

HUMANAS E SOCIAIS

V.10 • N.1 • 2023 • Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2023v10n1p303-316



## PRÁTICAS DO ABORTAMENTO INSEGURO NA PERSPECTIVA DA MULHER AMAZÔNIDA: “JÁ CHAMARAM A POLÍCIA?”

PRACTICES OF UNSAFE ABORTION FROM THE PERSPECTIVE OF  
AMAZONIAN WOMEN: "HAVE YOU CALLED THE POLICE YET?"

PRÁCTICAS DE ABORTO INSEGURO DESDE LA PERSPECTIVA DE  
MUJERES AMAZÓNICAS: "¿HAN LLAMADO A LA POLICÍA?"

Deilly Maria Alves Caresto<sup>1</sup>  
Jéssica Magaly da Silva Ferreira<sup>2</sup>  
MunIQUE Therense<sup>3</sup>  
Rayana Gonçalves de Brito<sup>4</sup>  
Sâmia Feitosa Miguez<sup>5</sup>  
André Luiz Machado das Neves<sup>6</sup>

## RESUMO

O aborto é um grave problema de saúde pública no Brasil com registros anuais em média de 230 mil interações no Sistema Único de Saúde. São recorrentes os relatos de discriminação, ameaças, julgamento e violação da privacidade nas maternidades. O objetivo do estudo foi compreender a percepção da mulher no processo de abortamento inseguro na assistência da equipe de saúde em uma maternidade pública de referência em Manaus, AM. Trata-se de um relato de caso único, qualitativo e descritivo, por meio de entrevista via *Google Meet*. A participante foi uma mulher, 26 anos, preta, baixa renda que passou pelo processo de abortamento inseguro e buscou cuidados em uma maternidade pública de Manaus, AM. Foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro semiestruturado e um gravador de voz. Os dados qualitativos foram analisados por meio dos preceitos interpretativos a partir da hermenêutica e dialética de Minayo (2007). Foi constatado que os sentimentos registrados demonstraram a vulnerabilidade física e psicológica da mulher no contexto do abortamento inseguro. As condutas dos profissionais foram percebidas como inadequadas, discriminatórias e desumanizadas. A assistência de qualidade deve ofertar ambiência, acolhimento, manejo correto da dor, diálogo e orientação em prol da saúde sexual e reprodutiva. Essa percepção negativa corrobora com elementos que sinalizam a repetição do padrão de atendimento inadequado encontrado em outras regiões do país. Portanto, recomenda-se que é necessário um amplo debate sobre a oferta de uma assistência humanizada que atenda integralmente as necessidades e direitos da mulher amazônida no processo de abortamento.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Aborto Induzido. Assistência Integral à Saúde da Mulher. Saúde da Mulher. Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

## **ABSTRACT**

Abortion is a serious public health problem in Brazil with annual records of an average of 230,000 hospitalizations in the Unified Health System. Reports of discrimination, threats, judgment and violation of privacy in maternity hospitals are recurrent. The objective of the study was to understand the perception of women in the process of unsafe abortion in the assistance of the health team in a public maternity hospital of reference in Manaus-AM. This is a single case report, qualitative and descriptive, through an interview via Google Meet. The participant was a 26-year-old black, low-income woman who went through an unsafe abortion process and sought care at a public maternity hospital in Manaus-AM. This is a single case report, qualitative and descriptive, through an interview via Google Meet. The participant was a 26-year-old black, low-income woman who went through an unsafe abortion process and sought care at a public maternity hospital in Manaus-AM. The following instruments were used: semi-structured script and a voice recorder. Qualitative data were analyzed using interpretative precepts based on Minayo's hermeneutics and dialectics (2007). It was found that the feelings recorded demonstrated the physical and psychological vulnerability of women in the context of unsafe abortion. The professionals' conduct was perceived as inappropriate, discriminatory and dehumanizing. Quality care should offer ambience, welcoming, sufficient pain relief, dialogue and guidance in favor of sexual and reproductive health. This negative perception corroborates with elements that signal the repetition of the inadequate service standard found in other regions of the country. Therefore, it is recommended that a broad debate is needed on the provision of humanized assistance that fully meets the needs and rights of Amazonian women in the abortion process.

## **KEYWORDS**

Induced Abortion. Comprehensive Health Care for Women. Women's Health. Health Services. Sistema Único de Saúde (SUS).

## RESUMEN

El aborto es un grave problema de salud pública en Brasil con registros anuales de un promedio de 230.000 hospitalizaciones en el Sistema Único de Salud. Las denuncias de discriminación, amenazas, juicios y violación de la privacidad en las maternidades son recurrentes. El objetivo del estudio fue comprender la percepción de las mujeres en proceso de aborto inseguro en la asistencia del equipo de salud en una maternidad pública de referencia en Manaus-AM. Se trata de un reporte de caso único, cualitativo y descriptivo, a través de una entrevista vía Google Meet. La participante era una mujer negra de 26 años, de bajos recursos, que pasó por un proceso de aborto inseguro y buscó atención en una maternidad pública en Manaus-AM. Se utilizaron los siguientes instrumentos: guión semiestructurado y una grabadora de voz. Los datos cualitativos se analizaron utilizando preceptos interpretativos basados en la hermenéutica y la dialéctica de Minayo (2007). Se constató que los sentimientos registrados demostraron la vulnerabilidad física y psicológica de las mujeres en el contexto del aborto inseguro. La conducta de los profesionales fue percibida como inapropiada, discriminatoria y deshumanizante. La atención de calidad debe ofrecer ambiente, acogida, correcto manejo del dolor, diálogo y orientación a favor de la salud sexual y reproductiva. Esta percepción negativa se corrobora con elementos que señalan la repetición del inadecuado estándar de servicio que se encuentra en otras regiones del país. Por lo tanto, se recomienda un amplio debate sobre la prestación de una asistencia humanizada que responda integralmente a las necesidades y derechos de las mujeres amazónicas en el proceso de aborto.

## PALABRAS CLAVE

Aborto provocado. Asistencia Integral a la Salud de la Mujer. La salud de la mujer. Servicios de salud. Sistema Único de Salud (SUS).

## 1 INTRODUÇÃO

O aborto é um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Na América Latina, há aqueles com legislações restritivas quanto à prática, sendo regiões com grande ocorrência de aborto inseguro com média de 44/1.000 casos (DOMINGUES, 2020). No Brasil, legalmente, é permitido apenas em três situações: gravidez que acarrete risco à vida da gestante, gravidez resultante de estupro e em casos de anencefalia fetal (BRASIL, 2004). Porém, a Pesquisa Nacional de Aborto de 2016, mostrou a frequente ocorrência do aborto inseguro entre as brasileiras. Cerca de 13% das 2.002 entrevistadas, com idades entre 18 e 39 anos, alfabetizadas e residentes em áreas urbanas, relataram ter realizado ao menos um aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Com ocorrência anual de cerca de 230 mil interações de mulheres no Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência de abortos inseguros, a prática se destaca como uma das principais causas de óbito materno (BRASIL, 2011); além de diversas complicações obstétricas e ginecológicas que levam à necessidade de internações e medicalização. Em 2015, foram registradas 770 mortes por abortamento e 220 por causas relacionadas que constavam na Declaração de Óbito (CARDOSO; BARBEIRO; SARACENI, 2020; JACOBS; BOING, 2022).

Apesar de mulheres de todas as classes sociais recorrerem ao procedimento, as taxas de realização são mais prevalentes em pretas, pardas, amarelas e indígenas, com menor escolaridade e renda; e que são elas que, no contexto da ilegalidade, clandestinidade e insegurança, ficam expostas com mais frequência a riscos de adoecimento e óbito (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Essa realidade reforça que os riscos da prática dos abortos clandestinos são bem maiores entre as mulheres mais marginalizadas da sociedade no Brasil (JACOBS; BOING, 2022).

O Norte do Brasil, no contexto de ocorrências obstétricas diretas, incluindo abortamento, é a região que possui a mais elevada razão de mortalidade materna e maior proporção de óbitos por intercorrências maternas (RIBEIRO; FREIRE, 2022). O Amazonas, entre 1996 a 2012, apresentou 85 mil internações por abortamento inseguro, assumindo assim, a segunda maior posição entre os índices da Região Norte (PEREIRA; VASCONCELOS; SOUSA, 2022), sendo que a heterogeneidade e as cargas culturais ampliam desigualdades e impactam diretamente nos padrões de serviços de saúde, podendo ser uma forte influência nas práticas de saúde da mulher (GARNELO, 2022). Logo, discutir saúde no contexto amazônico é um desafio, dadas as dificuldades e percalços entranhados na região.

No processo de busca e acesso ao atendimento em saúde, as mulheres em situação de abortamento se expõem de forma física, emocional e social. São inúmeras as queixas decorrentes da busca (ineficaz) por alívio, trazendo consigo vivências e sentimentos negativos: angústia, ansiedade, solidão, autocensura, medo de falar e ser punida, culpa, receio de ser humilhada e dúvidas quanto gravidezes futuras (GIUGLIANI, 2019). Assim, apesar de evidenciados os problemas relacionados ao estigma do aborto e implementada a NTAHA desde 2012, as práticas discriminatórias continuam presentes constantemente nos relatos daquelas que buscam uma assistência no serviço público de saúde (PEREIRA; VASCONCELOS; SOUSA, 2022; MADEIRO; RUFINO, 2017).

Diante desse cenário, o estudo buscou compreender como a mulher amazônica percebe a assistência recebida e quais os principais sentimentos que surgem diante da assistência recebida; abrangendo quais valores e saberes, segundo sua perspectiva, que estão relacionados à assistência. Pretendeu-se, a partir disso, debater qual o itinerário de cuidados adequado que a atenda integralmente à mulher em situação de abortamento inseguro, relacionando o quadro regional ao cenário nacional.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso único, descritivo e qualitativo, conduzido entre agosto de 2020 e julho de 2021. A participante foi uma mulher, 26 anos de idade, preta, de classe baixa, que passou por

processo de abortamento inseguro e buscou assistência em uma maternidade público na cidade de Manaus-AM, em 2019. Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via *Google Forms* devido residir em outro estado no momento da pesquisa. Para preservar o sigilo e não identificação, foi escolhido por ela o codinome “Renata” para expor seus relatos.

No que se refere à abrangência da amostra, embora seja um relato de caso, os resultados permitem conclamar a importância de criação de políticas públicas que fortaleça políticas de enfrentamento a descriminalização do aborto, sob o argumento que tem como efeito a redução nas taxas de mortalidade materna. Destaca-se que em países onde o aborto é proibido, se predomina o aborto clandestino e inseguro. Nesses mesmos países, os índices de mortalidade materna são elevados. Considera-se, portanto, que a lei penal não funciona, não impede a realização de abortos, mata e vulnerabiliza a saúde das mulheres (ANIS, 2019).

Para levantamento de dados, foi realizada entrevista via *Google Meet*, com uso de gravador de voz e roteiro semiestruturado previamente elaborado a partir do caderno da Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Abortamento, reeditada em 2011, e transcrita. Teve duração de duas horas e quarenta e oito minutos. O roteiro explorou três questões principais: 1- Os sentimentos que surgiram durante o atendimento; 2- A percepção da mulher acerca da conduta dos profissionais durante a assistência; 3- Os valores e saberes da mulher relacionados à assistência, com atenção à possibilidade de violência obstétrica.

Para análise qualitativa dos dados foram utilizados os preceitos categóricos da hermenêutica e dialética de Maria Cecília Minayo (2007), para fins de compreensão, interpretação, ordenação e organização do discurso, que permitem assegurar a coerência, concisão e a fidedignidade dos relatos. O estudo ocorreu de acordo com as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 - MS que trata de pesquisas científicas envolvendo seres humanos. A entrevista foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP/UEA) sob o número do parecer CAAE: 4.656.388.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado, durante a busca por participantes, que a pesquisa sobre o aborto possui grandes desafios pelo estigma histórico e cultural carregado pela prática, e também pelo receio em relação à ilegalidade do ato, pois muitas mulheres tendem a omitir a interrupção voluntária da gravidez ou declarar o aborto como espontâneo. Em decorrência dessa barreira, os pesquisadores tiveram dificuldade de encontrar participantes disponíveis a falar, havendo sucessivos contatos iniciais sem sucesso. Diante disso, optou-se por produzir um relato de caso único com o material coletado em entrevista. Não coincidentemente, a única participante que aceitou falar reside atualmente fora do estado do Amazonas.

De uma forma geral, as respostas relacionadas aos sentimentos que surgiram durante a assistência revelaram medo, vergonha, insatisfação, constrangimento, nervosismo, menosprezo, culpa e preocupação com o próprio estado de saúde. Percebeu-se também a invalidação recorrente de seus sentimentos; julgamento moral; descaso/desprezo; falta de acolhimento, orientações e privacidade.

O preconceito foi tão marcante de modo que foi entendido que as condutas foram inadequadas, discriminatórias e isentas de humanização. Renata entende como acompanhamento de qualidade aquele em que há acolhimento, apoio, diálogo e métodos que proporcionem alívio da dor.

#### 4 PERCEPÇÕES ACERCA DAS CONDUTAS DOS PROFISSIONAIS DURANTE A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Renata, ao perceber que precisaria de atendimento de um serviço de saúde devido cólicas abdominais intensas em decorrência de aborto retido, ela descreveu o predomínio da sensação de medo:

Eu tive muito medo né?! Medo de ir, medo de não conseguir o atendimento, de por algum motivo eles recusarem a me atenderem, ou até pior me atenderem ou eu sair dali respondendo algum processo ou então até presa, de chamarem polícia... esse no momento foi o meu maior medo assim.

Essa narrativa reforça que a associação de temores é um dos fatores que retardam a busca pelo serviço de saúde, podendo acarretar sérios danos à saúde das mulheres como diversas complicações clínicas e óbito (VELASQUEZ, 2021). Refletem também as consequências oriundas das políticas de saúde brasileiras ao abordarem a interrupção de gravidez com predominância sob o viés moral e religioso; além de intervenção policial com perspectiva criminalizadora (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Nessa questão, um estudo realizado nos hospitais públicos do Piauí e Salvador evidenciou que práticas de maus tratos, julgamentos morais, hostilidades e negligência por parte dos profissionais de saúde, causam receio na procura de auxílio médico e na revelação da realização da prática ilegal por medo de ser mal atendida no hospital (DUARTE; MORAES; ANDRADE, 2018). Durante a triagem, Renata se sentiu constrangida e nervosa ao ser atendimento por uma enfermeira:

Não, mas você tem certeza que isso tá acontecendo? Porque isso pode ser psicológico, é normal ter um sangramento, é normal isso, isso, aquilo... eu fiquei assim um pouco chateada porque eu 'tava' muito nervosa, eu 'tava' muito preocupada e pra mim também foi muito constrangedor chegar ali, conversar com ela.

Após o primeiro contato com a equipe plantonista, os sentimentos negativos pioraram, corroborando com uma nova pesquisa realizada em hospital público de referência em Teresina, que apontou que o atendimento inicial também foi descrito como um momento tenso e de muito medo, principalmente pela possibilidade da descoberta do comprimido na vagina (MADEIRO; RUFINO, 2017). Assim, após o procedimento, ao acordar na enfermaria, relatou que a mobilização emocional se manteve:

A ideia que eu tinha era que assim eu nunca mais ia ser a mesma pessoa, entendeu? [...] havia um acontecimento que tinha marcado a minha vida pro resto da minha vida, [...] que eu ia me culpar ainda por muitos anos apesar de no fundo eu sabia que não era minha

culpa [...] Eu esperava que viesse esse sentimento de ‘acabou’, mas não acabou. Assim, a dor te persegue ainda por muito tempo, o trauma te persegue por ainda muito tempo.

A afirmação de que a dor continua nos leva à reflexão de que, como um problema de saúde pública, a baixa qualidade da assistência ao abortamento inseguro não pode ser abordada apenas sob a perspectiva biomédica e fisiológica. Dentre as várias necessidades emergentes e contemporâneas, os debates sobre a interface entre saúde mental e saúde da mulher precisam ser ampliados para abordar as não maternidades e as dores psíquicas para além da depressão pós-parto. Um estudo realizado em uma maternidade pública em Teresina, corrobora com os sentimentos negativos da Renata como tristeza, impotência e angústia (PITILIN *et al.*, 2016).

Como se ninguém, é... se preocupasse em me ajudar pra que aquela situação não acontecesse de novo ‘você tá precisando de uma ajuda psicológica?’, ‘você tá precisando de uma... uma... de prevenção?’, ‘você quer uma conversa?’, ‘você quer me explicar? Me dizer como você se sente?’ nada!

A narrativa indica que a trajetória da interrupção da gravidez tem vários picos de intensidade experiencial. Assim como a tomada de decisão em procurar ajuda e o momento do esvaziamento uterino mostram-se mobilizadores, o pós-procedimento emerge como momento sensível de necessidade de assistência integral e psicológica.

A gente sai dali se sentindo um lixo, né?! [...] a pessoa mais baixa do mundo como se ninguém pudesse passar por uma situação pior, como se você tivesse suja, [...] totalmente envergonhada, [...] fora esse sentimento que a gente... que vem junto quando a gente fala assim ‘eu abortei’ é muito dolorido. Só uma mulher que faz sabe como é que é [...] a gente vem de uma criação de que [...] isso é um pecado. [...] Eu cresci achando que se isso acontecesse eu ia pro inferno, que era um crime, que era muito errado. E aí eles te tratam de uma forma que você sai dali pensando ‘Cara, que merda que eu fiz?’. [...] Então, faz... o tratamento faz a gente duvidar até das certezas da gente.

O discurso emerge reunindo elementos que desvelam o conjunto de forças que incidem sobre a temática do aborto inseguro. Há auto conceituações de menos valia, expressas pelas nomenclaturas “lixo” e “suja”, acompanhadas do sentimento de vergonha total, que culminam na expressão da dor pelo abortamento. Nesse construto, Zanello (2018) aponta para o processo de construção da existência feminina privilegiando seu papel e performances relacionadas à maternidade a partir do valor dado ao cumprimento do *script* da mãe. Nota-se ainda como se articulam os vieses repressivos da religião e moralidade, estruturando a perspectiva policialesca da experiência. As palavras “crime” e “inferno” juntas a culpabilizam.

Para compreender as práticas de assistência ao abortamento é necessário incluir os debates relacionados à violência obstétrica. Quando Renata foi questionada se havia outras pessoas além das profissionais no consultório durante o primeiro exame físico, respondeu que esteve a sós com as duas, mas que ficou chateada e se sentiu sem privacidade:

Uma coisa que me chateou bastante nesse primeiro exame foi que é... apesar de tá só as duas dentro da sala comigo eles não fecharam a porta. A porta ‘tava’ aberta e... tinha várias outras enfermeiras conversando na porta [...] Elas estavam conversando e olhando pra dentro enquanto eu ‘tava’ sendo examinada [...] elas não estavam dentro da sala, elas estavam tipo assim, um pouquinho mais pra trás do corredor na porta, [...] eu escutava a conversa delas e... e eu assim, não tive muita privacidade não.

Quanto à sua interação com todos os profissionais que lhe atenderam até a entrada no Centro Cirúrgico, frisou:

Toda vez que vinham falar comigo era uma pessoa diferente. [...] o tempo todo eu senti assim que eu tinha que explicar tudo de novo, eu tinha que conversar tudo de novo e... era de novo mesmo julgamento e... os médicos [...] também não falaram comigo em momento nenhum, nem perguntaram assim: ‘você tá sentindo dor?’, nada. Só quem falava comigo eram as enfermeiras e elas também falavam muito pouco assim, mal olhava para mim como se eu não tivesse ali” [...] “E ela não me explicou... a enfermeira sobre esse procedimento, [...] eu não cheguei a perguntar porque eu ‘tava’ tão envergonhada de tá ali [...] eu ‘tava’ com medo deles falarem alguma coisa. De alguma forma pra mim ainda era melhor eles me ignorando do que eles me retaliando, sabe?! Me julgando. [...] eu só fui [...] pra sala... é... eles me deram [...] uma sedação [...] eu não sabia qual era o procedimento [...] essa palavra curetagem nunca tinha escutado. É... eu só vim saber qual foi o procedimento depois quando aconteceu tudo, já que eu fui pra a enfermaria e que outras pacientes conversaram comigo.

A falta de privacidade, descontinuidade no atendimento e escassez no acesso à informação são consideradas violência obstétrica, pois relaciona-se com a objetificação do corpo feminino e ausência de promoção de direitos humanos na assistência à saúde. Embora, segundo Souza (2022), violência obstétrica seja, hoje, um termo polissêmico, aqui ele é utilizado como tradutor do entendimento de que a assistência em saúde. O conflito de forças e interesses faz com que Renata elabore um (falso) dilema entre ser ignorada ou retaliada, apresentando um jogo narrativo de compensação. Durante seus momentos na sala de cirurgia, Renata relatou como se sentiu acolhida por um estagiário:

Tinha um rapaz, ele segurava na minha cabeça, [...] eu vomitei bastante [...] eles nem perguntaram se eu tinha comido ou alguma coisa, nem nada, mas eu tinha jantado. E aí eu ‘tava’ me engasgando com o vômito, aí o rapaz veio virou meu rosto, passou a mão na minha cabeça ‘vai ficar tudo bem, não fica nervosa!’. Foi o único... a única pessoa que realmente que me acolheu naquele momento. Foi bem importante para mim assim, eu lembro que quando eu acordei eu fiquei pensando se era uma pessoa ou se era um anjo [...] E eu ‘tava’ passando bastante mal, mas mesmo assim o médico não falou comigo, só falava diretamente com o rapaz.

Sobre o início do procedimento com o médico, ela descreveu:

Ele encostou assim na minha perna, [...] sentou na cadeira na minha frente mandou eu descer um pouquinho meu quadril e foi a única vez que ele falou comigo [...] A ideia que passou pra mim [...] é que eles não queriam me atender [...] que eles ‘tavam’ bem chateados por eu estar ali, [...] como se eu não fosse merecedora daquele atendimento como as outras pessoas que estivessem ali.

Ao término, disse que não recebeu informações sobre o estado de saúde, os sentimentos e cuidados após a curetagem:

Ele me examinou num quarto com todas as outras mulheres lá [...] falou pra mim que era pra ‘mim’ esperar 2 horas eu acho, 3 horas... pra ver se eu ia ter uma hemorragia que eu já ia levar alta. Só. Eu ‘tava’ assim bastante preocupada pra saber se tinha ocorrido tudo bem porque [...] eu sabia que ia ser doloroso o processo, mas eu não achava que ia ficar tão dolorido ainda depois. [...] eu queria perguntar né?!, [...] mas também não tive coragem [...] Fiquei com medo de falar com o médico [...] esperei assim, que ele falasse assim... pelo menos como que eu deveria me cuidar depois dali, tipo ‘oh, você vai ter um sangramento por tanto tempo’, ‘oh, você tem que tomar o remédio’, ‘tem cuidado com isso’, ‘não coma isso’, ‘não faça esforço’ mas em nenhum momento ele... ele mostrou esse cuidado comigo [...] eu nem sabia o que era esse ‘tudo bem’, eu não sabia se tipo, se tudo bem era sangrar era doer, não doer [...] Eu não sabia se aquele sangramento era normal, quanto tempo ele ia ficar, que remédio que eu tinha que tomar ou cuidados que eu tinha que tomar.

Em relação ao fornecimento de informações por meio dos profissionais, disse que após o último exame uma enfermeira comunicou a alta e administração de um medicamento:

Ela falou que eu tinha tomado um remédio pra que não engravidasse nos próximos três meses, acho que era 2 meses e... e somente também. [...] Me deu um remédio na mão que era um remédio pra ‘mim’ tomar antes de sair, né?!, me entregou os papéis e me liberou.

É perceptível os fluxos não oficiais de desassistência e violação da mulher que decide pela não maternidade. Conforme apontado pela literatura de Madeiro e Rufino (2017), em situação de aborto inseguro, a ausência de informações sobre os procedimentos é um quadro já conhecido em outros estados do Brasil. Na pesquisa realizada no Rio de Janeiro, de 22 mulheres entrevistadas apenas cinco foram orientadas a buscar programas de planejamento familiar e adotar o uso de anticoncepcional oral, três delas relataram dificuldade de inserção e acompanhamento do programa (CARVALHO; PAES, 2014). Ou seja, é fator de comum ocorrência a negligência dos profissionais para com a saúde sexual e reprodutiva das pacientes em situação de interrupção de gravidez.

Frente ao questionamento de que se algum profissional de saúde do serviço havia lhe fornecido um atendimento diferente do que foi ofertado para as outras pacientes presentes, Renata respondeu que:

Elas, é... faziam muitos comentários entre elas né?! comigo elas não falavam, como se eu não tivesse lá, fizeram alguns comentários assim ‘Quê que essa menina fez?’ [...] ‘o quê

que essa garota fez?’ [...] nem perguntaram para mim, entendeu? [...] foi terrível assim pra mim. [...] eu ‘tava’ com muito medo [...] aquele momento que você se sente realmente uma criminosa”. [...] Eu acho que vem de um preconceito assim grande [...]. De sentir assim que a gente não tem o direito, de fazer isso, de tá ali. Como se isso fosse um caso único, que não acontecesse todos os dias, como se eu tivesse atentado a vida de alguém, como se eu não tivesse coração. Eu acho que elas agiram como, como se eu fosse uma mãe que estivesse maltratando uma criança.

Ela reconhece as falhas na assistência que recebeu por meio de seus sentimentos e classifica a assistência como negativa. Seu relato aproxima-se das narrativas de pacientes do Rio de Janeiro, que em estudo (CARVALHO; PAES, 2014) definiram a assistência que receberam como péssima ou ruim, devido à discriminação e ao mau atendimento decorrido em razão do pré-julgamento por parte dos profissionais de saúde.

Entretanto, mulheres dos estudos de Salvador, Recife e São Luís, e duas do Rio de Janeiro, acabaram por considerar as assistências que receberam como “adequada”, “boa” ou “dentro dos conformes”, pois, interpretam que estes comportamentos dos profissionais são “necessários” e bem-intencionados por mais que sejam brutos e ríspidos (MADEIRO; RUFINO, 2017; CARVALHO; PAES, 2014). Ao considerar a assistência que recebeu, Renata compartilhou quais as condutas que poderiam vir dos profissionais que fariam com que ela se sentisse melhor naquele momento, destacando em sua fala que gostaria de ser tratada como paciente:

Eu queria pelo menos assim uma explicação, entender o que ‘tava’ acontecendo, qual que seria o procedimento, quais seriam as sequelas, como eu deveria me cuidar depois, é... mesmo que talvez eles tivessem me dado uma bronca, não que eu acho que a gente tivesse esse direito, mas é... pelo menos ver que eu tava ali, que eu era paciente também [...] E... eu não ‘tava’ esperando [...] que eles fossem carinhosos, [...] mas realmente que eles me informassem o que ‘tava’ acontecendo [...] A impressão que me passou, que era a forma como eles lidavam, [...] eles trataram o meu caso assim, [...] eu tinha que tratar o meu caso assim também, ‘vou fingir que eu não estou com dor, que não estou sangrando, que isso não aconteceu, que vai passar!’ [...] mais ou menos o reflexo né?! [...] do tratamento que eu tive.

Nesse sentido, observamos que o potencial da relação profissional-usuária para produzir adoecimento (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). A reflexão sobre as condutas dos profissionais mostra iniciativas de silenciamento e apagamento da experiência tal como sentida.

## 5 SABERES E VALORES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

Por fim, ao ser questionada acerca de seus saberes e valores sobre a assistência e como o profissional deve agir nesse momento, Renata respondeu:

Eu acho que ninguém que atende alguém que está com dor e que está sofrendo deveria anular o sentimento daquela pessoa daquela maneira. [...] a dor física ela é... forte demais assim [...] a gente precisa de apoio [...] de ajuda [...] preciso que alguém diga assim ‘Calma, essa dor vai passar’, [...] ‘Eu vou fazer aqui tal coisa para que essa dor passe’. E ainda a gente conta com o... com o emocional né?!, porque [...] talvez... chegasse ali com um aborto espontâneo as pessoas iam [...] talvez me dá um pouquinho mais de atenção e entender que aquilo ‘tava’ sendo muito ruim pra mim, que eu também estava sofrendo com aquela situação, aliás, eu estava sofrendo... eu era a única que realmente estava sofrendo com aquela situação, e... e... eu esperava isso, [...] Que realmente quando a gente procura um atendimento você quer ser acolhida. Eu esperava pelo menos ser acolhida.

Os saberes básicos indicados como necessários à assistência ao processo de abortamento foram: acolhimento, humanização, manejo correto da dor e escuta qualificada. Além disso, as mulheres em situação de pós-aborto precisam de auxílio psicológico e/ou psiquiátrico, visto que as circunstâncias podem trazer sentimentos como culpa, ansiedade, angústia e depressão (SANTOS *et al.*, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebeu-se que antes mesmo da busca pelo serviço de saúde, a mulher em processo de abortamento já demonstra a presença de medo relacionado à expectativa do atendimento, devido ao estigma histórico que o aborto induzido carrega. Diante da necessidade de assistência, Renata, a participante porta-voz de outras mulheres, narrou sentimentos de medo, constrangimento, vergonha, angústia, culpa, desconforto, humilhação, insegurança e invisibilidade.

Quanto à percepção da assistência prestada pelos profissionais, observou-se ausência de privacidade para realizar os procedimentos, olhares julgadores, omissão de informação em relação aos procedimentos e aos cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Tais percepções destoam significativamente do que a participante apresenta como saberes e valores relacionados à assistência à saúde, que deveriam ser estruturados em reconhecimento e manejo da dor, e comunicação assertiva promotora da dignidade humana.

Sinaliza-se a necessidade deve ser considerada a carga emocional, física e social no contexto de interrupção de gravidez, para seja possível a execução de um itinerário de cuidados humanizado e uma recuperação adequada. Da assistência podem resultar sentimentos que dificultam os cuidados e acarretam danos à saúde da mulher, bem como ferem os direitos sexuais e reprodutivos, violando a dignidade humana como valor basilar.

## REFERÊNCIAS

ANIS – Instituto de Bioética. **Aborto**: por que precisamos descriminalizar? Brasília: Letras Livres, 2019. Disponível em: <https://anis.org.br/wp-content/uploads/2020/07/RELATORIO-ABORTO-PT.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, B. B.; BARBEIRO, F. M. S.; SARACENI, V. V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311X00188718>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que viveu o aborto inseguro. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 130-135, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140019>. Acesso em: 20 out. 2022.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M., MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 20 out. 2022.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1-40, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00190418>. Acesso em: 20 out. 2022.

DUARTE, N. I. G.; MORAES, L. L.; ANDRADE, C. B. Abortion experience in the media: analysis of abortive paths shared in an online community. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3337-3346, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/tbw7jP4ZMYS\\_xSLWQ9pjkk9](https://www.scielo.br/j/csc/a/tbw7jP4ZMYS_xSLWQ9pjkk9). Acesso em: 5 jan. 2023.

GARNELO L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. 1-4, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vb3KBsxsHwP-FM3kd3JfwDpN/?lang=pt#>. Acesso em: 20 out. 2022.

GIUGLIANI C. *et al.* O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1791, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960>. Acesso em: 20 out. 2022.

JACOBS, M. G.; BOING, A. C. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3689-3700, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.05352022>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8Vxx7RwswCYJLcTPhmvVbcP/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PEREIRA, A. L.; VASCONCELOS, M. N. G.; SOUSA, A. M. Perfil de mulheres em situação de abortamento atendidas em um hospital maternidades de referência na Cidade de Manaus, Amazonas: um estudo transversal. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 6, p. 42595-42607, 2022. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/48818>. Acesso em: 20 out. 2022.

PITILIN, E. B. *et al.* Cuidados de enfermagem em situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. **Enferm. glob.**, v. 15, n. 43, p. 439-451, 2016. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S169561412016000300017&lng=es&nrm=isso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412016000300017&lng=es&nrm=isso). Acesso em: 20 out. 2022.

RIBEIRO, C. A. L.; FREIRE, C. H. E. Mortalidade materna: perfil clínico e epidemiológico de uma maternidade pública do Amazonas. **Femina**, v. 50, n. 4, p. 230-235, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1380694>. Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, A. L. F. *et al.* Aspectos psicossociais que levam a mulher à prática do aborto. **Caderno de Graduação/Ciências Biológicas e da Saúde/UNIT**, v. 6, p. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/7638>. Acesso em: 20 out. 2022.

SOUZA, L. V. de. **Não tem jeito. Vocês vão precisar ouvir. Violência obstétrica no Brasil**: construção do termo, seu enfrentamento e mudanças na assistência obstétrica (1970-2015). 2022. 244 f. Tese (Doutorado) – Fiocruz-RJ, 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/53543>. Acesso em: 15 jan. 2023.

ZANELLO, V. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba, Paraná: Appris, 2018. Disponível em: <https://psicologianosuas.com/2019/11/24/saude-mental-genero-e-dispositivos-cultura-e-processos-de-subjetivacao-livro/>. Acesso em: 20 out. 2022.

---

**Recebido em:** 19 de Janeiro de 2023

**Avaliado em:** 17 de Abril de 2023

**Aceito em:** 26 de Abril de 2023

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Amazonas – UEA. E-mail: [dmac.enf17@uea.edu.br](mailto:dmac.enf17@uea.edu.br).

2 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas – UEA; Psicóloga. E-mail: [magalyferreira96@gmail.com](mailto:magalyferreira96@gmail.com).

3 Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social – IMS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; Psicóloga; Docente do PPG em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Amazonas – PPGSC/UEA; Vice coordenadora do Núcleo de Estudos Psicossociais sobre Direitos Humanos e Saúde – NEPDS/UEA. E-mail: [mtpontes@uea.edu.br](mailto:mtpontes@uea.edu.br).

4 Mestre em Biociências – UFOPA; Doutoranda do Curso de Saúde Pública na Amazônia – ILMD/FIOCRUZ/AM; Enfermeira. E-mail: [rayana-brito@hotmail.com](mailto:rayana-brito@hotmail.com).

5 Doutora em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM; Cientista Social; Professora da Universidade do Estado do Amazonas – UEA; Coordenadora Institucional do Doutorado em Saúde Pública na Amazônia – ILMD/FIOCRUZ - AM. E-mail: [smiguez@uea.edu.br](mailto:smiguez@uea.edu.br).

6 Doutor em Saúde Coletiva – UERJ; Psicólogo; Professor da Universidade do Estado do Amazonas – UEA; Coordenador de mestrado no PPG em Saúde Coletiva/PPGSC. E-mail: [almachado@uea.edu.br](mailto:almachado@uea.edu.br).

Copyright (c) 2023 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

