

VIVÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO ESPONTÂNEO EM MATERNIDADE PÚBLICA

Resumo: Este estudo tem como objetivo expor as vivências e percepções de mulheres na experiência do abortamento espontâneo atendidas em uma maternidade pública de referência do nordeste brasileiro. Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, realizado em uma maternidade pública de Imperatriz - MA, nordeste do Brasil. A coleta, com 17 mulheres pós-abortamento espontâneo, ocorreu entre março e outubro de 2018. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo. Das falas emergiram quatro categorias: A experiência do abortamento; Sentimentos envolvidos e a concretização da perda; Violência Obstétrica e suas múltiplas faces; Religiosidade e resiliência. Mulheres em situação de abortamento espontâneo enfrentaram dor física e psicológica, medo, tristeza e vivenciaram casos de violência obstétrica durante atendimento hospitalar. Ao seu favor, estas mulheres utilizaram a religião como estratégia para compreender e superar a experiência vivenciada. A mulher com perda gestacional necessita de acompanhamento pós-alta para orientação sobre seus direitos reprodutivos. **Descritores:** Abortamento, Saúde Reprodutiva, Humanização, Enfermagem.

Experiences and perceptions of women undergoing spontaneous abortion in a public maternity hospital

Abstract: This study aims to expose the experiences and perceptions of women in the experience of spontaneous abortion attended in a public maternity of reference in northeastern Brazil. Descriptive-exploratory study of qualitative nature, carried out in a public maternity of Imperatriz - MA, northeastern Brazil. The collection, with 17 women after spontaneous abortion, occurred between March and October 2018. The data were analyzed by Content Analysis. Four categories emerged from the statements: The experience of abortion; Feelings involved and the realization of loss; Obstetric violence and its multiple faces; Religiosity and resilience. Women in situations of spontaneous abortion faced physical and psychological pain, fear, sadness and experienced cases of obstetric violence during hospital care. In their favor, these women used religion as a strategy to understand and overcome the experience experienced. Women with gestational loss need post-discharge follow-up for guidance on their reproductive rights. **Descriptors:** Abortion, Reproductive Health, Humanization, Nursing.

Experiencias y percepciones de mujeres sometidas a aborto espontáneo en una maternidad pública

Resumen: Este estudio tiene como objetivo exponer las experiencias y percepciones de las mujeres en la experiencia del aborto espontáneo al que asistieron una maternidad pública de referencia en el noreste de Brasil. Estudio descriptivo-exploratorio de naturaleza cualitativa, realizado en una maternidad pública de Imperatriz - MA, noreste de Brasil. La colección, con 17 mujeres después de un aborto espontáneo, se produjo entre marzo y octubre de 2018. Los datos fueron analizados por Content Analysis. De las declaraciones surgieron cuatro categorías: La experiencia del aborto; Sentimientos involucrados y la realización de la pérdida; Violencia obstétrica y sus múltiples rostros; Religiosidad y resiliencia. Las mujeres en situaciones de aborto espontáneo enfrentaron dolor físico y psicológico, miedo, tristeza y experimentaron casos de violencia obstétrica durante la atención hospitalaria. A su favor, estas mujeres utilizaron la religión como estrategia para entender y superar la experiencia experimentada. Las mujeres con pérdida gestacional necesitan seguimiento posterior a la descarga para obtener orientación sobre sus derechos reproductivos. **Descriptores:** Aborto, Salud Reproductiva, Humanización, Enfermería.

Descritores: Aborto, Salud Reproductiva, Humanización, Enfermería.

Christiane dos Santos de Carvalho

Enfermeira. Residente em enfermagem obstétrica no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. São Luis, MA, Brasil.

E-mail: christiane.sc@hotmail.com

Floriacy Stabnow Santos

Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.

E-mail: floriacycs@gmail.com

Laise Sousa Siqueira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.

E-mail: laisesousasiqueira@gmail.com

Livia Fernanda Siqueira Santos

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Discente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.

E-mail: livia-siqueira2011@hotmail.com

Marcelino Santos Neto

Farmacêutico bioquímico. Doutor em Ciências. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.

E-mail: karlanatyara@hotmail.com

Livia Maia Pascoal

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil. Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia da Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz, MA, Brasil.

E-mail: livia_mp@hotmail.com

Submissão: 12/02/2021

Aprovação: 22/10/2021

Publicação: 18/12/2021

Como citar este artigo:

Carvalho CS, Santos FS, Siqueira LS, Santos LFS, Neto MS, Pascoal LM. Vivências e percepções de mulheres em situação de abortamento espontâneo em maternidade pública. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):490-497.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.490-497>

Introdução

O abortamento é a interrupção da gravidez antes que seja possível a sobrevivência do feto em ambiente extrauterino, sendo chamado de aborto o produto do abortamento. Para o Ministério da Saúde, caracteriza-se abortamento a interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação ou, quando a idade gestacional é desconhecida, o aborto apresenta um peso inferior a 500g. Superando estes quesitos, passa a ser considerado um natimorto¹.

O aborto espontâneo ocorre por causas naturais, ou seja, sem intenção da mulher ou de terceiros, e sem qualquer intervenção médica, sendo suas principais causas as anomalias cromossômicas, doenças bacterianas e virais, doenças autoimunes, idade da progenitora, estresse e até uso de drogas, entretanto, na maioria das vezes a causa é desconhecida^{2,3}.

Acerca disto, uma pesquisa⁴ revela que, entre as gestações confirmadas, 10% a 20% terminam em abortamento espontâneo, nas quais, 70% dos abortamentos ocorrem até a 6ª semana de gestação. Se forem consideradas as gestações não confirmadas, a porcentagem de abortamento pode chegar a 67%⁴.

Anualmente entre 2010 e 2014 ocorreram 25 milhões de abortos não seguros no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, e a maioria ocorreu em países em desenvolvimento na África, Ásia e América Latina⁵.

Há casos em que o produto da concepção pode ser dissolvido, reabsorvido e até mumificado no organismo da mulher, podendo ocasionar o óbito materno antes da expulsão. Dessa forma, a mulher necessita de atendimento hospitalar para confirmação do esvaziamento uterino, e caso não tenha ocorrido,

há necessidade de realização de procedimentos para retirada de restos fetais e placentários. Procedimentos estes que abrangem desde métodos farmacológicos, como uso do Misoprostol® via oral, sublingual ou vaginal, a métodos cirúrgicos, como a aspiração manual intrauterina a vácuo ou elétrica e curetagem⁶.

Portanto, o abortamento é doloroso devido às mudanças psicológicas, físicas, biológicas e sociais as quais a mulher vivencia e devido aos procedimentos que a mesma é submetida. A interrupção da gestação tende ainda a representar um significado negativo pessoal de impotência, de insegurança e de medo, que, mesmo sem o nascimento de um ser, desperta sentimentos de luto⁷.

Nesse contexto, diante da ocorrência do abortamento espontâneo e seu impacto para as mulheres, este estudo objetiva expor a vivência e percepção de mulheres em situação de abortamento espontâneo atendidas em uma maternidade pública de referência no nordeste brasileiro.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa desenvolvida em uma maternidade pública de referência para alta complexidade na saúde da mulher, no município de Imperatriz (MA), região nordeste do Brasil.

Participaram da pesquisa 17 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: estar em processo de pós-abortamento espontâneo, procedentes de qualquer cidade. Foram excluídas mulheres com idade inferior a 18 anos, com presença de extremo humor deprimido e queixas algícas, o que poderia comprometer a qualidade da pesquisa.

Os dados foram coletados entre março e outubro de 2018 por meio de uma entrevista gravada em áudio

conduzida por um roteiro de entrevista individual semiestruturado, com duas partes, a primeira com dados de caracterização das participantes e a segunda com dados referentes a temática.

As participantes foram identificadas por nomes de flores. As entrevistas foram realizadas em local reservado e silencioso nas dependências da maternidade, com apenas a presença da participante e a pesquisadora, tiveram a duração média de quinze minutos e foram gravadas com auxílio de um gravador digital. A limitação do número de participantes se deu pela saturação de dados observada durante o desenvolvimento da pesquisa.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os discursos foram analisados por meio da Análise do Conteúdo⁸ que se caracterizou por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados.

A pesquisa atendeu aos critérios éticos e legais, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁹. As participantes foram informadas sobre a pesquisa e incluídas na mesma após aceite e assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido e o projeto foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer nº 2.335.723.

Resultados

Caracterização da amostra

Participaram desta pesquisa 17 mulheres, que tinham entre 18 a 40 anos, com predomínio de mulheres da cor parda (12: 70,0%). Em relação à escolaridade, nove (52,9 %) tinham o ensino médio, cinco (29,4%) ensino superior e três (18,0%) ensino fundamental. Quanto ao estado civil, eram solteiras nove mulheres (52,9%), cinco (29,4%) eram casadas,

viviam em união estável duas (12,0%) e era divorciada uma (6,0%). Quanto à atividade laboral, nove (52,9%) tinham emprego formal e oito (47,1%) eram donas de casa. A renda familiar das participantes variou de um a cinco salários mínimos. Eram católicas cinco mulheres (29,4%), eram protestantes seis mulheres (35,3%) e não tinham religião cinco mulheres (35,3%). Planejaram a gravidez sete mulheres (41,0%) e dez (59,0%) não planejaram.

Por meio da construção das unidades temáticas, foi possível organizar os resultados em quatro categorias: A experiência do abortamento; Sentimentos envolvidos e a concretização da perda; Violência Obstétrica e suas múltiplas faces; Religiosidade e resiliência.

A experiência do abortamento

A presente categoria surgiu quando se buscou compreender de que forma a mulher vivenciou a situação do abortamento, iniciando com a descoberta da perda gestacional. Nas falas, elas relataram ter tido uma experiência negativa permeada por medo e dor:

“Medo. Senti muito medo, aí falei pra minha irmã. Já estava sangrando forte”. Íris

“Terrível! (sorrisos leves) Nem tristeza é mais. Não sei te explicar. Fico assim pensando, porque meu marido queria tanto um filho meu. É uma experiência que eu não desejo pra ninguém”. Violeta

Em outras falas, se observou o medo de repetição da situação e enfrentamento do sofrimento físico:

“Medo assim de engravidar de novo e passar por tudo de novo. O que fica passando na cabeça é isso”. Violeta

“Fiquei com muito medo. Estava com medo até de entrar em depressão. Porque a outra eu perdi com quatro meses. Essa aí agora eu perdi com dois meses”. Girassol

“Muita cólica e dor nas costas! Aí eu percebi que estava abortando aí eu vim fazer a

ultrassom e o médico confirmou que era aborto retido". Crisântemo

"Deus, é horrível! É ruim, dor e medo depois que passa o efeito da anestesia, porque dá enjoo, tontura, muita tontura e aí eu vomitei para caramba e estou com frio que só aqui". (Lótus)

"É muita dor. A enfermeira explicou que é pior que a dor do parto normal, porque tenho que botar força por mim e pelo bebê que tá morto, né, no caso o bebe não ajuda". Íris

"Passei a noite todinha sentindo dor. Mas não tive sangramento e nem nada, só dor mesmo". Dália

Em mulheres com experiências anteriores de abortamento, a reflexão sobre a perda atual somada com a perda anterior desperta um receio futuro:

"Vou me cuidar agora pra não engravidar tão cedo. Daqui um ano eu pretendo sim ter outro bebê". Crisântemo

"Meu plano é fazer tratamento pra saber por que eu estou tendo esses abortos". Flora

Sentimentos envolvidos e a concretização da perda

A gravidez representa construção e elaboração de planos para receber bem o novo indivíduo e o fim desta, quando ocorre de forma involuntária, como demonstram as falas a seguir, aponta para o sofrimento psicológico, que marca a interrupção de sonhos, a destruição de planos e início da dor psicológica:

"Pra mim foi como se um sonho tivesse acabado e foi justamente no dia que meu filho estava completando 15 anos, então foi uma mistura de sentimentos, feliz com o aniversário de um filho e triste com a perda de outro". Dália
"Meu Deus, parece que quando eu estava no efeito da anestesia, parece que eu estava sonhando tanta coisa assim, quando eu acordei na realidade aqui, sem comentários". Lótus

A concretização da perda gestacional trouxe um momento de alívio para uma das participantes, não sobre o fim gestacional em si, mas sobre toda a experiência tida como negativa, como observado na fala:

"Me sentindo aliviada, porque estava sentindo muita dor. Muita dor mesmo". Tulipa

Violência Obstétrica e suas múltiplas faces

Esta categoria surgiu quando se buscou conhecer a qualidade do atendimento prestado, às mulheres em situação de abortamento e de que forma estas avaliaram a assistência recebida. Pelos relatos, se observa que o atendimento às mulheres se diferenciou quanto aos profissionais:

"Tem uns funcionários que atendem a gente super bem. Mas já tem outros que não são tão atenciosos". Begônia

"Quando cheguei, quando começou, a primeira vez que começou a sangrar, o médico disse que era normal virou as costas e saiu, sem nem olhar, sem explicar, sem falar nada. Aí aconteceu isso. Mas os de hoje, não tive problemas com eles. Foram bons e bem explicativos". Nenúfar

"Bom, da primeira vez eu não gostei, não foi muito bem. Eles mal olharam pra mim, só fizeram toque, fizeram aquela coisa rápida e me mandaram pra casa. Já da segunda vez fui bem atendida, já gostei. Ninguém me tratou mal, não. Da primeira vez não gostei". Crisântemo

"De certa forma, sim, até porque eu já vinha numa experiência do meu último filho que eu tive aqui no Regional. Então, você vem assim com aquele receio. As técnicas eram meio brutas, por mais que você está em um momento sensível, em um momento de dor, é bem desesperador, porque você chega em um momento de dizer: 'Meu Deus, será que eu vou resistir?' e elas não tinham aquele cuidado de se colocar no lugar do outro, tipo assim: 'abre as pernas', eram bem brutas, então é difícil, então eu vim com o pé atrás no atendimento". Petúnia

Durante o processo de abortamento, até mesmo na recuperação pós-abortamento, estas mulheres se encontravam internadas em enfermarias juntamente com puérperas, algo que despertou sentimentos negativos. Observa-se pelas falas que o desconforto não foi decorrente de conviver com outras mulheres, mas de ver e ouvir outras crianças, remetendo às lembranças e concretização da sua perda:

“Porque a gente fica vendo as crianças dos outros, aí fica com aquele pensamento na cabeça. De ter perdido”. Girassol

“Me sinto confortável não, fico triste por ter perdido o meu. Queria tá com ele agora”. Tulipa

“Porque assim, a gente vê o bebê, eles começam a chorar e a gente lembra dos da gente”. Violeta

Religiosidade e resiliência

Na questão do abortamento, houve a presença da religião em falas que envolveram o enfrentamento e a resiliência da situação. Em umas das falas, foi revelado que algumas mulheres pediram ajuda divina para que não abortassem:

“Pedi pra Deus não deixar. Mas perdi mesmo assim”. Girassol

“Estava orando muito, estava orando bastante pra que eu segurasse meu nenê, pra que eu não perdesse”. Tulipa

Quanto à resiliência da perda, Deus é citado como principal motivo para a aceitação da situação e superação, devido ao Seu conhecimento e planos futuros para as participantes. Nesse sentido, o abortamento é visto como algo superável, que ocorreu por fazer parte de um plano divino:

“Só procurar mesmo Deus e ter fé, sempre!” Adônis

“Assim, porque acredito que tudo acontece da maneira que Deus quer. Se for da vontade Dele, é igualmente quando eu engravidar. “Senhor, se for da Tua vontade, que fique, se não”... Crisântemo

“Assim, eu acho que não era pra acontecer, porque Deus sabe o que ele faz, né? Mas as vezes não era isso que Deus estava preparando pra mim. E aí Ele, as vezes Ele vai preparar outro, as vezes até dois, meu sonho é ter dois filhos (risos)”. Margarida

“Deus sabe o que faz. Se porventura Ele achou melhor que acontecesse isso, então que fosse acontecer assim”. Nenúfar

Discussão

A gravidez exige que a mulher enfrente um processo de ajustamento, em que ela passa por

mudanças físicas e psicológicas e onde há aceitação da gravidez¹⁰. Assim, ao passo em que se prepara para a aceitação de um novo ser, sendo ele planejado ou não, com o abortamento, a mulher vivencia uma experiência negativa, que marcará uma fase em sua vida pela intensidade do momento vivido^{11,12}.

O medo foi um sentimento bastante relatado nas falas, e ele tende a atrapalhar as novas tentativas de gravidez. Pesquisas apontam que o abortamento gera sentimentos e receios futuros e levam a mulher à insegurança, que passa a desacreditar em seu potencial para engravidar novamente. Além disso, quando um casal possui histórico de abortamento, após decidir por uma nova gravidez, apresentam ansiedade, perda de libido e do desejo sexual^{10,13}.

Em consonância com isso, as falas revelaram, por parte de algumas participantes, o receio sobre uma nova gravidez, seja pela insegurança, medo ou pela mulher, mais uma vez, se ver inserida diante de uma perda gestacional¹⁴. Esta questão desperta preocupações, pois, como afirmam alguns pesquisadores³, mulheres com histórico de Abortamento Espontâneo de Repetição (AER) apresentam mais chances de terem sintomas de depressão, o que pode comprometer a sexualidade do casal.

Foi evidente ainda, que o abortamento, mesmo entre aquelas que não planejaram a gravidez, representou uma quebra de expectativa, sendo caracterizada pelo sentimento de tristeza e perda¹⁵.

Esse sentimento pode ser explicado, pelo fato de a gravidez permitir a construção de vínculo entre mãe e filho, onde a mãe passa a criar expectativas sobre o novo ser, gerando afeto antes mesmo do nascimento. Com o abortamento, há quebra deste vínculo, e então

surge a tristeza e angústia, trazendo sofrimento para a mulher⁷.

Para uma, devido ao sofrimento intenso, a concretização da perda trouxe um sentimento de alívio, pois garantia que terminara ali toda a experiência negativa.

É sabido que mulheres em situações de abortamento quando buscam atendimento, em sua maioria, chegam em condições clínicas desfavoráveis apresentando sinais e sintomas como sangramento vaginal excessivo, dores abdominais, febre, entre outros. Além destes, restam ainda sintomas psicológicos, como o sofrimento, sensação de impotência, tristeza profunda, sintomas estes que se intensificam quando não encontra no atendimento o cuidado e escuta que necessitam¹⁶.

Frente a este fato, houve relatos da ocorrência de violência obstétrica. Esta é definida como uma violência que acontece nas instituições de saúde contra mulheres no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Como observado nas falas, o atendimento afeta o conforto da mulher, que não possui suas dúvidas esclarecidas, não se sentem bem acolhidas e tendem a criar uma imagem negativa da instituição, afetando novas buscas por atendimento^{17,18}.

O presente trabalho apresentou que as experiências vividas pelas participantes tendem a se acentuar com a abordagem negativa do profissional, o que pode intensificar o sofrimento psíquico e desconforto. Portanto, nota-se que há uma necessidade de capacitação da equipe para uma abordagem humanizada à mulher, visando ofertar

conforto, promover um ambiente acolhedor e diminuir seu sofrimento diante da situação¹⁹.

Mesmo após a vivência do abortamento, durante a recuperação estas mulheres ainda estão expostas a ambientes desfavoráveis. Como foi observado nas falas, o compartilhar do ambiente de internação com mulheres com filhos vivos tende a dificultar o enfrentamento e superação da situação. O desconforto tende a interferir na qualidade da recuperação e resiliência por remeter a uma vontade que não pode acontecer. Há um incomodo ocasionado em se desejar ter o filho em seus braços e observar outras mulheres com seus filhos. Colocar a mulher enlutada juntamente com puérperas torna mais evidente a perda, intensificando a tristeza e demais sintomas psíquicos¹³.

Vale ressaltar que a portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, assegura que as mulheres com perdas gestacionais (termo que inclui mulheres em situações de abortamento até mulheres com perda no período neonatal) devem ser alojadas em enfermarias próprias, evitando o alojamento em ambiente com puérperas e recém-nascidos, devendo isto ser assegurado pela maternidade²⁰. Pode demonstrar mais uma forma de discriminação, repreensão e violência institucional a ausência de espaços destinados para atender as singularidades de mulheres pós-aborto²¹.

Quanto à religiosidade, se observou a presença e a importância da mesma no enfrentamento de situações de sofrimento psíquico. Observou-se que as participantes possuíam fé na intervenção de sua situação e no reconhecimento de que tais acontecimentos fogem do seu controle, necessitando, portanto que houvesse uma ação divina, enfatizando a

importância da espiritualidade no processo de enfrentamento de situações de sofrimento. Há uma conexão entre a religião e a resiliência, onde a religião promove a superação do medo, da insegurança, de desconfortos, além de reduzir riscos de suicídios e depressão^{22,23}.

Mulheres que enfrentam a situação de abortamento possuem tendência a buscar explicações na espiritualidade como uma forma de consolo. Para aqueles que creem, a religião ocorre de forma imperativa, gerando mudanças no comportamento e na percepção e perspectiva sobre o mundo^{13,24}. É essencial uma compreensão ampliada dos profissionais de saúde sobre esse evento, para que prestem uma assistência acolhedora e integral pautada na escuta qualificada e respeito às peculiaridades de cada mulher²⁵.

Como limitação, observou-se o não cumprimento integral da portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016 que assegura às mulheres em situação de abortamento uma internação em enfermarias onde não convivam com mulheres que estejam em alojamento conjunto com seus filhos, de forma que esse assunto poderia ser abordado em pesquisas futuras.

Conclusão

O abortamento espontâneo é um fenômeno complexo que expõe a mulher a dores físicas, sofrimento psicológico, tristeza profunda e receio sobre o futuro, além de tornar esta vulnerável a um atendimento desumanizado, e assim, o agravamento da situação, o que dificulta a busca por um novo atendimento e são registros claros de uma violência obstétrica.

Além disto, o enfrentamento de procedimentos e a vivência em um local em que a mesma deveria vivenciar no parto podem despertar fatores negativos que tendem a tornar o momento mais estressante.

O presente estudo ainda revelou que a mulher com perda gestacional involuntária vivencia o luto, necessitando de acompanhamento e cuidados pós-alta hospitalar, seja para apoio psicológico, seja para uma orientação sobre seus direitos nas instituições de saúde e sobre planejamento familiar, sendo isto possível com uma interação entre a equipe terciária e primária de saúde.

Deve-se ainda, respeitar e incentivar a prática religiosa durante o período de atendimento a esta, visto ser este um meio pelo qual a mulher busca sua resiliência, sendo um fator de apoio psicológico.

A contribuição desse estudo está em compreender sobre a importância da complexidade que a situação de abortamento carrega consigo de forma que, os profissionais sejam sensibilizados para a assistência a mulher pós-abortamento, atuando para além dos procedimentos técnicos que aliviem os sintomas físicos, mas, visando uma assistência integral.

Referências

1. Machin R, Couto MT, Rocha ALS, Costa MRM. Formação médica e assistência aos processos de abortamento: a perspectiva de residentes de duas universidades públicas em São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2019; 23:1-15.
2. Batista R, Koch D, Bispo A, Luciano T, Velten AP. Descrição das internações por aborto no estado do Espírito Santo, Brasil. *Rev Bras Pesq Saúde*. 2016; 18(2):79-86.
3. Mattos SB, Ceretta LB, Maria Tereza Soratto MT. Causas relacionadas ao aborto espontâneo: uma revisão de literatura. *RIES*. 2016; 5(2):176-193.

4. Vieira S, Ferrari L. Investigação de alterações citogenéticas em abortos espontâneos: um retrospecto de 2006 a 2011. *Cadernos Escola Saúde*. 2017; 1(8):1-20.
5. Organização Pan Americana da Saúde (OPAS/OMS Brasil). Cerca de 25 milhões de abortos não seguros ocorrem a cada ano em todo o mundo. Brasil: OPAS. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5508:cerca-de-25-milhoes-de-abortos-nao-seguros-ocorrem-a-cada-ano-em-todo-o-mundo&Itemid=820>. Acesso em 20 nov 2019.
6. Araujo C, Dornelas A, Sousa A. Abordagem terapêutica no processo de esvaziamento uterino. *Rev Baiana Enferm*. 2018; 321-18.
7. Alves I, Freitas A, Abreu A, Coêlho M, Peres T. Abortamento espontâneo: vivencia e significado em psicologia hospitalar. *Rev Científica Semana Acadêmica*. 2017; 15:1-11.
8. Mendes RM, Miskulin RGS. A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos Pesquisa*. 2017; 47(165):1044-1066.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 3 mar 2020.
10. Alves TV, Bezerra MMM. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. *Rev Mult Psic*. 2020; 14(49):114-126.
11. Pio DAM, Capel MS. Os significados do cuidado na gestação. *Rev Psicol Saúde*. 2015; 7(1):74-81.
12. Rodrigues CDS, Lopes AOS. A Gravidez não planejada de mulheres atendidas no pré-natal das unidades básicas de saúde. *Rev Multidisciplinar Psicologia*. 2016; 32(10):70-87.
13. Lemos LFS, Cunha ACB. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência Profissão*. 2015; 35(4):1120-1138.
14. Pontes VV. Trajetórias interrompidas: perdas gestacionais, luto e reparação. Salvador: EDUFBA. 2016; 254.
15. Freitas APB, Abreu ACO, Coêlho MB, Peres TC. Abortamento espontâneo: vivência e significado em psicologia hospitalar. *Rev Científica Semana Acadêmica*. 2017; 1(105):1-11.
16. Lima LM, Gonçalves SS, Rodrigues DP, Araújo ASC, Correia AM, Viana APS. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Rev Enferm UFPE Online*. 2017; 11(12):5074-5078.
17. Zanardo G, Uribe M, Nadal A, Habigzang L. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia Sociedade*. 2017; 29:1-11.
18. Guimarães L, Evangelista J, Amaral L. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev Estudos Feministas*. 2018; 26(1):1-11.
19. Strefling IS, Lunardi Filho WD, Demori CC, Soares MC, Santos CP. Cuidado de enfermagem à mulher em situação de aborto: revisão integrativa. *Rev Enferm UFSM*. 2015; 5(1):169-177.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. *Diário Oficial da União, Brasília*. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html> Acesso em 30 jan 2019.
21. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2017; 22(8):2771-2780.
22. Nery BLS, Cruz KCT, Faustino AM, Santos TCBS. Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39:1-10.
23. Mosqueiro BP. Religiosidade, resiliência e depressão em pacientes internados. 2015. 111f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/119442>>. Acesso em 04 jul 2019.
24. Silva MA. Religião: poder do sagrado na existência humana. *Rev Graduação Psicologia PUC Minas*. 2017; 2(3):345-360.
25. Mattos SB, Ceretta LB, Ssoratto MT. Causas relacionadas ao aborto espontâneo: uma revisão de literatura. *RIES*. 2016; 5(2):176-193.