomia da mulher e a escolha por tratamentos seguros.

**Palavras-chaves:** aborto; humanização da assistência; direitos sexuais e reprodutivos

A partir deste ponto o texto deverá conter Introdução (justificativa implícita e objetivos), Metodologia, Resultados e Discussão (podendo inserir tabelas, gráficos ou figuras), Conclusões, Agradecimentos (sendo de caráter opcional) e Referências.

O artigo deverá ser digitado no programa Microsoft WORD 2010 ou inferior, para Windows, utilizando formato A4, deverá ter no mínimo 8 páginas e no máximo 12 páginas, margens superior e inferior de 3 cm, esquerda e direita de 2 cm, parágrafo 1 cm, com espaçamento 1,5 entre linhas.

### Introdução

Estima-se a ocorrência cerca de 210 milhões de gestações ao ano em todo o mundo, das quais 135 milhões resultam no nascimento de crianças. Os desfechos das demais gravidezes incluem natimortos, abortos espontâneos ou provocados. No ano de 2008, de cada dez gestações no mundo, uma resultaria em aborto induzido realizado de forma insegura. O aborto inseguro,

portanto, é uma importante questão de saúde pública mundial e suscita um debate polêmico sobre os direitos sexuais e reprodutivos femininos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Apesar das decisões internacionais relacionadas ao setor saúde, a situação das mulheres em processo de abortamento esbarra em questões legais. Atualmente no Brasil, são apenas permitidos por lei os abortos quando a vida materna estiver sob risco de morte, em caso de gravidez resultante de estupro e anencefalia fetal (BRASIL, 1940; BRASIL, 2012). Apesar da restrição legal muitas mulheres, de forma ilegal, têm se submetidos a procedimentos inseguros, em ambientes com baixo grau de higiene sanitária, realizados por pessoas não capacitadas, favorecendo o risco de infecções e hemorragias (BRASIL, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Em 2005, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a Norma Técnica: Atenção Humanizada ao Abortamento, reeditada em 2011, que discute aspectos éticos, jurídicos e clínicos relacionados ao aborto e, sobretudo, princípios e diretrizes para uma atenção humanizada que os profissionais de saúde devem oferecer às mulheres em situação de abortamento (BRASIL, 2011).

Passados dez anos da publicação dessa Norma, recente estudo realizado em três cidades do nordeste do país constatou como o modelo de atenção ao abortamento vigente não acata as diretrizes preconizadas: centrado no componente técnico, há desvalorização da relação profissional-usuária, com pouca participação da mulher nas decisões de sua saúde sexual e reprodutiva e negligência do planejamento familiar. Após o processo de abortamento, foi rara a orientação e prescrição de contraceptivos e mesmo o encaminhamento para um serviço de planejamento familiar na rede básica. A realização quase exclusiva da curetagem como método de esvaziamento uterino, em detrimento de técnicas mais seguras e recomendadas, como a aspiração manual intrauterina, AMIU, obriga as mulheres à anestesia geral e à necessidade de internação hospitalar por 24 horas (AQUINO *et al.*, 2012).

Diante desta problemática, uma maternidade baiana, seguindo as diretrizes internacionais e nacionais sobre a atenção humanizada às mulheres em situação de aborto, implantou institucionalmente, em outubro de 2014, um programa de atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento. Esta iniciativa envolve uma equipe multiprofissional (médica, enfermeira, psicóloga e assistente social) e busca oferecer este programa tendo em vista um componente intra e extra hospitalar. Portanto, este trabalho visa descrever esta iniciativa vivida na referida maternidade entre 2014 e 2016.

## **Metodologia**

As mulheres, que buscarem espontaneamente à emergência obstétrica da maternidade baiana, com gravidez de até doze semanas, podem participar do programa. Para participar, a mulher será avaliada pelo acolhimento e classificação de risco da enfermagem, e, em seguida, encaminhada para o atendimento médico da emergência obstétrica, de acordo com o protocolo assistencial institucional. As mulheres eleitas para este tipo de acompanhamento poderão escolher entre o atendimento extra e intra hospitalar, após esclarecimento das dúvidas.

Esta mulher deve atender aos seguintes critérios para ser convidada: idade gestacional menor do que doze semanas; primeiro ou segundo episódio de abortamento espontâneo, não molar, não ectópico, não infectado; pode apresentar história de aborto de repetição, mas anteriormente acompanhada por um dos ambulatorios institucionais; estar no curso de uma perda gestacional espontânea, inevitável, inviável, incompleta, retida (anembrionado ou batimentos cardíofetais ausentes) ou medicamentosa domiciliar, menor que doze semanas de gestação; estabilidade hemodinâmica; sem sangramento vaginal, ou com sangramento discreto; pode ter hipertensão prévia, mas com bom controle pressórico; possuir telefone próprio; ser domiciliada na cidade da maternidade ou ter fácil acesso à instituição; falar português fluentemente; e aceitar participar de acompanhamento multidisciplinar domiciliar. Vale ressaltar que as pacientes classificadas como ineligiáveis são internas para proceder à rotina habitual de esvaziamento uterino cirúrgico, preferencialmente por AMIU, segundo diretrizes do Ministério da Saúde.

Durante a admissão da mulher no programa, ela recebe orientações sobre a proposta de atendimento, um termo de consentimento livre e esclarecido com orientações domiciliares; receita médica em papel timbrado da instituição e analgésicos fornecidos pela maternidade. Em contrapartida, são registrados seus telefones, preferencialmente particulares, para que a equipe de enfermagem entre em contato.

As enfermeiras realizam contato telefônico a cada 48 a 72 horas para estas mulheres, de modo alternado e de acordo com a necessidade de cada uma, utilizando-se de formulários institucionais para viabilizar à assistência integral e multidisciplinar. Neste primeiro contato telefônico, as enfermeiras sanam dúvidas sobre a metodologia do programa, coletam informações socioeconômicas, questionam sobre a atual condição clínica (febre, dor, sangramento, odor vaginal, secreção vaginal e relação sexual) e marcam, junto ao ambulatório, a primeira consulta presencial com a médica de referência ambulatorial do programa.

Nas ligações subsequentes, as enfermeiras investigam a condição clínica, verificam o uso adequado das medicações, acompanham a marcação da consulta de retorno à médica do ambulatório, atendimento psicossocial, ultrassonografia e exames laboratoriais, dentre outras demandas que surgirem. Importante ressaltar que o acompanhamento ambulatorial e expectante poderá ser interrompido a qualquer momento pela mulher, caso deseje.

Na primeira consulta ambulatorial médica, que ocorre em até sete dias em relação a data de admissão, prestam-se esclarecimentos, prescrevem-se medicamentos e exames conforme o protocolo institucional e são explicadas e oferecidas as modalidades de esvaziamento uterino (expectante, farmacológico, cirúrgico), sempre dando preferência à opção menos invasiva e mais fisiológica possível. Na modalidade de esvaziamento espontâneo, ou expectante, a mulher é acompanhada, em média, por 30 dias, sem qualquer intervenção cirúrgica, sendo monitorada também através de imagens ultrassonográfica. Na farmacológica, administra-se misoprostol vaginal, sem necessidade de internação, realizando-se o controle ultrassonográfico entre sete e dez dias após esta medicação. Caso esta medida não seja efetiva, a mulher é encaminhada para a terceira opção: o esvaziamento cirúrgico. Neste, ocorre preferencialmente o AMIU, com previsão de alta hospitalar de até oito horas após o procedimento. Durante todo este processo, a mulher pode escolher qual destas modalidades ela prefere, não seguindo necessariamente a ordem explicada anteriormente.

Na consulta de retorno ambulatorial, após a constatação do esvaziamento do conteúdo uterino, independente da modalidade aplicada, a mulher recebe orientações sobre direitos sexuais e reprodutivos (incluindo as opções de planejamento familiar) e é encaminhada aos ambulatórios institucionais pertinentes ao seu caso, a exemplo de: planejamento familiar, perdas gestacionais recorrentes, gestação de alto risco, infertilidade, endoscopia ginecológica, gestação molar.

Durante todo este processo, a equipe multidisciplinar (enfermeiras, assistente social e psicóloga) acompanha esta mulher, seja presencialmente, seja por telefone.

## **Resultados e Discussão**

Em aproximadamente dois anos de programa, cerca de 500 mulheres participaram desta iniciativa. As mais jovens tinham 14 anos, cuja a participação foi possível a partir da autorização de suas respectivas mães. As adolescentes menores de idade sempre estão acompanhadas das suas genitoras. Até o momento, nenhuma candidata desta faixa etária apresentou-se desacompanhada de suas mães. Com relação à faixa etária, a maior idade registrada foi a de 46 anos.

A maioria das participantes (56,5%), apresentou o aborto retido como principal suspeita diagnóstica médica. De acordo com o manual do ministério da saúde (BRASIL 2011), o aborto retido caracteriza-se por uma perda gestacional menor que doze semanas, com colo uterino fechado, sem sangramento e ausência de batimentos cardíofetais ou saco gestacional sem embrião.

Com relação às modalidades de esvaziamento uterino, a maior parte das mulheres (54,6%) esvaziaram o útero espontaneamente, mas 25,7% foram submetidas à curetagem ou AMIU. Caso a mulher apresenta-se algum sinal de infecção ou de hemorragia, ferindo os critérios de segurança à saúde desta mulher, o critério médico é soberano. Desta forma, de acordo com a avaliação do médico do plantão da emergência, a mulher era encaminhada para a curetagem ou para AMIU.

Na alta do programa, quase 80% das mulheres receberam orientações sobre planejamento familiar e contracepção, independente da opção de esvaziamento uterino protagonizada. Este dado é mais que o dobro do que o encontrado no estudo de Aquino e colaboradores (2012), em que se investigou a qualidade da atenção prestadas às mulheres com complicações por aborto em hospitais públicos de Salvador-BA, Recife-PE e São Luis-MA. Neste estudo, apenas 35,5% receberam informações sobre planejamento familiar e 14,7% foram informadas sobre métodos contraceptivos e onde encontrá-los.

No entanto, apesar do monitoramento e busca ativa das enfermeiras por telefone, houve perda de seguimento de 10,6%. Ou seja, são mulheres que não atenderam o telefone após dez tentativas consecutivas; ou que faltaram à três consultas ambulatoriais consecutivas sem justificativa; ou que declararam não querer mais participar da iniciativa. Portanto, a forma como está estruturada esta iniciativa, desde a admissão até a alta da mulher, prevê o acolhimento e a humanização, e inibindo práticas preconceituosas com estas mulheres. O preconceito dos profissionais de saúde, assim como maus tratos, é comumente sofrido pelas mulheres em situação de abortamento, conforme foi relatado por McCallum, Menezes e Reis (2016), em uma pesquisa sobre aborto em uma maternidade pública de Salvador-Ba.

## **Considerações Finais**

Vale a pena ressaltar a importância desse programa no âmbito da saúde pública baiana, na mudança de paradigmas e na oferta de maior qualidade na assistência às mulheres em situação de abortamento.



Esta iniciativa, ao incentivar o atendimento humanizado, integral, sem julgamentos e expectante, prevê a redução das intervenções desnecessárias, com menos internamentos, menor uso de recursos medicamentosos, protagonismo feminino e dos direitos sexuais e reprodutivos.

Além disso, funciona como uma estratégia de gestão para viabilizar o giro de leito hospitalar tendo em vista o cenário da crise de falta de leitos obstétricos na Bahia.

## **Referências**

AQUINO, EML et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, vol.17, n. 7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000700015&script=sci_arttext) > Acesso em: 23/11/2015.

BRASIL. Código Penal. Decreto Lei nº 2.848 de 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-128>>. Acesso em: 02/09/2015.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf)>. Acesso em: 12/09/2015.

BRASIL (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf) >. Acesso em: 08/09/2015.

BRASIL. Superior Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54. Relator: Marco Aurélio Mello. Plenário. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1, 24 abril 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/processoAudienciaPublicaAdpf54/anexo/adpf54audiencia.pdf>>. Acesso em: 12/09/2015.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice; REIS, Ana Paula dos. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 37-56, Março. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702016000100037&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000100037&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27/07/2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2ª ed. OMS, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf)>. Acesso em: 12/09/2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Unsafe abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: < [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44529/1/9789241501118_eng.pdf) >. Acesso em: 08/09/2015.