


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA INTEGRADA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

A VIVÊNCIA DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO
NA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

MON
APASH
2012

Rio de Janeiro, 2012



Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

**A VIVÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE
ABORTAMENTO NA ASSISTÊNCIA DE SAÚDE**

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título.

Orientadora: Mayla Cosmo Monteiro

Rio de Janeiro, 2012

U.F.R.J.
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE
N. ADM. 783020
N. SISTEMA 783020
N. NARRA

UFRJ
Maternidade-Escola



562290

Medeiros, Ana Paula

A vivência de mulheres em situação de abortamento na Assistência de Saúde / Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros. -- Rio de Janeiro: UFRJ / Maternidade Escola, 2012.

v, 46 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Mayla Cosmo Monteiro

Monografia (Lato Sensu) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Perinatal, 2012.

1. Aborto. 2. Psicologia. 3. Saúde da Mulher. 4. Psicologia em Saúde Perinatal – Monografia. I. Monteiro, Mayla Cosmo. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Perinatal, PRIM. III. Título.



A VIVÊNCIA DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO NA
ASSISTÊNCIA DE SAÚDE

Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

Mayla Cosmo Monteiro

Monografia de finalização do curso de especialização em nível de Residência Integrada e Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Ms. Mayla Cosmo Monteiro – PUC-Rio

Ms. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves – ME-UFRJ

Ms. Solange Frid Patrício

AGRADECIMENTOS

A essas mulheres, pela confiança em compartilharem suas vivências e sentimentos de forma tão corajosa, pois somente assim, essa pesquisa foi possível.

RESUMO

Título: A vivência de mulheres em situação de abortamento na Assistência de Saúde

Autoria: Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

Orientador(a): Mayla Cosmo Monteiro

A presente pesquisa trata de um estudo de natureza descritiva sobre a vivência de mulheres em situação de abortamento assistidas na Maternidade Escola da UFRJ. Caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utiliza a metodologia fenomenológica dentro da visão merleau-pontyana, a fim de compreender os múltiplos significados atribuídos à essa vivência em particular. O número elevado nos índices de abortamento, espontâneo ou provocado, mostra a importância do tema na atualidade, assim como a necessidade de reflexão por parte dos profissionais de saúde que atuam junto a essas mulheres, antes mesmo da concepção e após o processo completo. A partir dos relatos, foi possível compreender que a vivência de abortamento na vida de uma mulher pode deixar marcas de sofrimento psíquico importantes e atemporais, relativas ao processo de busca de atendimento, sentimentos de medo e desamparo, além da internação em uma maternidade, que gera o confronto aflitivo com sua perda, na presença de mães e bebês. Tais casos evidenciam que apenas o cuidado técnico não é suficiente, sendo necessário um atendimento que inclua a possibilidade de acolhimento e de espaço para expressão de seus sentimentos.

Palavras-chave:

aborto	saúde da mulher	psicologia
--------	-----------------	------------

ABSTRACT

Título em ingles: The experience of women having an abortion in Health Care

Autoria : Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

Orientador(a): Mayla Cosmo Monteiro

This research is a descriptive study about the experience of women having an abortion, assisted at Maternity Hospital of Federal University, in Rio de Janeiro, Brazil. It is characterized as a qualitative research that uses the phenomenological method in Merleau-ponty's view, to understand the multiple meanings attributed to this experience in particular. The high rates of abortion, spontaneous or induced, shows the importance of the topic currently, as well as the need for reflection of health professionals who work with these women, even before conception and after the complete process. From the reports, it was possible to understand that the experience of abortion on a woman's life can leave significant and timeless psychological marks, about the process of seeking care, feelings of fear and helplessness, besides of being in a maternity hospital, which generates distressing confrontation with their loss, in the presence of mothers and babies. These cases show that only the technical care is not enough, requiring a service that includes the possibility of favorable reception and space for the expression of their feelings.

Keywords:

abortion

women's health

psychology

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	06
2.	Desenvolvimento	
2.1.	Concepções sobre abortamento.....	09
2.2.	Aspectos psicológicos do processo de abortamento.....	12
2.3.	Metodologia.....	19
2.3.1.	Referencial metodológico.....	22
3.	Resultados.....	25
4.	Considerações finais.....	38
5.	Referências.....	41
6.	Apêndice	45
6.1.	Carta de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa.....	45
6.2.	Instrumento de coleta de dados.....	46

1. INTRODUÇÃO

O surgimento do interesse sobre o tema se deu durante os estágios realizados na Maternidade Carmela Dutra e na Maternidade Escola da UFRJ, nos anos de 2006 e 2007, ambas na cidade do Rio de Janeiro, onde a situação de abortamento vivida por inúmeras mulheres era claramente vista como uma vivência dolorosa física e emocionalmente e com a qual os próprios profissionais de saúde, em muitos casos, aparentavam dificuldade de lidar.

Atualmente, como residente multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ, meu interesse e inquietação se voltaram para esse contexto novamente. O dia a dia da assistência e inúmeras vezes apenas a partir de uma observação pude presenciar seus diversos sentimentos de dor, perda, medo, angústia e desconforto ao lado de outras pacientes, e indagar se, de fato, a atenção a essas pacientes era humanizada em seu amplo e complexo sentido, ou apenas eficaz, do ponto de vista biológico.

Considero, além das conseqüências físicas que podem ser diversas, a importância de, como profissionais de saúde, nos atentarmos cada vez mais, para as conseqüências psicológicas e sociais que se fazem presente na mulher que vivencia uma situação como essa, para que uma plena assistência de saúde seja realizada.

O abortamento é, sem dúvida, um tema complexo, já que envolve conceitos morais, culturais e religiosos muito presentes na nossa sociedade atualmente, em especial no caso de confirmação, ou até mesmo, na suspeita de ter sido provocado. Contudo, independente de sua etiologia, sendo espontâneo ou induzido, se apresenta como uma situação frequente e considerável no que diz respeito à saúde pública.

O número elevado nos índices de abortamento, espontâneo ou provocado, mostra a importância do tema na atualidade, assim como a necessidade de reflexão por parte dos profissionais de saúde que atuam junto a essas mulheres, antes mesmo da concepção e após o processo completo. Ainda encontra-se produção científica escassa sobre o tema, principalmente na área da psicologia, segundo Boemer e Mariutti (2003).

Dessa forma, essa pesquisa vem contribuir como produção acadêmica a partir da experiência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ e como objeto de reflexão com foco para a assistência prestada por todos os profissionais de saúde em contato com essas pacientes, fazendo parte, então, dessa vivência particularmente dolorosa, muitas vezes, do ponto de vista físico e psíquico.

Busca-se, a partir da metodologia fenomenológica, descrever e analisar como é a vivência do abortamento de acordo com a percepção das mulheres que estejam passando por essa experiência, considerando seus sentimentos, sensações, reflexões e expectativas, acerca desse momento em particular. Entende-se que, compreendendo a vivência das mulheres em situação de abortamento internadas em uma maternidade, seja possível a reflexão sobre a prática dos profissionais e, partindo de demandas suscitadas por tal reflexão, repensar novas estratégias de atendimento às usuárias e apoio para a equipe de saúde em geral.

A proposta da pesquisa é de apreender como essas mulheres percebem a experiência do abortamento, nesse momento de internação em uma maternidade. Dessa forma, a presente pesquisa tem como objetivos descrever o fenômeno do abortamento, de acordo com o relato de usuárias internadas na unidade e compreender o significado por elas atribuído a essa vivência particular.

Inicialmente, são vistas as questões relativas ao abortamento do ponto de vista clínico e concepções sobre o atendimento humanizado à essas mulheres e, a seguir, são abordados os

aspectos psicológicos do processo de abortamento. A partir disso, é apresentada a metodologia utilizada na pesquisa, assim como seu referencial, a fenomenologia. Posteriormente, os resultados encontrados surgem juntamente à discussão, dialogando com as referências encontradas na literatura e, por fim, as considerações, refletindo a partir do que foi possível trazer à tona com esta pesquisa.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Concepções sobre abortamento:

Em termos de definição clínica, abortamento significa a expulsão ou extração do produto da concepção antes que o feto seja viável, isto é, aproximadamente até a 22ª semana ou, se idade gestacional for desconhecida, com o produto pesando menos de 500 gramas. O abortamento pode ser considerado espontâneo quando ocorre a interrupção natural da gravidez e provocado ou induzido, quando, para efetivá-lo, utiliza-se de qualquer processo abortivo externo, químico ou mecânico. Este último pode ter a participação voluntária ou involuntária da gestante e ser considerado legal ou ilegal, de acordo com a legislação vigente no Brasil (RESENDE, 2000).

Atualmente, de acordo com o Código Penal, em parte especial datada de 1940, o aborto provocado é considerado uma prática criminosa, mas dispõe de não punição de tal crime as situações em que seja a única forma de salvar a vida da gestante e nos casos de gravidez que resulte de estupro. Contudo, nos últimos anos, há casos de incompatibilidade com a vida extra-uterina, em que vem sendo autorizada a interrupção da gravidez pelo poder judiciário, como o caso de anencefalia e outras malformações (ROCHA, 2004)

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, no Brasil, cerca de 31% das gestações terminam em abortamento, dentre essas, aproximadamente 10% das gestações são interrompidas por processos espontâneos (BRASIL, 2005). Apesar de no nosso país a prática do aborto provocado ser criminalizada – com exceções para os abortamentos previstos em lei – calcula-se que ocorram 1,4 milhões de abortos clandestinos anualmente (MARIUTTI, FUREGATO, 2010). Diante deste cenário, no nosso país, o aborto representa a quarta causa de morte materna (NERY *et al*, 2006).

É de suma importância salientar que a vivência do abortamento está intimamente relacionada com todo o contexto no qual se insere a mulher, período histórico, cultura, sociedade, até mesmo familiar e íntimo, como experiências únicas. Portanto, a compreensão do mesmo também deve envolver essas questões e o olhar para mulher deve se voltar para além do biológico, buscando entendê-la em suas expectativas, crenças e fantasias acerca da maternidade e, também, da opção de não ser mãe, encontrada em muitos discursos femininos na atualidade (MANSUR *apud* ESPINDOLA *et al*, 2006).

Segundo Gesteira *et al* (2006) o processo de abortamento não é isento de risco para a mulher, já que existem complicações possíveis de diversas ordens. São encontradas como consequências físicas de abortamento, ainda que nem sempre, a apresentação de hemorragias, infecções, perfurações uterinas, lacerações cervicais, esterilidade e até mesmo a morte materna; além de culpa e depressão como conseqüências psicológicas bastante freqüentes.

O Ministério da Saúde, no ano de 2005, elaborou a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento como um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde, a fim de garantir a qualidade do atendimento a essas mulheres. Ressalta que:

[...] A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo brasileiro à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações pode ameaçar a vida, a saúde física e mental das mulheres (BRASIL, 2005, pg.05).”.

O atendimento à essa mulher, deve ser comprometido com a qualidade tanto nos aspectos clínicos, quanto no acolhimento humanizado e, com a orientação necessária para prevenção da repetição desse quadro. A elaboração subjetiva dessa experiência, verbalização dos sentimentos – culpa, angústia, medo, solidão, alívio, etc. – a compreensão dos significados do abortamento e da maternidade no contexto de vida de cada mulher, quando há a disponibilidade da paciente, são temas a serem trabalhados pelos diversos profissionais de

saúde, evidentemente, sem deixar de lado as particularidades de cada formação (BRASIL, 2005).

2.2. Aspectos psicológicos do processo de abortamento

O abortamento é um processo da vida da mulher que se apresenta e tem repercussões nos âmbitos físicos, psicológicos e sociais. Diferentes significados são atribuídos à essa vivência particular e ainda que, as repercussões emocionais tenham a sua importância negada ou minimizada diante de outros fatores, entende-se que esses conteúdos se farão presentes e podem representar risco para a saúde psíquica da mulher que enfrenta tal situação (QUAYLE, 1997). Diversos são os fatores que influenciam nesse momento particular, sejam as concepções da própria mulher acerca da maternidade e, até mesmo, o contexto histórico e social no qual está inserida.

Silva e Iozzi (2002) observam que, ao fim do século XVII a relação da criança no seio familiar passou por uma mudança considerável, pela maior disponibilidade de recursos, a criança passa a ser protegida e resguardada. Assim, no início do século XVIII há uma redução da mortalidade infantil notada sem qualquer medida médica ou higiênica. Com o tempo a família torna-se o lugar de uma afeição necessária entre pais e filhos, valorizando o papel da criança no contexto familiar.

Da mesma forma, surge um novo valor do amor materno, de acordo com Badinter (1985). Não se ignora que esse sentimento existiu em todos os tempos, contudo no fim do século XVIII há a exaltação do amor materno como algo natural, favorável à espécie e à sociedade. Após o Antigo Regime, as perdas passam a interessar o Estado, que busca salvar as crianças, principalmente na primeira etapa da vida que era quando os pais estavam habituados a negligenciá-la. Para tal era preciso convencer as mães a se dedicarem a esse cuidado já esquecido, a partir de discursos insistentes e repetitivos acerca dessa “nobre função”. De forma inconsciente, algumas mulheres perceberam nisto a conquista de um valor, respeito e

reconhecimento que jamais tiveram. Contudo, nem todas as mulheres foram igualmente sensíveis a esses argumentos. A autora diz:

“Desde o século XVIII, vemos desenhar-se uma nova imagem de mãe, cujos traços não cessarão de se acentuar durante os dois séculos seguintes. A era das provas de amor começou. O bebê e a criança transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. A mulher aceita sacrificar-se para que seu filho viva, e viva melhor, junto dela” (Badinter, 1985, pg. 202).

Dessa forma, as representações sociais da maternidade na nossa cultura estão fortemente enraizadas no mito de mãe perfeita, que assume proporções insustentáveis, segundo as quais se acredita que a maternidade é inata à mulher. Ou seja, a gravidez faz parte do ciclo “normal” de vida da mulher e, naturalmente, ela desenvolve um amor inato por seus filhos (AZEVEDO E ARRAIS, 2006).

Mesmo com o crescente questionamento sobre essa “visão de mãe ideal”, ainda é presente na literatura e no senso comum essa perspectiva da mulher, como aquela que tem um amor inato e incondicional, sendo responsável pelo bem-estar psicológico e emocional da família (BADINTER, 1985).

Essa concepção da maternidade como “algo natural” entra em choque com as situações de abortamento, inevitavelmente, ainda que a gravidez não fosse desejada pela mulher. No caso do abortamento espontâneo, podem aparecer os sentimentos de frustração sobre esse “instinto maternal”, incompetência por não ter conseguido “concretizar um sonho” (seu o do parceiro) ou mesmo ter levado uma gravidez a diante, culpa, baixa estima pessoal, pesar, abandono, perda da fé, preocupação com a morte, hostilidade e raiva, desespero/desamparo, mágoa e sentimentos ruins em relação às pessoas ligadas a situação, desejo de terminar o relacionamento com o parceiro, perda de interesse sexual, friquidez, incapacidade de se perdoar, nervosismos e até mesmo impulsos suicidas, dentre outros (MARIUTI E FUREGATO, 2010).

No caso dos abortamentos provocados, além desses sentimentos que podem estar presentes, há um estigma relacionado a terem cometido um crime, aos preconceitos, tabus, conceitos morais e religiosos, que acarretam problemas psíquicos, mas também sociais, levando essas mulheres a passarem por essas situações sozinhas, em que se manifestam sentimentos de medo, culpa, desamparo, dentre outros. Há que se considerar também a possibilidade de sentimentos positivos como alívio, concomitantemente aos demais; nesses casos é percebido ainda mais a falta de acolhimento e aceitação da equipe de saúde. (BOEMER e MARIUTI, 2003).

Esse conflito pode ser ainda mais evidente, quando essa mulher se encontra internada em uma maternidade, vendo mulheres em uma situação que pode ser considerada “oposta” à sua, ouvindo o choro dos bebês, presenciando os cuidados de mães com seus filhos no leito ao lado. De acordo com Quayle (1997), dessa forma a mulher é constantemente lembrada “*de maneira pungente, sua perda que, teimosamente, não é reconhecida socialmente.*” (p.150).

Faz-se importante ressaltar que, o período da gestação é um momento de reorganização psíquica, de mudanças de papel social, de identidade, necessidade de adaptação e expectativas acerca de si e do bebê que imagina estar por vir. O que se espera, afinal, é o parto que apesar de temido é esperado e a chegada do bebê será a continuidade de todo esse processo emocional, que ainda estará acontecendo. Contudo, o abortamento interrompe esse “ciclo natural” de forma abrupta e a dor emocional, assim como a física, deve ser considerada (QUAYLE, 1997).

Bertolani e Oliveira (2010) em pesquisa realizada com 19 mulheres em situação de abortamento internadas no Hospital da Universidade Federal do Espírito Santo (Hucam) tiveram a oportunidade de entrevistar três mulheres após dois meses da alta hospitalar. As pesquisadoras obtiveram relatos dos mesmos sintomas emocionais descritos na primeira

entrevista, indicando que apesar de já estarem fisicamente recuperadas, ainda não se sentiam da mesma forma no âmbito psicológico. Outro achado relevante desta pesquisa foi que todas as mulheres afirmaram não terem sido questionadas sobre o que estavam sentindo em relação ao abortamento por outros profissionais de saúde, que não as pesquisadoras.

Soares (2003) realizou uma pesquisa sobre os profissionais de saúde frente ao aborto, identificando que a representação do abortamento para essa categoria oscilou entre ser um direito da mulher e um pecado, nos casos de abortamento provocado. O conflito entre o comprometimento com a assistência e a pressão externa, preceitos morais e religiosos foi um elemento bastante presente e, muitas vezes, coexistiram no mesmo profissional.

Segundo Gesteira *et al* (2006) essas mulheres passam por uma situação estigmatizada pela sociedade, por isso, muitas vezes estão sozinhas. Os profissionais de saúde, em alguns casos, se atêm aos cuidados técnicos e não se dão conta dessa necessidade que vai além. Os autores apontam que essas mulheres estão fragilizadas, precisam de acolhimento, paciência e atenção e podem estar desorganizadas, incoerentes, assustadas e paralisadas. Assim, acreditam que o atuar dos profissionais de saúde deve estar pautado no sentimento de perda e luto que as mulheres estão vivenciando e não conseguem ou não podem expressar. Gebara *apud* Pedrosa e Garcia (2000) afirma que a indução do abortamento para mulher “é sempre uma opção traumática, jamais um caminho de alegria...” (pág. 57).

O termo “aborto”, mesmo não em termos médicos, encontra também significados pejorativos, de falhar, não desenvolver, não obter êxito, impedir, malograr, frustrar, como bem lembra Quayle (1997). O que é, em especial na atualidade, repellido pela nossa sociedade, que privilegia o sucesso, a capacidade e a potência.

Segundo Assunção e Tocci (2003), a depressão é uma das repercussões emocionais mais citadas em estudos em diversos países, inclusive entre tipos diferentes de abortamento –

espontâneo, provocado e até mesmo com fins terapêuticos – não sendo encontrada diferença significativa entre estes. Os autores ainda afirmam que as chances desses sintomas evoluírem para um quadro psiquiátrico mais grave são quatro vezes maior do que na população em geral.

Mariutti e Furegato (2010), em estudo realizado no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, com olhar voltado aos fatores de proteção e risco para a depressão em mulheres após aborto, encontraram: condições sócio-econômicas e afetivas precárias, drogas, prostituição, falta de apoio social e familiar e violência, associados aos fatores de risco. Em relação aos fatores protetores detectaram condições sócio-econômicas favoráveis à criação dos filhos, apoio familiar, do companheiro e social, profissão e trabalho. Tais resultados demonstram que as necessidades de cuidado das mulheres nessas condições vão além do modelo clínico de assistência.

Em sua maioria, o contato entre paciente e profissional de saúde acontece exclusivamente no momento do procedimento técnico, não havendo acolhimento de suas demandas emocionais e nem estabelecimento de uma relação de empatia e afeto. Quando essa interação ocorre, tal conduta profissional é valorizada pelas mulheres, de acordo com Motta (2005).

Independentemente de o abortamento ter sido espontâneo ou provocado, as consequências psicológicas e sociais são presentes na vida da mulher que o vivencia e, o processo de luto se faz bastante frequente (BROMBERG, 2000).

Dependendo das expectativas e do vínculo já estabelecido com aquele “bebê que está por vir”, o abortamento pode ser vivido como a perda de um filho e, nesses casos, é como se a mulher vivesse um “luto não autorizado”, já que não houve o nascimento e nem a morte de forma “convencional”; assim os sentimentos não podem ser abertamente apresentados ou validados socialmente. Pois, não se valoriza a perda de um feto como uma situação de pesar e

conseqüente luto, entendendo que para determinada mulher ou família, tal experiência pode ser sentida como a perda de um ente querido, mas que jamais será conhecido (GESTEIRA *et al*, 2006) (QUAYLE, 1997).

Pontes (2009), em seu livro com relatos de mulheres que viveram o abortamento como um processo de dor e de luto, exemplifica:

“À minha volta as pessoas diziam: ‘São coisas que acontecem, da próxima vez tudo vai correr melhor...’ Coisas acontecem? Perder um filho é simplesmente uma coisa que acontece? Não. Perder um filho dói, tenha ele a idade que tiver, esteja ele ainda dentro do ventre ou não. Um filho é sempre um filho.” (p.73)

De acordo com Quayle (1997), o fato da nossa sociedade atualmente estar mais preocupada com o controle da natalidade faz com que, em geral, se dê pouca atenção às conseqüências emocionais decorrentes de um processo de abortamento, em especial quando não é voluntária, como um abortamento espontâneo. Somado a isso, diz a autora, que há dificuldade evidente nas culturas ocidentais em lidar com a temática da morte, fazendo com que os sentimentos acerca dessa situação não sejam facilmente explicitados no nosso cotidiano.

Bromberg (*apud* Gesteira *et al*, 2006) afirma que o luto deve ser vivenciado e a perda elaborada, caso contrário poderá se manifestar não só como a tristeza padrão, mas também como doenças psiquiátricas. Assim, faz-se necessário que essa perda seja dita, vivida, sentida e elaborada, mas não negada. Nesse ponto são válidos os “rituais fúnebres”, pois ali é permitido que se despeçam e que a pessoa enlutada seja considerada.

Faisal-Cury e Menezes (2006) identificaram a associação entre depressão e histórias de abortos prévios, durante um estudo com gestantes de média e baixa renda, em uma clínica privada, que não tinham história prévia de depressão, outros transtornos psiquiátricos, abuso de álcool e drogas e sem complicações clínicas e obstétricas.

Segundo Alvarado e colaboradores *apud* Baptista *et al* (2006), o histórico de abortos anteriores se encontram entre os fatores de risco ao desenvolvimento de depressão no período perinatal, juntamente a outros fatores como antecedentes psiquiátricos, descontentamento com a gestação, negativismo, baixo apoio emocional, viver sozinha, menor de idade, solteira, baixo nível educacional e sócio-econômico, partos problemáticos e atitudes negativas.

O que se percebe é que outros fatores de risco associados à depressão pós-parto também estão presentes na situação de abortamento, ou podem se relacionar a ela, como um descontentamento ou negativismo em relação a uma futura gravidez após a perda. Dessa forma, uma intervenção adequada e suporte emocional na situação de abortamento podem vir a ser uma atitude preventiva de um quadro depressivo, não somente após a perda, mas também futuramente, no caso de uma próxima gravidez.

2.3. Metodologia:

A presente pesquisa trata de um estudo de natureza descritiva sobre a vivência de mulheres em situação de abortamento assistidas na Maternidade Escola da UFRJ. Caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, que utiliza a metodologia fenomenológica dentro da visão merleau-pontyana, a fim de compreender os múltiplos significados dessa vivência, sendo consideradas as possíveis particularidades de cada sujeito.

De acordo com a Resolução nº196/96-CNS, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). Após terem sido suficientemente esclarecidas acerca dos objetivos da pesquisa e suas implicações, todas as participantes assinaram o TCLE em duas vias, uma permanecendo com a mesma e a outra com a pesquisadora.

Os critérios de inclusão foram: ser do sexo feminino, ter 18 anos ou mais, estar internada no período pós-abortamento na enfermaria obstétrica da Maternidade Escola da UFRJ, durante os dias em que a pesquisa for realizada, entre os meses de março a agosto de 2011. Os critérios de exclusão foram de mulheres que se recusaram a assinar o TCLE e casos em que a entrevista seja interrompida por vontade da entrevistada ou necessidade de atendimento de urgência por outro profissional.

Como estratégia de coleta de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com cada mulher, pautada em uma pergunta norteadora: *“Como está sendo pra você essa situação de abortamento? Você poderia me contar?”*. As entrevistas foram feitas separadamente, na sala do setor de Psicologia, garantindo maior acolhimento e privacidade, durante o período de internação na enfermaria obstétrica da unidade no pós-abortamento.

Além disso, pelas implicações fisiopatológicas próprias do abortamento, não seria viável abordar a mulher que está na emergência ou no centro obstétrico para a realização dos procedimentos definidos pela pesquisa. Tal conduta comprometeria a coleta dos dados, assim como a postura ética da entrevistadora, que visa à minimização de possíveis desconfortos físicos, mas também psicológicos. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas no período em que a mulher estava internada na enfermaria para observação e recuperação, ou até mesmo, no momento da alta hospitalar.

É possível considerar que nesse momento a mulher ainda vivencia a situação de abortamento presente à reflexão, assim como ainda necessita de cuidados dos diferentes profissionais da unidade (BOEMER E MARIUTTI, 2003).

Além das entrevistas, foram coletadas nos prontuários as seguintes informações: idade, paridade e situação conjugal, com o intuito apenas de descrever e compreender o contexto em que essa mulher se encontra, ou no sentido merleau-pontyano, a “mundaneidade” do sujeito. De acordo com Moreira (2004), é útil ao pesquisador fenomenológico conhecer sobre o sujeito o que for possível, porém jamais para o fim de controle e sim de uma compreensão dos significados por ele atribuídos, que se constitui em uma história ao mesmo tempo individual e social.

De acordo com Boemer e Mariutti (2003), segundo recomendação de diversos autores que utilizam a metodologia fenomenológica, o número de entrevistas não é pré-determinado, mas sim definido a partir do momento em que os depoimentos convergem nos seus significados, considerando que parte do fenômeno foi desvelada. Foram realizadas seis (06) entrevistas no total, entendendo que parte do fenômeno foi desvelada, a partir do momento em que os discursos começaram a se “repetir” e foi, então, possível extrair desses depoimentos unidades de significado comuns.

Dentre as dificuldades encontradas, uma delas foi referente ao breve tempo de internação dessas pacientes que, muitas vezes, permanecem pouco mais de um dia na instituição, considerando internação, procedimento e recuperação. Como as mulheres foram entrevistadas na fase pós-abortamento e em dias específicos de coleta de pesquisa, esse encontro foi prejudicado; algumas vezes se deu no momento da alta, encontrando algumas pacientes ansiosas pela saída da instituição e recusando-se a participar. Outra situação encontrada foi a recusa em dar o depoimento por este ser gravado.

A todas as pacientes, que aceitaram ou não participar, foi oferecida orientação acerca do Planejamento Familiar, assim como a possibilidade de agendá-lo na instituição.

A análise dos dados baseou-se no modelo descrito por Giorgi (*apud* HOLANDA, 2003), que a partir dos depoimentos colhidos, apresenta os seguintes passos: *leitura do todo*, a partir da transcrição das entrevistas feita exclusivamente pela entrevistadora, constando não somente as falas, mas as expressões não verbais como silêncios, pausas e choros, *discriminação das unidades de significados*, nesta etapa procurando captar os diferentes significados da experiência vivida por cada entrevistada acerca do tema a ser estudado; *transformação em linguagem psicológica com ênfase no fenômeno em estudo*, em que se busca traduzir esses significados para uma melhor compreensão do objeto de estudo; e *síntese das unidades de significado*, um relato consistente visando os objetivos da pesquisa.

Além das entrevistas, foi realizada uma pesquisa não sistematizada de artigos e publicações brasileiras referentes ao assunto abortamento (espontâneo e provocado), descartando os trabalhos que focassem exclusivamente a questão biológica e dando maior enfoque às pesquisas qualitativas que se aprofundaram nessa temática. A opção por estudar publicações do nosso país se deu por querer compreender, a partir de nossas referências culturais e até mesmo do ponto de vista da lei, o fenômeno do abortamento. Ainda é

encontrada uma literatura escassa sobre o tema, principalmente no que se refere a estudos de psicologia, embora o tema seja de grande relevância e estudos sobre as conseqüências psicológicas do processo de abortamento, espontâneo ou provocado, sejam imprescindíveis.

2.3.1. Referencial metodológico

A palavra “fenômeno” é de origem grega – *phänomen* – e deriva dos verbos “manifertar-se, aparecer”, ou seja, etimologicamente a definição de fenômeno é aquilo que aparece, ou o que é aparente na coisa, ou ainda, a aparência da coisa. O termo fenomenologia vem a partir da união das palavras gregas *logos* (discurso) e *phainestai* (o aparecer), ou seja, o discurso do aparecer das coisas.

Foi com Edmundo Husserl, nas primeiras décadas do século XX que a palavra “fenomenologia” ganhou seu significado atual, de ser o estudo dos fenômenos em si mesmos, visando uma evidência primordial, pensando a essência. Este foi um pensamento filosófico que influenciou sua época significativamente, tendo como alguns de seus seguidores Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty e como seu precursor, o mestre de Husserl, Frantz Brentano (RIBEIRO, 1985).

Segundo Forghieri (2004), o método fenomenológico no campo da filosofia teve como objetivo inicial a tentativa de se aproximar à essência do próprio conhecimento. Contudo, ao nos utilizarmos desse método na psicologia, esse objetivo passa a ser o de buscar compreender o sentido ou significado da vivência de uma determinada situação para a pessoa que a experiência. Para tanto, se faz necessário que o pesquisador fenomenológico se utilize da *redução fenomenológica*, ou seja, procure colocar “entre parênteses” os conhecimentos já

adquiridos sobre o fenômeno que está investigando, deixando suspensos os pressupostos e pré-conceitos, embora exista a impossibilidade dessa redução ser realizada de forma completa.

Dentro do movimento da fenomenologia existem nuances de acordo com os autores, considerando um engano se falar em método fenomenológico no singular. A autora defende que a metodologia de pesquisa fenomenológica sofre variações conforme o pensamento que a sustenta, sendo importante explicitar a perspectiva escolhida (MOREIRA, 2004). Nesse sentido, a presente pesquisa busca compreender o significado da experiência do abortamento enquanto uma experiência mundana, alinhada ao pensamento merleau-pontyano.

O psicólogo, antropólogo e filósofo francês Merleau-Ponty (1908-1961) é um fenomenologista que tem como tema a relação entre o homem e o mundo. Boris (1990), afirma que o conceito central de Merleau-Ponty é a noção de corpo: *“uma totalidade constituidora da inserção da consciência no mundo, dotada de um instrumento para a projeção de um mundo cultural, a linguagem”*. Reconhece ainda, a pluridimensionalidade da existência, sendo “consciência” e “mundo” dotados de ambiguidades. Merleau-Ponty era um fenomenologista-existencial, que recoloca a essência na existência, ou seja, preocupando-se com a essência do existente.

De acordo com essa perspectiva, a consciência não existe sozinha, negando a perspectiva dualista que divide o homem em interior e exterior. Assim, a percepção seria um campo de experiência, onde homem e objeto se fundem, ou seja, o homem faz parte do mundo, da mesma forma o mundo faz parte do homem, sendo este o conceito de “atolamento congênito”. Por isso, para um pesquisador se aproximar da realidade se faz necessária a redução fenomenológica, que evidentemente, nunca será absoluta (MOREIRA, 2004).

O método merleau-pontyano trata de uma fenomenologia existencial mundana, de caráter crítico, que pretende descrever e não tem o intuito de explicar ou analisar determinado

fenômeno. Para o autor, é a partir da visão singular, de uma experiência no mundo que se obtém os conhecimentos e que, sem isso, os conhecimentos científicos de nada significariam (MOREIRA, NOGUEIRA E ROCHA, 2007).

Assim, é em busca dessa descrição do “mundo vivido” pelas mulheres que vivenciam a situação de abortamento, que essa pesquisa pretende se desenvolver, entendendo que esta que sofre a experiência pode descrever melhor do que ninguém este fenômeno.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas seis pacientes e as idades variaram de 24 a 42 anos, idade média de 31 anos, sendo duas solteiras, três casadas e uma divorciada. Duas mulheres eram primigestas, três possuem um filho e, uma das pacientes tem dois filhos. Três dessas pacientes relataram uma perda gestacional anterior.

Todas as pacientes que se dispuseram a participar da pesquisa relataram um abortamento espontâneo, de uma gravidez, ainda que não tivesse sido planejada, no momento da perda já era desejada. As pacientes não tinham a presença de acompanhantes durante as suas internações e nem no momento da alta.

Não foi o objetivo inicial da pesquisa apenas abordar a temática do abortamento espontâneo, entendendo que a vivência de um abortamento provocado possa ser igualmente traumática e apresentando conseqüências psicológicas importantes, como já foi discutido anteriormente.

Faz-se importante ressaltar, a percepção de que as pacientes que se encontravam com o humor mais deprimido e chorosas foram as que mais se sentiram motivadas a falar sobre sua vivência. Todas as pacientes que, durante o convite, voluntariamente, afirmaram não desejarem a gravidez ou que “*se sentiam bem*”, se recusaram a participar da pesquisa. De acordo com Quayle (1997), a dificuldade em obter relatos sobre a dor ou sofrimento psíquico relacionados ao abortamento não se dá pelo fato destes não existirem, ou não ter valor para a mulher que o vivencia, mas pela “*existência de uma cultura surda e cega para essa dor*”, assim como para outras categorias de fracassos, em geral. Dessa forma, a mulher se cala, temendo a culpabilização pelo ocorrido, ou frases conformistas que indicam que o que aconteceu foi melhor para todos.

Após a leitura dos depoimentos e suas análises, foram captados seis unidades de significados: a vivência de um estado de choque caracterizado pela descrença; vivência dolorosa pela internação em uma maternidade; sentimentos de culpa e incapacidade; uma situação de luto referida como a perda de um filho; frustração das expectativas; um processo demorado em relação à assistência; expectativas negativas em relação à uma futura gravidez.

Vivência de um estado de choque, caracterizado pela descrença

Apesar dos sinais e sintomas físicos que, em geral, pacientes relatam durante o processo do abortamento, as mulheres atribuem o momento da notícia dada pelo profissional de saúde, em geral médico, sobre sua situação clínica, como o momento em que souberam que estavam abortando. Contudo, houve relatos de pacientes assintomáticas e que durante exames de rotina receberam a notícia de que o embrião havia parado de evoluir e, portanto, haveria a necessidade de induzir o processo de abortamento. Ainda assim, diante do diagnóstico médico, inicialmente é uma realidade difícil de assimilar. Portanto, relataram que nesse momento não acreditaram e negaram a realidade que lhes foi imposta, como nos trechos abaixo:

“Quando a médica falou pra mim que não tava ouvindo o coraçãozinho dele batendo... Não é possível, eu ouvi! Na última ultrassom eu ouvi, então não é possível... Tem, mexe, faz qualquer coisa. Mexeu, mexeu, nada. Não encontrou nada.(...) Eu não acreditei, não acreditei.”

“Tô muito zonza, nem acredito ainda (...) Eu ainda tinha esperança. Aí o médico disse que infelizmente o coração do meu bebê tinha parado. Naquele momento meu mundo desabou, queria sair correndo da sala, não tava acreditando. Nem tive coragem de fazer a coleta no dia, vim hoje. Eu não tava acreditando...”

“Aí pra mim, nossa, caiu o mundo! E ao mesmo tempo não, porque você não acredita nisso.”

Bertolani e Oliveira (2010), em seu estudo com pacientes em situação de abortamento, no Hospital Universitário do Espírito Santo, perceberam que as mulheres que já estavam cientes da gravidez e iniciaram o pré-natal apresentaram maior dificuldade em lidar com a perda. Entendem que tal fato sugere que as tecnologias – como o exame de ultrassonografia – favorecem o vínculo da mãe e o filho intra-útero e, sendo assim, vivenciam a perda de um filho e não de uma gestação.

Durante esse momento inicial de não aceitação do ocorrido, há a busca pelos motivos que ocasionaram a perda, o que muitas vezes é impossível de precisar. Tal fato, evidentemente, gera inúmeros questionamentos, que não respondidos podem suscitar fantasias sobre o que pode ter causado essa perda, culpabilização e comparações com experiências de gravidezes anteriores, exemplificado pelo relato:

“Aí eu perguntei: “Ele tá morto?”. Aí ele falou: “Tá, ele parou de evoluir na sexta semana”. Aí eu: “Como? Parou de evoluir como? A primeira gravidez que eu tive meu filho veio normal. Como é que o segundo não veio?”

Vivência de um processo demorado com relação à assistência

Um fato marcante e presente em todos os relatos foi o processo demorado entre a primeira entrada em um serviço de saúde e o atendimento completo necessário, nesses casos, a realização da curetagem e alta hospitalar. O que se percebe é que, inicialmente, as mulheres procuram serviços de emergência que, muitas vezes, não são aptos para atender mulheres em situação de abortamento, porém também não é feito um encaminhamento adequado.

Durante todo esse processo, de acordo com Quayle (1997), comumente as mulheres também temem por suas vidas, sua saúde, além de todo sofrimento físico pelo qual estão

passando. Nos trechos abaixo, percebemos o desamparo e as dificuldades de todo esse caminho até chegar ao local adequado para seu atendimento:

“Aí eu olhei pra cara dela: “A senhora tem certeza que vai me mandar pra casa sangrando?”. E ela: “Tenho, não tenho como te ajudar aqui porque eu não tenho o aparelho de ultrassom”.

“A assistente social tentou ligar pra aqui, pra Carmela Dutra e pra... pra que? Carmela Dutra... e Praça VX, pra ver se tinha vaga pra eu vim, pra caso já... a mulher me remover, né? Porque eu já não agüentava dar um passo, pra nada.”

Além disso, no momento que elas chegaram ao local onde foram atendidas, houve relatos de pacientes que receberam a medicação e foram orientadas a aguardarem em casa, até o processo de abortamento estar completo. Isso foi percebido como um período de muita apreensão, impacto e sofrimento, pois já compreendiam que a gravidez havia sido interrompida, no entanto ainda tinham que aguardar que todo o processo se completasse concretamente:

“A gente fica só mais com esse impasse, né, de saber que ficou com um bebezinho morto... já tava já duas semanas... mas, aí é mais com esse impacto, entendeu?”

“Aí bateu a ultra e viu, aí fez a transvaginal e viu. Aqui, uma coisinha mínima, mínima, pouquinho. Aí me passou remédio e depois de dois dias vai descer normal. Só que não descia, acho que eu fiquei tão naquela... que não desceu.”

No momento do atendimento, também houve relato acerca da demora e conseqüente sofrimento. Motta (2005), em seu estudo com mulheres em processo de abortamento incompleto durante o atendimento hospitalar, também evidenciou esse ponto, afirmando que as mulheres já chegam emocionalmente vulneráveis e são atendidas em um ambiente de expectativas. Tal percepção deveria ser considerada pelos profissionais de saúde, como forma de reflexão, para que se desenvolvesse a dinâmica de atendimento a mulher, já que nem

sempre é necessário permanecerem ao lado de outras mulheres em trabalho de parto, ou a real indicação de tantas horas em jejum, como no relato a seguir:

“Também foi um pouco sofrido, porque eu tinha que entrar em trabalho de parto forçado, né, através dos medicamentos, pra poder dilatar o colo do útero e nada disso aconteceu. O médico introduziu o medicamento, fiquei 24 horas de jejum, pra conseguir fazer a curetagem, pra tentar amolecer o útero, mas nada dava jeito, então foi muito sofrido.”

Vivência de culpa e incapacidade

De acordo com os relatos, a vivência do abortamento é sempre relacionada a afetos negativos, dentre os quais se destacaram os sentimentos de culpa e incapacidade. Quayle (1997) acredita que, devido ao fato das causas do abortamento espontâneo serem, por vezes, difíceis de identificar ou diagnosticar, essa perda se torna mais difícil de ser elaborada e faz com que a mulher busque explicações em suas crenças culturais. Percebe que, havendo a necessidade de se encontrar uma explicação, ou um responsável, este pode ser uma figura afetiva como o marido ou a mãe, o destino, superstições ou a vontade divina.

Foi presente nos discursos essa forte necessidade de encontrar uma explicação, em determinadas entrevistas inclusive, tal questão foi perguntada à entrevistadora ao final das gravações, recaindo novamente sobre a imprevisibilidade e falta de um diagnóstico preciso dos casos de abortamento. A questão da religião (vontade divina) e situações passadas de responsabilidade de outros, como caso de violência, também foram trazidas:

Ah, eu fiquei, “Ah Deus não gosta de mim”. Quase que eu caí em desespero? “Deus não gosta de mim, por que é que aconteceu isso?” A gente vê uma monte de mãe por aí que joga... joga a criança em lata de lixo, não se cuida... e eu me cuidei muito bem... não se cuida... faz qualquer coisa. E tem normal, né, tem o bebê lindo e maravilhoso... e a resposta que... (silêncio).

“Você fica pasma... você fica... Será que foi a minha idade? Será que a violência que eu sofri no meu passado... eu fico pensando em muita coisa e tudo vem à tona, entendeu? Tudo que passou na tua vida, vem à tona. Você pensa um monte de coisa, que você não é capaz, que você não tem capacidade mais de ter filho, que você é velha demais pra ter filho, entendeu? Tudo isso fica na tua cabeça.”

“Difícil porque a gente não consegue entender porquê, se foi a gente que fez alguma coisa de errado, algum esforço, não sei... Alguma coisa que a gente fez de errado que pode ter causado isso.”

Para Boemer e Mariutti (2003) mesmo nos casos de abortamento espontâneo a culpa emerge, ainda que seja uma culpa de não ter conseguido, apesar do desejo de levar a gravidez adiante. Bertolani e Oliveira (2010) acreditam que a imprevisibilidade do abortamento pode representar uma ferida narcísica grave na mulher, já que de forma geral, a gestação é vivida com ambivalência – “o desejo e o não desejo de ter aquele filho”- que podem contribuir para a culpa da mulher após a perda ter se concretizado.

“É muito ruim você falar que é uma incapacidade que você tem momentânea de gerar um filho. Você é capaz e ao mesmo tempo você se torna incapaz. O próprio organismo julga que você não estava apta a receber aquele embrião. Então é complicado, você perder, não é normal.”

“Um medo, um desespero, uma incompetência, sabe? Eu me sinto culpada porque eu deixei que meus problemas pessoais, meu estado emocional... Talvez isso prejudicou a criança, por isso que eu devo ter perdido. Eu não me perdôo, eu me culpo.”

Pedrosa e Garcia (2000) afirmam que atitude de profissionais diante do abortamento induzido deixa evidentes os padrões da nossa sociedade, que ainda consideram a maternidade como um destino óbvio para a mulher. Na presente pesquisa, é possível perceber que o mesmo pensamento permeia a fala das mulheres, quando se sentem extremamente incapazes de “cumprir um papel” que, supostamente, “todas as mulheres” conseguiriam, tornando a vivência emocional dessa perda ainda mais intensa.

Vivência de uma situação dolorosa, referida como a perda de um filho

Nos relatos obtidos foi evidente o sentimento em relação ao abortamento como a perda de um filho, do seu “bebê” e não de uma “gestação que não evoluiu” ou “um feto que poderia apresentar anomalias”, como é comum se ouvir falar dentro de uma instituição de saúde. Contudo, apesar de uma perda de um filho ser um evento em que é de consenso a necessidade de um luto, a elaboração dessa perda, nos casos em que isso se dá de forma extremamente prematura, esse sentimento perde seu espaço, sua legitimidade e muitas vezes não há espaço para essa mulher compartilhar essa vivência.

“E vi que meu bebê... né... Tinha perdido meu filho. Você não pode imaginar o que eu senti... um medo.... (silêncio).”

Bromberg (2000, *apud* Gesteira *et al*, 2006) afirma que o luto é uma reação normal frente ao rompimento de vínculo, compreendendo de forma mais ampla que apenas a morte de um ente querido, na qual a pessoa se reorganiza diante da perda, adaptando-se às mudanças necessárias, a partir de fatores internos, da sua estrutura psíquica, histórico de perdas, circunstâncias atuais, crenças e suporte emocional, que determinarão esse processo.

Diante de tal definição, entendemos que se faz necessário respeitar e dar espaço a esse luto, para que a mulher, de forma saudável, possa superar essa perda. Quayle (1997), afirma que um a intensidade do investimento na gestação também é um determinante nessa reação emocional, o que fica explícito na fala desta mulher:

“Eu tava com três meses, eu amava já mais que tudo na minha vida. Se eu tinha coração, agora só tenho a metade, não tenho mais, foi junto com esse bebê.”

Ainda de acordo com a autora, em pesquisa realizada com relatos de 268 perdas por abortamento espontâneo, observou-se que para 89% das mulheres houve a perda de um filho e não de uma gravidez ou um feto, corroborando o que foi encontrado nos relatos das mulheres da presente pesquisa, em que todas as seis participantes, em determinado momento, se referiram à perda, como sendo a de seu filho.

“Foi... no início, foi muito chocante assim, né... porque quando a gente vê a imagem mesmo do bebê lá na ultra que não tá mais vivo... foi muito chocante, muito ruim.”

“Eu não pude ouvir o chorinho do meu bebê.”

Evidentemente, os significados atribuídos à essas perdas são particulares para cada mulher e o luto se dará de formas diferentes. Contudo é necessário que os profissionais de saúde se atentem para o cuidado oferecido, até mesmo em tentativas de confortar a paciente, pois podem ignorar esse processo e necessário natural de luto. Pontes (2009) salienta que uma nova gestação, ainda que resulte no nascimento de um bebê saudável, não deverá ter a finalidade de substituir o filho anterior e, tal compreensão, pode ser um fator muito importante da perspectiva de saúde mental dessas mulheres que vivenciam um abortamento.

Vivência de frustração de expectativas

Todas as mulheres apresentaram em seu discurso, em algum momento, a questão da frustração das expectativas que elas tinham acerca desta gravidez, ainda que inicialmente esta gravidez não tenha sido planejada.

“Aí eu fiquei normal, mais assim nesse sentido, que lógico que o que a gente quer é que chegue até o final, já é a expectativa que a gente queria, né, já que chegue até o final.”

Nery *et al* (2006), em sua pesquisa sobre a vivência de mulheres em situação de abortamento espontâneo, ressalta que como consequência dessa perda, há também a perda de sonhos e esperança envoltos nessa construção da maternidade. Com isso, os sentimentos dessas mulheres podem se apresentar, além da frustração, como raiva, desespero, culpa, entre outros.

“Você tá sonhando com aquilo, ser mãe, né, que vai tudo certo, como é que vai ser... Você tá gostando e ao mesmo tempo preocupada, será que vou ser uma boa mãe? Como é que vai... entendeu? A gente pensa isso tudo. É uma coisa muito boa, entendeu? Mas, a gente tem que esquecer.”

“Te frustra. Te frustra como pessoa, te frustra como mãe, te frustra como mulher. É complicado.”

Tais expectativas, como são demarcadas no último trecho de depoimento, podem ser as mais variadas, já que uma gravidez representa mudanças em diversos âmbitos da vida da mulher, mudanças físicas, psicológicas, familiares, sociais, entre outras. E, para cada aspecto da vida da mulher, com a descoberta de uma gravidez, há perspectivas de mudanças, sonhos e expectativas (boas ou más) que, inevitavelmente, são frustradas com a brusca interrupção desse processo. Quayle (1997) define como se, nesse momento, a mulher estivesse “esvaziada física e psicicamente”, onde há a necessidade de lidar com esse vazio, essa falta, juntando a “crise normativa” da gravidez com a crise do abortamento e a obrigatoriedade de lidar socialmente com essas frustrações.

Vivência dolorosa em relação à internação em uma maternidade:

Uma das vivências mais marcantes e presentes nos discursos das mulheres ouvidas se referem ao “*estar em uma maternidade*”. A relação começa pelo fato de, no senso comum,

este espaço ser destinado a mulheres que vão “*ganhar seus filhos*” e, a mulher em situação de abortamento, está vivendo o que poderíamos chamar do avesso dessa experiência, como expressado por esse depoimento:

“Quando eu descobri que tava grávida, eu fiquei muito feliz. Todos os dias eu passo aqui, é perto do trabalho. Ai uma hora eu falei pra encarregada, né, que tava comigo: “Eu vou ter o meu filho aqui”. Mas nunca imaginei que aqui era que eu ia perder. Dói demais... dói demais.”

O fato de estar hospitalizada e toda a rotina de cuidados, deixam pública sua situação, mesmo que as pacientes não desejem falar sobre isso. Dessa forma, outras pacientes, diferentes profissionais e até mesmo acompanhantes e visitantes sabem de sua perda, o que gera constrangimentos e culpa, ainda que não se revele a causa do aborto, seja ele espontâneo ou provocado. É possível perceber que muitas dessas pacientes não interagem com as outras, procuram não sair de suas enfermarias, aparentando a vontade de não serem percebidas (BOEMER E MARIUTTI, 2003).

“É meio chato, né, porque a gente vê as mães todas com os bebezinhos e a gente sem, né? A gente se sente estranha até com a reação das próprias mães... que ficam meio assim... meio estranhas.”

Porém, o que parece ser a situação mais incômoda a partir dos relatos diz respeito a permanecerem na mesma enfermaria que mães e bebês, por se tratar de um alojamento conjunto. Nessa instituição em particular, não há uma rotina de organizar as enfermarias de forma a deixar pacientes em situação de abortamento afastadas de puérperas e seus bebês, sendo essa ação dependente do profissional em contato com a mesma, de sua sensibilidade em perceber essa necessidade e diante da rotina do dia em questão. Segundo Quayle (1997), essa é uma situação em que a mulher é defrontada a todo momento com a sua perda e, ao mesmo tempo, não tem a sua dor reconhecida socialmente, respeitada pelos que a cercam, como se a sua postura “devesse” ser de gratidão perante o cuidado recebido.

Contudo, o que percebemos é que, na maioria dos casos não há um cuidado (de forma ampla) ou mesmo a paciente não verbaliza esse desejo, considerando que a assistência é satisfatória – de acordo com o modelo clínico, biológico – preferindo não se queixar, o que não significa que essa condição não seja estressante ou motivo de angústia. Dentre as pacientes entrevistadas, houve o caso de uma mulher que esperou o fim da gravação para, posteriormente, comentar sobre esse incômodo. Solicitei que retomássemos a entrevista, esclarecendo que não haveria problemas e nem a identificaria pra equipe e, sendo assim, ela concordou. Tal fato aponta para uma dificuldade na comunicação com a equipe e manifestação de incômodos de ordem emocional.

“E ao mesmo tempo... assim, eu fui muito bem atendida, mas assim... eu acho que deveria tá mais controlado, entendeu? Porque a gente vê as mães ganhando, vê seus nenéns. Se eu tivesse vindo no primeiro dia que eu fiquei arrasada?”

“Era pra ser diferente, não ter mulheres com criança, nenê, outros ali... que isso faz a gente se sentir muito mal, muito mal. A gente se sente mais ‘nada’ do que já estava se sentindo, entendeu? Era pra sei diferente, pra ter salas diferentes, entendeu? Não com outras pessoas.”

Deparar-se com pacientes que tiveram seus filhos recentemente, realizando os cuidados diários, amamentação e, em especial, ouvir o choro de bebês é, para essas mulheres, como se defrontar com a sua perda, solidão, dor e expectativas que foram frustradas de forma concreta e, que relatam, de forma extremamente dolorosa:

“Aí hoje acordei e vi um monte de bebê chorando, chorinho perto de mim. Não consegui... tive que chorar (chorando). Eu não pude ouvir o chorinho do meu bebê.”

“Ah, me senti muito mal, sabe, você olha pro lado e vê uma criança com a mãe... Olha pro outro... Você dorme e acorda, vê criança do seu lado e você ali sozinha, sem a tua criança, que você não vai ter, entendeu? Você se sente muito mal, muito sozinha, muito solitária.”

“Eu não sei nem como é que eu vou sair daqui hoje. Se só em ver esses nenéns nascendo aqui... (chorando) tá doendo muito.”

Este significado atribuído por elas talvez seja o de maior relevância para os profissionais de saúde que lidam diariamente com essa situação. É fundamental, para um atendimento humanizado, preventivo e promotor de saúde – no seu entendimento mais amplo – o acolhimento respeitoso, a escuta, buscando formas de compreendê-las e minimizar seus sofrimentos.

Vivência de expectativas negativas em relação a uma futura gravidez

Pelo relato dessas mulheres, podemos compreender que as repercussões emocionais do abortamento vão além do período de tempo em que este ocorre. É possível que, os sentimentos pertinentes à essa perda anterior, venham a tona novamente quando a mulher se vê grávida, ou seja, “na mesma situação” em que, no passado, teve suas expectativas frustradas de forma inesperada. Com isso, há a idéia que “*pode acontecer de novo*”, que se reflete no medo de engravidar futuramente, pelo menos nesse período pós-abortamento, no qual as mulheres foram entrevistadas. Tal relato vai de encontro ao que as pessoas em geral e, no caso, profissionais de saúde costumam dizer à essas pacientes – “*Você poderá engravidar de novo!*” – que, aparentemente, geraria mais ansiedade, pelo que se percebe nos relatos abaixo:

“Foi meu primeiro filho... Tô sem esperança, como é que eu vou ter outro também, to com trauma, vou ter medo de engravidar, vou pensar que vou perder, de novo. Muito triste.”

“Não tenho nem vontade, no momento não passa na minha cabeça de engravidar e sentir toda aquela alegria de ter um bebezinho aqui dentro de mim. Vou ter medo, de engravidar e perder de novo.”

Espíndola *et al* (2006) afirma que as questões culturais e sociais representam a maior influência nas crenças de mulheres que vivenciam abortamentos em função do medo e de expectativas para uma nova gravidez, considerando o que é entendido por ela como papéis femininos na sociedade e fantasias sobre a maternidade.

Ou seja, é importante que se busque compreender o que significa para cada mulher ser mãe, nesse determinado momento de sua vida. Entendemos que na nossa sociedade, em geral, ainda é relacionada à feminilidade, a tarefa reprodutiva, o que inevitavelmente trará repercussões sociais importantes para a mulher que vivencia o abortamento. Quayle (1997) diz que, a partir de estudos e de sua própria experiência clínica, o abortamento pode ocasionar sentimentos de menos-valia e auto-depreciação, difíceis de serem elaborados. Tal percepção também foi encontrada em um dos relatos das entrevistadas:

“Mas, eu não quero tentar de novo, exatamente por causa disso, essa já é a segunda tentativa que eu já fiz. Eu me sinto mal, eu me sinto um nada, entendeu?”

Importante compreender que as perdas terão seus significados atribuídos às características e contextos pessoais, assim como de momentos distintos da vida da mulher e, conseqüentemente, a expectativa e os planos para uma futura gravidez também serão considerados a partir dessa perspectiva particular de cada uma, que fica bem explícito no relato a seguir:

“Aí depois vem aquelas pessoas falar: “Ah, pq você é muito velha pra ter filho de novo”, entendeu? Porque eu sei quem é que vem falar. A minha família vai falar, a família do meu esposo vai falar, entendeu. E isso é dolorido demais, entendeu?”

“Deus que sabe, né? É me acostumar. Porque eu já to com 41 anos, não planejei essa gravidez, mas ia ser bem vinda... perdi. Agora eu tenho medo... de encarar outra gravidez e acontecer a mesma coisa (silêncio).”

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao estudar e refletir sobre as questões referentes ao abortamento e ao atendimento da mulher que vivencia essa situação, é possível perceber a profundidade e amplitude desse tema, assim como sua importância incontestável, quando se busca a humanização dos serviços de saúde. Diante dessa situação surgem questões biológicas, antropológicas, sociais, culturais, religiosas e psicológicas que sugerem, então, a ampliação da visão sobre essas mulheres e a participação multidisciplinar no atendimento durante a internação hospitalar.

A assistência, de forma geral, ainda é muito centrada no que diz respeito às necessidades físicas, baseado do modelo clínico de saúde, sem uma visão holística do sujeito. Para se ter um cuidado, de fato, das mulheres que vivenciam essa situação, que pode ser tão dolorosa, é preciso compreendê-la como alguém que precisa de um atendimento clínico especializado, mas que também experimenta também um sofrimento psíquico, sendo necessário um atendimento que inclua a possibilidade de acolhimento, de espaço para expressão de seus sentimentos e conseqüentemente previna futuros danos em sua saúde mental.

É evidente que a individualidade e autonomia dessa mulher devem ser respeitadas. Um passo importante é a viabilização de espaço para elaboração da experiência vivida como tarefa de toda a equipe, entendendo que prestar apoio emocional e identificar, quando necessário, o atendimento especializado em saúde mental, são fundamentais para uma assistência de qualidade.

É importante também que não se perca a oportunidade de estabelecer um bom vínculo da mulher com a assistência, oferecendo informações e encaminhamentos necessários, como

por exemplo, o planejamento familiar e o atendimento psicológico especializado como formas de prevenção e promoção de saúde (física e mental). Muitas vezes, esse é um momento raro de contato da mulher mais próximo com o serviço de saúde, no qual, sentindo-se segura, bem cuidada, não haverá dúvidas quando houver a necessidade de ser assistida novamente.

Foi possível perceber, dentre as mulheres que aceitaram dar seus depoimentos sobre uma vivência tão íntima e marcante, o sentimento de conforto, por sentirem que suas dores foram respeitadas e valorizadas, dentro de um local em que se sentem tão oprimidas, tão inferiorizadas, diante de mães e bebês. Algumas chegaram a verbalizar o sentimento de alívio após terem se permitido contar suas histórias, falar de seus sofrimentos, suas perdas e com isso, começaram a se reorganizar diante dessa nova situação.

Os significados atribuídos a essa vivência falam, em especial, desse processo de busca de atendimento, desamparo, internação em uma maternidade, gerando o confronto aflitivo com sua perda ao se depararem com mães e bebês e seus sentimentos diante de tudo isso e do futuro, que ainda permanece de difícil aceitação. Com isso, é possível pensar que freqüentemente, a situação de abortamento na vida de uma mulher, deixa marcas de sofrimento psíquico importantes e atemporais.

Assim, a equipe multiprofissional de saúde que lida com essas pacientes deve atentar para o aspecto emocional dessa situação, reconhecendo que há uma perda, um luto a ser elaborado, por essa mulher e/ou sua família, que pode se configurar como um momento de muito sofrimento e necessidade de apoio por parte dos profissionais de saúde. Esses casos evidenciam que apenas o cuidado técnico não é suficiente, pois em grande parte dos casos, a situação é de fácil condução no que diz respeito à saúde física, mas o que se vê nos relatos trata de outra natureza de cuidado. Dessa forma, como um profissional de saúde é preciso

atentar para oferecer um atendimento acolhedor, que se baseie no respeito à mulher e suas necessidades, clínicas, sociais e emocionais.

5. REFERÊNCIAS

- AMATUZZI, Mauro Martins. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 26, n. 1, Mar. 2009 .
- ASSUNÇÃO AT. TOCCI HA. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Rev Enferm UNISA*, Santo Amaro, 2003.
- AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, 2006.
- BADINTER, E. Um amor conquistado: O mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; TORRES, Erika Cristina Rodrigues. Asociación entre soporte social, depresión y ansiedad en embarazadas. *Psic*, São Paulo, v. 7, n. 1, Jun. 2006 .
- BERTOLANI, Georgia Bianca Martins; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. *Saude soc.*, São Paulo, v. 19, n. 2, Jun. 2010.
- BOEMER, M.R.; MARIUTTI, M.G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. v. 37, n.2, p. 59-71, set/nov, 2003.
- BORIS, G. D. J. B. *Gestalt-Terapia e Filosofia: Onde nos perdemos e como nos (re)encontraremos?*. Conferência apresentada ao I Encontro Norte-Nordeste de Gestalt-Terapia, em Recife, de 29/11 a 02/02/1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BROMBERG, M. H. P. F. Aborto na adolescência: um duplo luto. In R. M. Macedo, (Org.), Família e comunidade. Coletâneas da Associação Nacional de Pesquisa, 1996.

_____. A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas: Livro Pleno, 2000.

ESPINDOLA, Ariane Thomaz et al . Crenças sobre gestação, parto e maternidade em mulheres gestantes com histórico de abortamento habitual. *Psicol. hosp.* (São Paulo), São Paulo, v. 4, n. 1, jan. 2006 .

FAISAL-CURY, Alexandre; MENEZES, Paulo Rossi. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Mar. 2006 .

FORGHIERI, Y.C. Psicologia Fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

GESTEIRA, S. M. dos A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2006.

HOLANDA, A. Pesquisa fenomenológica e psicologia eidética: elementos para um entendimento metodológico *In* Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas/Maria Alves Toledo Bruns, Adriano Furtado Holanda, organizadores. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. 2ª impressão, 2007.

MARIUTI, M.G., FUREGATO, A.R.F. O luto no processo de aborto provocado. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2010.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 2, Apr. 2010 .

MOREIRA, V. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v. 17, n. 3, 2004

MOREIRA, Virginia; NOGUEIRA, Fernanda Nícia Nunes; ROCHA, Márcio Arthoni Souto da. Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 24, n. 2, June 2007 .

MOTTA, Ilse Sodré da. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 5, n. 2, June 2005 .

NERY I.S.et al. Vivencia de Mulheres em Situação de Aborto Espontâneo. Rio de Janeiro: *Revista de Enfermagem UERJ*. V. 14, n. 01, p. 67- 73, jan/ mar.2006.

PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. Não vou esquecer nunca!: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, Dec. 2000 .

PONTES, Maria Manuela. *Maternidade interrompida: o drama da perda gestacional / Maria Manuela Pontes (org.)*. São Paulo, Ágora, 2009.

QUAYLE, J. O abortamento espontâneo e outras perdas gestacionais. In: TEDESCO, J. J. ZUGAIB, M.; QUAYLE, J. *Obstetrícia Psicossomática*. São Paulo, Atheneu, 1997.

REIS, C.S.A. Uma revisão de literatura sobre o aborto provocado e o aborto espontâneo. Disponível em: <http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_17923/artigo_sobre_uma_revisao_de_literatura_sobre_o_aborto_provocado_e_o_aborto_espontaneo> Acessado em: 10 de julho de 2010.

REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, RJ, 2000, 8ª ed.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. *Gestalt-Terapia: refazendo um caminho*. – São Paulo: Summus, 1985.

ROCHA, M. I. B. Planejamento Familiar e Aborto: discussões políticas e decisões no parlamento. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú-M G – Brasil, de 20 - 24 de setembro de 2004.

SILVA, A.C.O. e IOZZI, M.C.P. Perda gestacional. Monografia de Conclusão do Curso de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002. (Não publicada)

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010 .

6. APÊNDICES

6.1. Carta de aceite do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Maternidade-Escola
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2011.

Informamos a V. S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – CEP/ME-UFRJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ME-UFRJ - Nº. 20/2010
CAAE: 0022.0.361.000-10

Título do Projeto: “A vivência de mulheres em situação de abortamento na assistência de saúde”.

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Ana Paula Andrade da Silva de Medeiros

Instituição onde o trabalho de campo se realizará: Maternidade Escola da UFRJ

Data de recebimento no CEP/ME-UFRJ: 18/11/2010

Data da apreciação: 03/12/2010

Data da reapreciação: 11/02/2011

Parecer do CEP/ME-UFRJ: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, que o CEP/ME-UFRJ deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças no método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso, o mesmo venha a ser interrompido.

Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
 Maternidade-Escola da UFRJ
 CRM: 52.50381-1 SIAPE: 1186327

6.2. Instrumento de coleta de dados:

I.

Idade: _____

Gesta: _____ Para: _____ Abortamentos: _____

Situação conjugal: _____