

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO PSICOLOGIA

Ana Livia Dutra Gomes

**A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO NOS SERVI-
ÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: uma revisão narrativa**

São Luís

2021

ANA LÍVIA DUTRA GOMES

**A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO NOS SERVI-
ÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: uma revisão narrativa**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Gomes, Ana Livia Dutra

A saúde mental das mulheres em situação de aborto nos serviços públicos de saúde no Brasil. / Ana Livia Dutra Gomes. __ São Luís, 2021.

65 f.

Orientador: Prof. Ma. Alice Parentes da Silva Santos.

Monografia (Graduação em Psicologia) - Curso de Psicologia –
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –
UNDB, 2021.

1.Saúde mental - Mulher. 2. Aborto. 3. Profissionais da saúde.
4. Serviços Públicos. I. Título.

CDU 159.9:616.89-053.2

ANA LÍVIA DUTRA GOMES

A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTO NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO BRASIL: uma revisão narrativa

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: 26/11/2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ma. Alice Parentes da Silva Santos

Mestra em Saúde Coletiva (UFMA)

Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB)

Renata Barreto da Silva

Especialista em Saúde da Mulher

(Residência Multiprofissional em Saúde)

Instituto de Perícias Técnicas para Crianças e Adolescentes (IPCA)

Kassia de Sousa Martins

Especialista em Psicologia em Saúde

Maternidade de Alta Complexidade do Maranhão (MACMA)

Este trabalho é dedicado a todas as mulheres que foram silenciadas, eternamente ou temporariamente, por um atendimento omissso e negligente durante suas vivências de aborto.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por toda força e auxílio concedidos ao longo da graduação, me ajudando a superar todos os obstáculos externos e internos. Por sua infinita bondade e misericórdia me concedeu ânimo, coragem e vigor para elaboração deste trabalho.

A minha mãe e avó, Francinete de Freitas e Raimunda Nonata, meus grandes amores que sempre estiveram ao meu lado e incentivaram meu amor pela psicologia. Abraçando meus sonhos e conquistas, me concedendo colo e forças diante de qualquer adversidade.

A minha orientadora Alice Parentes, por suas correções e incentivos, sempre prestativa e solícita abraçando o tema do trabalho e fornecendo direcionamentos para melhor elaborá-lo. Também agradeço a todos os professores pelos ensinamentos e correções ao longo dos períodos de graduação, que consequentemente auxiliaram meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Todos sinônimos de excelência. Levarei cada um no coração com muita gratidão por tanto empenho e pela experiência maravilhosa proporcionada durante esses cinco anos de curso.

Agradeço especialmente a professora Regienne Peixoto pela paciência, pelos puxões de orelha, pela dedicação e empenho na preparação e condução de aulas e projetos tão originais ao longo de todo curso, e sobretudo por sua alegria e carinho que por tantas vezes me motivaram. As professoras Maria Emília Álvares e Graciele Santana, as quais possuo profunda admiração e respeito.

As minhas amigas de infância: Alice Maria de Jesus, Brennda Lima, Camila Aguiar e Mayra Duarte. Por se fazerem sempre presente, por me incentivarem e por permanecerem ao meu lado em qualquer circunstância. A Paulo Henrique Júnior e Letícia Alves Amorim, por todo apoio, paciência e compreensão da ausência.

As minhas amigas: Letícia Teixeira, Hevelyn Fernanda e Paula Kaline Torres, que mesmo de longe se fizeram presentes. Agradeço por todo carinho, por terem me incentivado, por ouvirem meus anseios e por acreditarem no meu potencial para abordar a temática escolhida.

Por fim, agradeço as amigas que construí ao longo da graduação: Adriely Caixeta, Maria Clara Fonseca e Thainá Nascimento Vale. Sem vocês a caminhada teria sido muito mais difícil, obrigada por ressignificarem momentos aversivos, por dividirem os fardos e por trazerem leveza a esses anos de graduação.

RESUMO

Ao adentrar as instituições públicas de saúde, os agravos físicos e psíquicos oriundos do processo de abortamento podem ser intensificados diante dos maus-tratos e discriminação na assistência por parte da equipe de saúde. A ausência de um tratamento humano nas instituições e a prevalência do julgamento moral por parte dos profissionais, impactam a saúde mental das mulheres que vivenciam o abortamento em serviços públicos. A inserção do profissional da psicologia neste contexto, é de extrema importância para escuta, acolhida e orientação a mulher. O trabalho tem como objetivo analisar a saúde mental da mulher brasileira em situação de aborto. Por meio da investigação histórica da problemática do aborto, da exposição dos desafios enfrentados pelas mulheres ao se inserirem em instituições públicas de abortamento e da discussão acerca da atenção humanizada a mulheres em situação de aborto. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, elaborada a partir de material já publicado sobre as vivências de mulheres em abortamento em serviços públicos, para compreender os impactos a saúde mental de mulheres que vivenciam esse processo. O déficit na qualidade do atendimento, os sentimentos e percepções negativas nas vivências de aborto e as diferentes formas de violência no período de inserção e internação da mulher nas instituições, são narrativas comuns a mulheres em situação de aborto em serviços públicos de saúde. Este trabalho mostrou que a qualidade do cuidado destinado à mulher em contexto de abortamento têm impacto direto sobre sua saúde mental, pois a mesma é constituída por elementos e práticas da saúde pública, além da experiência e percepção individual de cada mulher.

Palavras-chave: Abortamento. Sistemas Públicos. Saúde Mental. Profissionais de Saúde

ABSTRACT

The abortion process, whether spontaneously or induced, causes harm to the woman's health. When entering public health institutions, the physical and psychological harm arising from this experience can be intensified in the face of ill-treatment and discrimination in care by the health team. The absence of humane treatment in institutions and the prevalence of moral judgment on the part of professionals impact the mental health of women who experience abortion in public services. The insertion of the psychology professional in this context is extremely important for listening, welcoming and guiding women. The work aims to analyze the mental health of Brazilian women undergoing abortion. Through the historical investigation of the problem of abortion, exposure to the way of accessing public services that offer the procedure in cases provided for by law and the discussion about humanized care for women in situations of abortion. This is a narrative literature review, based on published material on the experiences of women undergoing abortion in public health services, to understand the impacts on the mental health of women who experience this process. The deficit in the quality of care, the negative feelings and perceptions in abortion experiences and the different forms of violence in the period of insertion and hospitalization of women in institutions, are common narratives for women undergoing abortion in public health services. This study showed that the quality of care provided to women in the context of abortion has a direct impact on their mental health, as it is constituted by elements and practices of public health, in addition to the individual experience and perception of each woman.

Keywords: Abortion. Public services. Health Professionals. Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFP	Conselho Federal de Psicologia
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PP	Pré Parto
SUS	Sistema Único de Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UNDB	Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ASPECTOS RELACIONADOS A HISTÓRIA DO ABORTO	105
2.1 Análise temporal do aborto	155
2.2 Análise temporal do aborto no Brasil.....	199
3 ABORTAMENTO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	24
3.1 Dificuldades relativas a busca e acesso à hospitais públicos de referência em aborto.....	24
3.2 Etapas institucionais percorridas pela mulher no processo de abortamento em serviços públicos de saúde.....	26
3.3 Mulheres negras, racismo e abortamento.....	31
4 ABORTO E SAÚDE MENTAL.....	35
4.1 Saúde mental e vivência de abortamento em redes públicas de saúde.....	35
5 PSICOLOGIA E SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABORTAMENTO.....	46
5.1 A psicologia inserida no contexto de serviços públicos de abortamento: desafios e intervenções.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

O aborto é definido pela OMS (2013) como a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, a partir de 22 semanas completas (154 dias) de idade gestacional. Domingos e Merighi (2010), apontam que o aborto exerce representatividade entre as causas de mortalidade e morbidade materna nos países em desenvolvimento. Em virtude disso, entende-se que de modo espontâneo ou induzido, o aborto configura-se como um tema de relevante importância a saúde pública.

No Brasil, Fonseca *et al.* (2020) afirmam que o aborto é permitido apenas a mulheres com risco de vida e nas situações de gravidez por estupro e, recentemente, na presença de anencefalia fetal. Nos demais casos que fogem a essas situações o Código Penal (1940) prevê condenação de um a três anos de prisão em regime fechado. Mesmo com pena prevista em lei, Diniz, Medeiros e Madeiro (2017) afirmam que o abortamento permanece como problema de saúde pública, tanto pela magnitude em implicações na saúde como pela persistência. Diante disso, pode-se inferir que criminalizar o aborto não desestimula as mulheres de realizá-lo. Tampouco de buscar por métodos clandestinos que podem colocar sua saúde e vida em risco, expondo-as a complicações severas e ao comprometimento de sua saúde física e mental.

Ao vivenciar o abortamento a mulher se encontra em posição de vulnerabilidade física e emocional (ROMIO *et al.*, 2015), portanto é esperado neste momento que os profissionais inseridos nos serviços de saúde prestem assistência humanizada e respeitem a subjetividade na dor de cada mulher, como preconizado no capítulo 3 “Acolhida e Orientação” no Caderno de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011). Entretanto, de acordo com Queiroz e Oliveira (2019) o que acontece em sua maioria é a violação dos direitos da mulher, julgamentos e uma oferta de serviços negligenciados e recriminatórios.

Madeiro e Rufino (2016) discorrem sobre a carga psíquica de culpa, medo e responsabilização que circundam a mulher nesta vivência. E também relatam as dificuldades que elas encontram nos atendimentos, a partir de atitudes de discriminação praticadas por profissionais de saúde nos hospitais e serviços de aborto. Nesta perspectiva, torna-se possível inferir que mesmo com a oferta de serviços de saúde pública que realizam o aborto em circunstâncias legais, ainda existem desafios para que a finalização dessas gestações sejam acessíveis e seguras para as mulheres.

A mulher encontra barreiras no acesso aos serviços seguros de saúde, por isso torna-se essencial discutir os efeitos do processo de abortamento para a saúde mental das mulheres que o realizam. Sendo assim, o presente trabalho é movido pelo seguinte problema de pesquisa: Quais implicações o aborto pode trazer à saúde mental das mulheres que buscam por atendimento em serviços públicos de saúde?

Para Lima, G. (*et al.*, 2019) os médicos e demais profissionais de saúde que prestam serviços às mulheres em situação de abortamento, encontram em sua atuação obstáculos oriundos do peso da tradição religiosa. O que gera colisão acerca de concepções morais contrárias sobre valor e proteção da vida humana desde sua concepção (COPETTI; JAHN; SILVA, 2021). Assim, de forma implícita ou explícita, esses posicionamentos se articulam e se evidenciam na prática profissional e apresentam às mulheres que precisam recorrer à esses serviços, vivências caracterizadas por relatos de negligências e diferentes formas de violências durante o período de internação na assistência ao aborto. O que reflete um modelo de atenção distinto à prática humanizada ao abortamento preconizado pelo SUS.

Acredita-se que, por hipótese, a qualidade do cuidado destinado às mulheres nos serviços de aborto têm impacto direto sobre a saúde mental das mesmas, pois exerce influência em sua saúde durante e após o abortamento. Apesar do luto ser enfrentado pela mãe e pela família de forma singular, os sentimentos de responsabilização, autojulgamento, medo, solidão, pensamentos e atitudes depressivas (ARAÚJO, *et al.* 2020), compõem as narrativas das mulheres que buscam por atendimento em serviços de saúde.

Rocha e Uchoa (2013) afirmam que todos os anos milhares de mulheres em processo de aborto buscam por atendimento nos serviços públicos de saúde, seja por abortamento espontâneo ou por abortamento incompleto. De acordo com os resultados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de Janeiro a Junho de 2021 foram realizados trinta e oito mil, duzentas e cinquenta e seis (38,256) intervenções em decorrência de aborto espontâneo, clandestino ou por complicações pós-parto. Sendo a maior parte, quinze mil setecentos e oitenta e um (15,781), realizados somente na região nordeste.

O aborto configura-se como questão de saúde pública a demasiado tempo, e como resposta ao desafio da grande demanda de mulheres que buscam por atendimento nos serviços públicos, o Ministério da Saúde publicou em 2005 a 1ª edição da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, e em 2011 sua 2ª edição, ambas

instituindo aos profissionais de saúde orientações para assistência a mulheres em situação de aborto.

Ao observar a lacuna existente entre o exercício profissional e as diretrizes técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) em sua cartilha de atenção humanizada ao abortamento, notou-se a viabilidade de elaborar um projeto de pesquisa afim de investigar e expor os efeitos a saúde mental da mulher. O presente trabalho também justifica-se pela pouca bibliografia no âmbito da psicologia acerca do impacto direto entre o processo de abortamento em serviços públicos de saúde e as implicações a saúde mental da mulher, o que revela uma incipiente produção científica.

Consoante a estas lacunas que geram oportunidade de projeto existe a motivação pessoal da autora. Cujo desejo de pesquisa surgiu a partir do relato de uma pessoa próxima em seu círculo social, que expênciou o abortamento em rede pública de saúde. A partir de seu relato tornou-se perceptível os maus tratos na qualidade da atenção destinada a mulher nesse processo, e surgiu então o desejo de pesquisa para investigar que impactos a saúde mental da mulher esse processo poderia trazer.

Para debate acerca da questão apresentada, levanta-se por objetivo geral: Analisar a saúde mental da mulher brasileira em situação de aborto. E, por objetivos específicos, busca-se: Investigar historicamente a problemática do aborto, expor os desafios enfrentados pelas mulheres ao se inserirem em instituições públicas de abortamento e discutir acerca da atenção humanizada a mulheres em situação de aborto.

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que segundo Lakatos e Marconi (2003, p.183) corresponde ao “levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e impressa escrita”. Realizada nas bases de dados: *Scielo*, cadernos de saúde pública, livros e material do Ministério da Saúde. Torna-se importante destacar que, por se tratar de uma revisão narrativa de literatura, o referencial teórico já comparece como resultados da pesquisa.

Ao que tange a classificação desta pesquisa, a mesma caracteriza-se pela finalidade básica. Segundo Prodanov e Freitas (2013, p. 51) a pesquisa básica “objetiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista”. Sendo assim, esta seguiu as seguintes etapas: escolha do tema e delimitamento da problemática da pesquisa; definição dos critérios de inclusão/exclusão; busca em endereços eletrônicos; seleção dos estudos; análise, e interpretação prévia

dos mesmos. Sem se estender a campo, e com objetivo exploratório, visando “proporcionar mais informações sobre o assunto que será investigado, possibilitando sua definição e seu delineamento” (Prodanov e Freitas, 2013, p. 52).

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa elaborada a partir de material já publicado, sobre as vivências de mulheres em processo de abortamento em serviços públicos de saúde para compreender os impactos à saúde mental de mulheres que vivenciam esse processo. Utilizou-se o método hipotético-dedutivo, visto que de acordo com Prodanov e Freitas (2013, p.32) este método “inicia-se com um problema ou uma lacuna no conhecimento científico”, afim de compreender a lacuna existente entre o exercício profissional e as diretrizes técnicas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em sua cartilha de atenção humanizada ao abortamento.

A partir da própria definição estabelecida, os levantamentos de todos os critérios para seleção dos artigos para a presente pesquisa foram: documentos que possuam registros de maus-tratos na assistência ao aborto na rede pública de saúde, relatos de mulheres em vivência de aborto induzido, relatos de mulheres em vivência de aborto espontâneo, percepção dos profissionais acerca do atendimento humanizado em contexto de abortamento, sentimentos e percepções das mulheres frente ao abortamento e avaliação da qualidade da atenção ao aborto no SUS, publicados na base de dados Scielo Interface e RIES; artigos que compreendam as palavras chaves: aborto, abortamento, saúde mental e aborto, assistência ao aborto; acolhimento, abortamento e psicologia e artigos publicados no idioma português. Não foi estabelecido recorte temporal pois um dos objetivos é o resgate histórico do aborto, o que demanda a busca por materiais mais antigos.

Os critérios para exclusão dos artigos da presente pesquisa foram: documentos no idioma inglês, documentos que descreviam o aborto interligado a patologias, aborto na adolescência, fatores preditores do abortamento e aborto em decorrência de violência sexual. A avaliação inicial do material bibliográfico ocorreu mediante a seleção do idioma português e de descritores: aborto, aborto e saúde mental, abortamento em saúde pública, violência institucional no processo de abortamento e assistência da enfermagem no aborto. A segunda avaliação ocorreu mediante a leitura dos resumos, com a finalidade de selecionar aqueles que atendiam aos objetivos do estudo, através do tema proposto. A seguir realizou-se a leitura dos artigos selecionados na íntegra, proporcionando a identificação de três aspectos analisados:

vivência de mulheres frente ao abortamento; assistência dos profissionais de saúde no abortamento, e impactos a saúde mental da mulher no processo de abortamento.

Posteriormente foi desenvolvido quatro capítulos para aprofundamento das questões relacionadas a temática escolhida. O primeiro capítulo corresponde aos “Aspectos relacionados a história do aborto”, que permitiu analisar as diferentes concepções sociais ao longo dos anos e também as vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres ao longo de diferentes épocas. O segundo capítulo corresponde ao “Abortamento e os serviços públicos de saúde”, que aborda as dificuldades das mulheres em situação de aborto, desde o processo de busca e inserção nas instituições públicas de saúde, e permite analisar e descrever a qualidade do serviço prestado e expor as práticas violentas e discriminatórias por parte dos profissionais de saúde. O terceiro capítulo, “Aborto e saúde mental” apresenta e discute os impactos a saúde física e mental da mulher, seus sentimentos e percepções oriundos da vivência do processo de abortamento em instituições públicas de saúde. O quarto e último capítulo, “Psicologia e serviços públicos de abortamento” compreende a importância do trabalho do psicólogo com a equipe multiprofissional e com as mulheres em situação de abortamento, em instituições públicas de saúde.

2 ASPECTOS RELACIONADOS A HISTÓRIA DO ABORTO

O presente tópico tem por finalidade investigar historicamente a problemática do aborto. Discutir aspetos referentes ao aborto traz desde sua gênese uma temática permeada por divergências de opiniões, tabus, aspectos religiosos e políticos. Apesar de atualmente a problemática do aborto ter ganho mais espaço para discussões e debates, o aborto sempre esteve inserido nas sociedades mais antigas, porém nem sempre foi visto como um ato criminoso.

Desde muitos séculos a mulher demanda por métodos que lhe permitam exercer autonomia sobre seu corpo, ao que tange a interrupção da gestação, e submete-se a métodos que impactam direta ou indiretamente sua saúde. Assim, este tópico em questão não aprofunda todos esses fatores e toda a sua abrangência, mas satisfaz aproximações para o levantamento e debate acerca de tais questões.

2.1 Análise temporal do aborto

O aborto sempre esteve inserido nas sociedades mais antigas (MOREIRA *et al.*, 2021), é possível notar que os métodos e as percepções socioculturais acerca deste fenômeno sofreram modificações com o decorrer dos anos. Mas a análise histórica do aborto permite investigar para além da forma como cada sociedade o compreendia. A saúde e vida da mulher foi, na maioria das vezes, e permanece sendo negligenciada ao longo dos anos.

Sobre as sociedades antigas as quais se têm os primeiros registros do aborto, a Grécia o utilizou como contraceptivo e também serviu posteriormente para evitar o crescimento demográfico (Moura, 2019). Apesar de não existir naquela época leis que condenassem a prática abortiva, havia “discordância entre grupos sociais, na Grécia e em Roma” (Oliveira, 2017, p.10). Cassoni (2019, p.13) justifica a concessão do aborto nesse período devido ao fato de que era considerado pelos povos Hebreus, Gregos e Romanos como produto da concepção e como tal fazia parte do corpo da mulher e ela poderia decidir”.

Um fato curioso apontado por Moura (2019, p.17) em suas pesquisas é que o aborto era alvo de divergências entre grandes filósofos da Roma antiga, populares ainda hoje: “Sócrates acreditava que o aborto era direito da mulher e que por isso os homens não deviam posicionar-se sobre o mesmo”. Em contrapartida, “Hipócrates

afirma em seu juramento nunca oferecer compostos destrutivos a uma mulher, referindo-se ao aborto”. O que revela que o mesmo não concordava tão pouco compactuava com tal prática.

Percebe-se diante dessas divergências um retrato atual, uma vez que a criminalização do aborto viola os direitos das mulheres a sua autodeterminação reprodutiva, impactando conseqüentemente em seus direitos humanos (SYDOW; GALLI, 2011). No momento atual, o movimento feminista ainda luta pela legalização do aborto considerando que cabe a mulher o direito de decidir prosseguir ou não com a gestação, por se tratar de uma escolha da mulher, assim como Sócrates o movimento também entende que essa questão e direito não fazem parte da compreensão do homem.

A partir do Juramento de Hipócrates é possível notar também o reflexo de uma problemática que permeia a atualidade, profissionais de saúde que negligenciam atendimento humanizado a mulheres em situação de abortamento, por desconfiar e/ou discordar do ato induzido, desejando não vincular (mesmo que de modo implícito e distante) seu exercício a esse ato. Realizando conseqüentemente em sua atuação juízo de valor e distância da ética profissional.

Por mais que no passado importantes filósofos como Sorano e Éfeso tenham reconhecido o aborto como legítimo em circunstâncias que “preservem a vida da mãe” (Bastos, 2018), eram impostas pelos mesmos a essas mulheres condições para o ato, como: apenas as prostitutas e as mulheres livres do poder masculino possuíam independência para abortar (Bastos, 2018). Apesar da fala dos filósofos serem do século II, é nítido que aspectos dessas exigências ainda permeiam no século XXI, uma vez que as mulheres ainda não se encontram totalmente livres e independentes do poder masculino para tal ação. Em razão da criminalização do aborto estar diretamente ligada a lógica patriarcal ainda fortemente enraizada na sociedade, e sobretudo a condenação moral que é reforçada por várias religiões.

De acordo com Moura (2019, p.22) um dos primeiros registros da criminalização do aborto aparece no Código de Hamurabi (1700 Antes de Cristo) onde “é designado criminoso a pessoa que provocou o aborto, pois este fere os interesses do pai e lesiona a mulher”. Mas foi com o advento do cristianismo que a ideia de condenação às práticas abortivas ganharam força e repercussão, baseando-se no mandamento “não matarás” (BASTOS, 2017).

Por meio da conversão do Imperador romano Constantino ao cristianismo, no século IV, o aborto passa a ser considerado oficialmente um crime (CASSONI,

2019). Todavia, apesar do Cristianismo ser a religião com o maior quantitativo de seguidores no mundo (ALVES *et al.*, 2017), o mandamento que embasa a condenação do aborto encontra grandes empecilhos para seu cumprimento, uma vez que mesmo com a condenação penal e dogmática, o ato de abortar ainda aparenta ser uma recorrente tentativa de solução para uma gestação indesejada.

Bastos (2018, p.65) por meio de suas pesquisas, averiguou em seu artigo sob a história do aborto no ocidente, uma divisão sobre como o aborto era interpretado antes e depois do século XVIII:

Os avanços médicos desse período passaram a interpretar cientificamente o feto como uma vida independente que é gerada dentro do corpo da mulher, haja vista que até então se acreditava que o feto consistia em uma espécie de apêndice do corpo da mãe. Além dos avanços médicos e científicos, também houve mudança com relação ao interesse social, posto que nesse mesmo período foi que começaram as revoluções a começar pela Revolução Francesa, de modo que a vida do feto começou a ser preservada, pois sobre repousava o olhar do Estado na esperança de um futuro trabalhador e soldado.

Anterior aos avanços da medicina e ao olhar do Estado no século XVIII, Martins (2004) revela em seus estudos uma ciência médica obstétrica com foco na capacidade reprodutiva da mulher. Os profissionais destinavam a mulher, um serviço que limitava-se as questões relativas ao parto. Por isso, as particularidades relacionadas a saúde da mulher demandavam atenção e de serviços de um “profissional que visse a mulher como um todo e não apenas como grávida e parturiente” (MARTINS, 2004, p.109).

Com relação ao aborto, Galeotti (2007) esclarece que antes do século XVIII os médicos se limitavam a retirada do feto morto do útero materno, devido ao excesso de restrições que envolviam as regras de pudor relacionadas à genitália feminina. O que limitava significativamente a atuação médica, e revela a pouca atenção e preocupação destinada a saúde da mulher nesse período.

Visto que a ginecologia surge somente no século XIX, direcionando intervenções a saúde do aparelho reprodutor feminino, e os médicos anteriormente a essa época eram “permeados por objeções morais, pudores, questionamentos éticos, medos e desconfianças quando se deparavam com o corpo da mulher” (Bonan, 2005, p.661). Torna-se então compreensível a condução das práticas abortivas no final da Idade Média e início da Idade Moderna serem conduzidas por mulheres, como explica Jacobsen (2009, p.102): “Cabia exclusivamente à mulher grávida anunciar seu estado,

se a mesma não o fizesse não podia ser acusada de haver abortado. [...] As mulheres ajudavam a parir e a abortar o aborto era uma questão de mulheres, o que significa que o fruto do nascimento fosse social, econômica e politicamente irrelevante”. É possível notar diante dessas informações que a anos a mulher têm encontrado caminhos por elas mesmas para lidar com questões relativas ao aborto.

No século XIX o êxodo rural ganhou força, os grupos que se deslocaram para a área urbana vivenciaram maior situação de vulnerabilidade em decorrência do custo de vida na cidade que era superior em relação ao campo. Nesse cenário o aborto torna-se uma resposta diante da precariedade na renda (Bastos, 2018). Em contrapartida, ainda no século XIX sobre as questões econômicas, a proibição do aborto expande-se e ganha força pois de acordo com Matos (2011, p. 11) “foi inserida a crença de que quanto mais habitantes um país possuía mais rico seria” e a diminuição das classes populares acarretaria em uma diminuição da oferta da mão-de-obra barata que se tratava de uma das alavancas da Revolução Industrial.

Acerca do século XX, Bastos (2018) explica que a década de 60 proporcionou uma modificação na interpretação do aborto devido à evolução dos costumes sexuais e as conquistas sociais das mulheres. Nessa época, as mulheres começaram a questionar a dominação dos homens, e a partir do movimento feminista começaram a denunciar casos de violência física e psíquica, tentaram eliminar a diferença entre ser superior e inferior, reclamaram o direito ao aborto e a cargos de chefia (SOUZA, 2018). O que proporcionou de modo progressivo uma crescente liberalização em alguns países. Essa tendência fortaleceu-se durante a década de 70, onde muitos países já apresentavam leis mais liberais.

A partir deste recorte temporal pode-se perceber o quanto a luta pela liberalização do aborto foi um processo longo e decorrente majoritariamente do esforço de mulheres na busca de suas conquistas por seus direitos reprodutivos. Sobretudo pois os mesmos foram por décadas designados e dominados por uma lógica patriarcal vigente, de tal modo que suas raízes ainda mantêm força e impactam de modo indireto a legalização do aborto em vários países, inclusive no Brasil.

Cisne (*et al.*,2018) infere que a maternidade traz impactos profundos na vida das mulheres, conformando algumas razões para a prática do aborto ser tão antiga, comum e ainda atual. Bem como a saúde física e mental da mulher durante a vivência do abortamento, que permanece sendo uma experiência muitas vezes permeada por um sofrimento postergado ao longo dos anos.

Afinal, atualmente a mulher pode se inserir em um cenário hospitalar moderno para a vivência do abortamento com maior segurança, mas é possível verificar que antigas problemáticas ainda se mantêm: a divergência entre concepções do aborto, a distância médica na assistência, o aborto como uma questão de mulheres, os dogmas religiosos que condenam a prática e responsabilizam a mulher. Os anos passam refletindo questões antigas e impondo a mulher lidar com os desafios que se apresentem nesse contexto.

De questão das mulheres a questão do Estado, de questão privada a questão religiosa, as opiniões sobre o aborto jamais foram unânimes tampouco a maneira de lidar com ele (Moura, 2019, p.16). A análise temporal do aborto mesmo que realizada de forma breve aqui, permite identificar as diferentes concepções sociais ao longo da história, bem como permite uma análise acerca das vulnerabilidades enfrentadas pelas mulheres durante esses períodos, seja pela falta de recursos antes do avanço da medicina, pelos profissionais permeados pelo tabu em sua prática profissional, e pela interferência do patriarcado, religião e estado na autonomia de seus corpos.

2.2 Análise temporal do aborto no Brasil

Discorrer acerca do aborto no Brasil necessita de uma investigação desde sua colonização quando os portugueses chegaram ao país (posteriormente assim denominado pelos mesmos de Brasil), realizando a ocupação e exploração do território que outrora fora povoado pelas várias tribos indígenas que viviam nestas terras com seus hábitos, crenças e costumes e que conseqüentemente foram aniquilados com a chegada do cristianismo. Imposto pelos colonizadores portugueses de forma opressora.

Sobre o aborto nesse período, apesar de poucas evidências existem registros documentais que comprovem sua prática. Em sua obra “Anchieta”, Vieira (1949) estuda sobre o autor e jesuíta Joseph de Anchieta, o mesmo já relatava em alguns trechos de suas cartas a prática do aborto e infanticídio. De acordo com os registros documentados pelo jesuíta, “pesava-lhes a frieza com que as índias brasílicas, odiando os senhores ou fugindo aos trabalhos maternos, praticavam, desumanamente o infanticídio e o aborto” (p.109).

Moura (2019) também descreve um outro relato do Padre Joseph de Anchieta em Carta ao Padre Geral, em 1550 onde eram descritas práticas abortivas por parte das nativas. Merece destaque a explicação para tal prática, que segundo o mesmo, era “oriunda da ira contra seus maridos ou por alguma ocasião muito leviana” (p.18). E a respeito das formas como eram realizados os abortos, ele relata que as nativas faziam uso de “bebidas, apertavam a barriga, carregavam alguma carga grande ou utilizavam outras maneiras que a crueldade desumana inventa” (p.18). Tanto nos estudos de Vieira (1949) quanto nos de Moura (2019) é explícito o juízo de valor emitido nos escritos de Joseph de Anchieta, e considerando a imposição estabelecida nos padrões religiosos, morais e sociais europeus, é possível inferir que o sistema de vida e pensamento indígena é sempre desqualificado.

Nessa perspectiva, Rotondano (2013, p. 5 apud SILVA *et al.*, 2020) compreende que a colonização e a implantação de um projeto católico de conversão foram elaborados com base nos padrões religiosos, morais e sociais europeus. Pois a tentativa de destruição dos referenciais indígenas se soma à busca pela reprodução dos padrões sociais praticados na Europa.

Outro jesuíta de grande relevância ao estudo das tribos indígenas no período da colonização foi o Pe. César Albisetti, ele foi pesquisador e conviveu com os índios da tribo Bororo, que ficava localizada no planalto central de Mato Grosso, e em seus estudos sobre a vida e obra deste jesuíta, Albisetti e Ravagnan (1992) retratam como a mulher exercia papel de relevância significativa na hierarquia da constituição familiar, pois a mesma exercia controle sobre a casa e filhos.

O destaque dado ao papel da mulher na tribo é tão expressivo, que mesmo quando vai abordar a inserção da figura masculina na família, o autor faz menção ao matriarcado: “O homem fica pouco tempo em casa e não faz parte da família bororo da mulher. Ele é de um outro clã, de metade oposta, ao qual está sempre ligado e ao qual retomará quando não for mais bem-vindo à companheira” (ALBISETTI E RAVAGNAN, 1992, p.150).

A partir desta revelação, torna-se possível inferir que o aborto era realizado a partir do desejo da mulher, o que manifesta seu papel de grande relevância nas tribos até a imposição do catolicismo. Como já mencionado, o projeto católico de conversão foi realizado com base nos padrões religiosos, morais e sociais europeus. Deduz-se então, que fora imposto as indígenas um sistema patriarcal e machista onde

consequentemente as desigualdades de gênero tornavam-se evidentes. Lhes fora retirada violentamente não só autonomia, mas também seu desempenho de papéis e autoridade no clã, não dando outra alternativa as oscilações de resposta de submissão e/ ou relutância. Como os hábitos e a cultura até então pouco conhecida só passam a ser documentadas com a chegada dos portugueses, pode-se deduzir que a prática do aborto era realizada no Brasil a muito mais tempo do que se têm registro.

Freyre (1933/1981 apud Rebouças e Dutra, 2011) fala sobre a fuga dos índios nas missões jesuítas por conta da segregação, violência e miséria em que viviam. Este fato resultou em dissolução das famílias, aumento da mortalidade infantil e diminuição da taxa de natalidade. Sobre a diminuição da natalidade o mesmo autor explica que era ocasionada pelos abortos praticados pelas mulheres indígenas na falta de maridos e pais que lhes dessem apoio, visto que muitas famílias se dissolviam como resultado da ação das missões jesuítas.

Ao que tange a ausência da figura masculina com a descoberta e desenvolvimento da gestação atualmente, a falta de apoio e presença ainda é um fator de peso que conduz a mulher a submeter-se ao aborto induzido em clínicas clandestinas, por vezes em situações extremamente precárias. A mulher adquiriu mais autonomia, independência e espaço na sociedade ao longo dos séculos e consequentemente ela entende ainda mais o amplo impacto de uma gestação sem responsabilidades compartilhadas por ambos os genitores. E quando não o possui, aliado a outras problemáticas, o aborto acaba sendo uma alternativa recorrente, como também acontecia no passado.

Del Priore (apud ZIMMERMANN, 2019) destaca também sobre esse período a função unicamente reprodutora da mulher, onde o matrimônio era uma forma de garantir o aumento da população, para suprir a necessidade de ocupação do território. Assim, o aborto era contrário aos interesses do estado que desejava o aumento da população, conseguindo portanto o apoio da igreja.

Ainda nesta época, Tomita (1994) aponta em seus estudos a misoginia, a dominação e a opressão sobre as mulheres nos documentos da igreja, com a finalidade de manipular seus corpos. A autora aponta que “a forma mais poderosa de se controlar o corpo da mulher é normatizar seu poder de fecundar e procriar (p.27). Assim, entende-se que por meio do aborto, a igreja tentou anular o domínio da mulher sobre seu corpo e de sua sexualidade para procriar quando lhe convém.

No Brasil também foram utilizados mão de obra escrava africana no período Colonial e Império. A maior parte dessas pessoas foram traficadas, capturadas e transformadas em mercadoria negociável (Leite, M. 2017). A adesão a escravidão africana aconteceu de forma progressiva, para o gradual exercício de controle de várias regiões do império colonial português ao estabelecer suas colônias (Pinheiro, 2002). E sobretudo, como principal ferramenta de mão-de-obra. De acordo com Silva, R. (2019), os africanos eram trazidos com foco a trabalhar na agricultura, ou seja, na monocultura da cana, matéria prima para a produção do açúcar, que era exportado em larga escala para o continente europeu (p.11).

Para garantir uma produção agrícola em grande escala e extraordinários lucros, foi instituído o tráfico e a escravização desregrada de homens e mulheres no empreendimento colonial português dentro do Brasil (Leite, M. 2017). Desse modo, homens, mulheres e crianças foram trazidos em condições precárias de sobrevivência e os que sobreviviam ao árduo percurso, quando desembarcavam ainda precisavam lidar com o desconhecido território e com o fato de se tornarem propriedade do homem branco (Pinheiro, 2002).

Foi nesse contexto que as mulheres africanas foram inseridas em território brasileiro. Consoante a isto, Vargas e Wambier (2016) apontam em seus estudos que elas enfrentavam não só a violência de seus senhores, mas também seus companheiros violentos e de outros homens que viam nelas uma forma de atingir seus objetivos (usando o trabalho das mulheres negras para comprar sua liberdade e para sustentá-las).

Para Pantoja *et al.* (2019, p.4) “mulheres negras escravizadas foram designadas a funções que estavam para além do trabalho, como de proporcionar satisfação sexual ao seu senhor”. As mulheres negras escravizadas foram violadas sistematicamente no período colonial (Santos; Milani; Perez, 2019). Elas tiveram que sobreviver a um contexto permeado por maus tratos, violências e estupros. E ainda precisaram aguentar a sexualização e objetificação de seus corpos, pois eram vistas pelos colonos e senhores de engenho como propriedade.

A exploração da sexualidade dessas mulheres muitas vezes resultava em uma gestação indesejada resultante de uma violação sexual. A hipersexualização gerada em torno mulheres negras, consoante “as condições precárias e desumanas com as quais os escravos tiveram que conviver por séculos culminou na prática de abortos

por várias mães, que preferiam realizar esse ato para amenizar o sofrimento da criança e para romper o ciclo de escravidão” (MOURA, 2019, p.19). Esses fatores faziam-nas se revoltar ainda mais com a questão da gravidez, intensificando as possibilidades de realização de abortos.

Há relatos, ainda, que apontam para o aborto entre as escravas como uma forma de resistência, impedindo que os senhores de engenho aumentasse seu número de cativos. (MOURA, 2019). Santos, Milani e Perez (2019) explicam que apesar das tentativas de objeção, seus senhores conseguiam encontrar como resposta formas de punição demasiadamente perversas e que conseqüentemente subjogavam e acometiam essas mulheres com mais violência:

A grande taxa de mortalidade entre escravos, sobretudo dos recém-nascidos e dos infantes, representava prejuízos para os senhores. Estas mortes despertavam um sentimento de perdas financeiras e de força de trabalho que precisava ser compensado. Uma das soluções para esse problema era extremamente perversa: devido ao desequilíbrio entre os sexos (na maioria das vezes o número de homens era maior do que o de mulheres), muitas vezes o senhor determinava que uma escrava mantivesse relações sexuais com vários homens escravos para satisfazer duas questões: a primeira era que essa mulher deveria ser um objeto onde os escravos descarregassem suas tensões, o que lhes distrairia em relação às pretensões de fuga; a segunda era produzir novos escravos, pois mais força de trabalho era sinônimo de mais patrimônio. (p.40)

Rebouças e Dutra (2011) detalham em seus estudos que durante o Brasil Colonial as práticas abortivas mais utilizadas eram chás e poções, até golpes na barriga, saltos, levantamento de peso, indução de vômitos e diarreias, além da introdução de objetos cortantes. Correlacionando com uma realidade tão atual, não era e não é comum que num momento iminente de angústia profunda e desespero, a mulher ao utilizar essas práticas cause agravos a sua saúde física, ou até mesmo a própria morte.

A questão da ilegalidade do aborto direciona as brasileiras a essas antigas práticas realizadas outrora pelas africanas, e/ou a clínicas de aborto clandestino. Esse critério legal impede a busca por um serviço seguro de aborto e fere seus direitos reprodutivos. Entende-se então que esses seriam novos critérios de “punição” impostos a mulher. A figura de autoritarismo do senhor de engenho adquiriu novas configurações, e atualmente corresponde aos diversos fatores que impedem legalização do aborto, impelindo a mulher prosseguir com a gestação.

3. ABORTAMENTO E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A mulher que vivencia o processo de abortamento em instituições públicas de saúde precisa lidar com diversas barreiras, desde a busca até a inserção e admissão nas mesmas. Muitas dessas mulheres inserem-se nos serviços de saúde sem figuras de referência que possam vir a lhes oferecer apoio durante o processo de internação. Sozinhas, essas mulheres precisam lidar com inúmeras formas de violência que acarretam em prejuízos a sua saúde física e mental.

A qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde impactam sobretudo mulheres negras, são elas as mais expostas as violências institucionais. Por vezes, a atuação conduzida para com essas mulheres é fria, técnica e em nada se aproxima das orientações de atuação estabelecidas pelo Ministério da Saúde (2011). O que revela uma assistência profissional permeada por práticas discriminatórias, ausência de condutas humanas e éticas nesse processo, e o déficit na qualidade do atendimento por parte dos profissionais de saúde.

3.1 Dificuldades relativas a busca e acesso à hospitais públicos de referência em aborto

Após a descoberta da gestação muitas mulheres recorrem ao SUS (Sistema Único de Saúde) para dar início ao pré-natal de modo gratuito. Isso torna-se possível pois o SUS possui um programa chamado “Rede Cegonha” (Brasil, 2011), instituído pela portaria 1.459 de 2011, que assegura às mulheres acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como dá assistência ao parto, ao puerpério e a criança. Durante a realização do pré-natal nas unidades de saúde torna-se possível que os profissionais de saúde verifiquem às intercorrências na gestação por meio da avaliação e classificação de riscos e vulnerabilidades, como determinado no artigo 7º da portaria 1.459.

De acordo com Oliveira, M. *et al.* (2020) o abortamento é a intercorrência obstétrica mais comum, 15 a 20% das gestações terminam em aborto espontâneo, a maioria dentro das primeiras 13 semanas de gestação. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define o aborto como a interrupção da gestação antes de 20-22 semanas, onde o embrião ou feto detém peso inferior a 500 gramas. Com relação ao tempo em que ocorre, Aguiar *et. al* (2018) explica:

O aborto pode ser precoce (até 12 semanas de gestação) ou tardio (de 12 a 20 semanas). Após 20 semanas de gestação já não se fala em aborto, mas sim em óbito fetal intra-útero (OFIU) ou em parto prematuro, ainda que o recém-nascido evolua a óbito poucas horas depois (neomorto). Ao nascido sem vida, após 20 semanas, denomina-se natimorto. (p.37)

Ambos os processos de perda gestacional apresentam a mulher contato com questões relativas ao luto e a violência na assistência hospitalar. Embora o óbito fetal intra-útero também apresente danos significativos a saúde mental da mulher e a exponha ao contato com questões relativas a perda, é importante destacar brevemente o tempo de ocorrência para que o aborto seja classificado como tal, e para que o mesmo não seja confundido com o OFIU.

O processo de aborto, de modo espontâneo ou induzido, pode ocasionar problemas como “cólicas intensas, esterilidade, hemorragias, problemas emocionais e psicológicos devido ao grande trauma que a mulher sofre, por estar se preparando para uma gestação e a mesma ser interrompida” (ARAÚJO *et al.*, 2020, p.6). Entende-se que em virtude dessas possíveis intercorrências, a mulher que é acometida por esses agravos físicos, por meio dos direcionamentos realizados pelos profissionais das unidades de saúde é encaminhada a serviços de referência.

Durante a gestação, ao se depararem com desconfortos e sangramentos ou qualquer outro indício de aborto, a mulher também pode recorrer diretamente aos hospitais em busca de atendimento sem que apresente encaminhamento médico. Se o hospital a qual elas se dirigirem estiverem presentes na listagem dos hospitais de referência (pois estes devem possuir determinação institucional da unidade de saúde reconhecendo-o apto para desempenho desse ofício), após o cumprimento de todos os procedimentos de justificação e autorização da finalização da gestação previstos pela portaria 1.459, será iniciado o processo de abortamento nos serviços de saúde.

No Brasil, anualmente milhares de mulheres em situação de abortamento recorrem ao SUS (Sistema Único de Saúde) em busca de assistência médica. Porém, ainda nos casos que as mulheres possuam direito de fazer o aborto, existe a dificuldade de acesso ao procedimento. Lima, K. (et al, 2019, p.81) traz como parte dos resultados de sua pesquisa em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza (Ceará), que 47% das mulheres que buscaram os hospitais para atendimento à situação abortiva não tiveram admissão hospitalar na primeira instituição pretendida, 12

(21,5%) destas chegaram a percorrer até dois ou mais hospitais, na busca da finalização do aborto. Por meio desses dados torna-se possível inferir acerca da dificuldade em acessar unidades hospitalares públicas de referência em aborto legal no Brasil.

Durante o período de Junho de 2020 no contexto da pandemia do COVID 19 a ONG “Artigo 19” realizou uma parceria com as revistas “AzMina” e a “Gênero e Número” para averiguar a qualidade do serviço de aborto legal no SUS. O resultado foi descrito por Silva e Ferreira (2020) na revista “Gênero e Número”, a conclusão do levantamento de pesquisa foi que somente 55% dos hospitais de referência mantiveram o serviço durante a pandemia, e que boa parte dos atendimentos evidenciam o desconhecimento de diversos funcionários da saúde sobre os casos de aborto previstos em lei. Algumas instituições que também estavam sob avaliação na pesquisa não souberam informar se o procedimento estava disponível.

A dificuldade permeada pelas mulheres na busca pelos serviços, é explicada por Rocha e Uchoa (2013) como uma barreira muitas vezes estabelecidas pelos próprios profissionais de saúde, devido à falta de profissionais treinados e as atitudes que beiram o desinteresse dos mesmos em ajudar. O que essas questões demonstram é a violação da honra e da dignidade da gestante e ausência de comprometimento do estado com seus deveres, uma vez que em tese, é responsabilidade do mesmo assegurar o acesso aos serviços de saúde.

Cabe ressaltar também a dificuldade de acesso à informação referente a listagem de unidades hospitalares públicas de referência em aborto legal no Brasil, uma vez que, existe um documento oficial para ter acesso aos hospitais de referência, o QUINEZ. Entretanto ele é pouco divulgado, tanto entre os profissionais e consequentemente para as usuárias do sistema que precisam do mesmo.

Por meio da dificuldade em acessar as informações disponíveis para busca por esses serviços, aliado ao despreparo por parte das instituições e dos profissionais de saúde, torna-se possível deduzir que muitas vezes a própria busca e acesso a esses serviços configura-se como uma forma de violência (física e psicológica) para com as mulheres em situação de abortamento.

3.2 Etapas institucionais percorridas pela mulher no processo de abortamento em serviços públicos de saúde

Discutir sobre as etapas institucionais percorridas pela mulher no processo de abortamento permite compreender o ambiente a qual a mulher se insere e a dimensão dos procedimentos invasivos (fisicamente e mentalmente) aos quais ela será submetida no período de internação. Além de possibilitar a reflexão acerca da qualidade dos serviços ofertados, se os mesmos estão em consonância a norma técnica, identificar os problemas vigentes e conseqüentemente proporcionar melhorias na qualidade e no acesso a esses serviços. Entretanto, até o presente momento foi identificado o déficit na produção dos materiais referentes as etapas institucionais percorridas pelas mulheres em processo de abortamento em instituições públicas de saúde. É importante mencionar também que cada instituição pode delimitar suas etapas, logo elas podem sofrer alterações quanto a ordem ou até mesmo ausência de alguma dessas etapas.

Foi encontrado somente um material que aborda detalhadamente essas etapas, respectivo a uma pesquisa de campo acerca das experiências de mulheres na hospitalização por abortamento em hospitais públicos da Bahia, no ano de 2013. Deste modo, o artigo “Largada sozinha, mas tudo bem: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil”, dos autores Carneiro, Iriart e Menezes será utilizado como base para essa seção.

De acordo com as investigações desses autores a primeira etapa corresponde a recepção, e sobre a mesma é importante salientar que as mulheres eram acompanhadas de outras mulheres, e que as entrevistadas relataram indagações indevidas pela administração, acerca do tipo de abortamento por conta dos sintomas apresentados. Na pesquisa de Porto e Souza (2017) a recepção é citada como “fria” e uma das participantes relata ter sido abordada ali por uma residente, onde confidenciou para a médica ter realizado uso de medicação clandestina. Em resposta a médica afirma que o hospital fará de tudo para assegurar a gravidez e que só realizará o procedimento de limpeza uterina mediante laudo (p.608)

A respeito disto, é importante fazer duas ressalvas: é o primeiro contato da mulher com a instituição, é fundamental que o profissional que se insira nessa etapa passe segurança e empatia a mulher, demonstrando conseqüentemente profissionalismo a situação. Segundamente, o papel dos profissionais diante daquele contexto seria de garantir com eficiência e rapidez que a mulher não seja mais uma inserida nas taxas de mortalidade em decorrência do aborto.

A realização de perguntas indevidas além de prorrogar o tempo do processo de estabilidade do quadro, em nada contribui para melhoria da saúde física dessas mulheres. E além disso, acarreta em danos à saúde mental, em vista que, a mesma desde o primeiro momento ao se inserir na instituição hospitalar já começa a lidar com o enfrentamento de julgamentos implícitos.

A segunda etapa corresponde a triagem, e por meio dela é demarcada o processo de transformação da mulher em paciente. A pesquisa de Sousa, Porto e Carvalho (2013, p.48) consta que, “no sistema de triagem a ordem passa a estar guiada muito mais pelas próprias capacidades físicas do local e pelo discernimento dos profissionais sobre quem necessita ou não de atendimento imediato do que por qualquer outro critério estabelecido pelo SUS”.

As entrevistadas da pesquisa de Carneiro, Iriart e Menezes (2013) relataram um tratamento distante e meramente técnico. Ao que tange à distância no tratamento, Barbosa *et al.* (2012) afirma que os atendimentos são realizados de forma técnica, em função do conhecimento adquirido a partir da formação profissional. Todavia, é necessário que haja cuidado para que o profissional não seja um mero reproduzidor de técnicas. Afinal a própria norma técnica de atenção ao abortamento preconiza acolhimento e orientação como elementos de extrema importância para uma atenção de qualidade e humana.

Na terceira etapa, as mulheres são preparadas para a internação: “receberam as roupas do hospital, abandonando suas vestes e adereços pessoais, mesmo as peças íntimas, que foram colocadas em sacos e, quando possível, entregues aos acompanhantes” (CARNEIRO; IRIAT; MENEZES, p.410). Por fim, a conclusão dessa etapa se deu com a orientação para que os acompanhantes retomassem para casa e com a instalação do acesso venoso nas pacientes. É notável nessa fase o processo de despersonalização a qual estas mulheres estão sujeitas com o processo de hospitalização.

A despersonalização, a limitação das escolhas e companhias, a mudança de espaço vital e constantes intervenções que se tornam invasivas, permeiam o processo de hospitalização tornando-o aversivo, entremeado de dor e desalento (CAMON, 2003). Todos esses aspectos fazem parte da vivência da mulher em processo de abortamento, e mais que limitadas pela restrição de locomoção que o acesso venoso acaba impondo, essas mulheres encontram-se na maioria das vezes sozinhas, em um ambiente e processos desconhecidos até então.

A norma técnica orienta a elaboração de um espaço para as mulheres em situação de aborto, mas nem todas as instituições de saúde conseguem dispor desses espaços. Assim, a alternativa encontrada é que essas mulheres dividam espaços com as parturientes. Na pesquisa de Carneiro, Iriart e Menezes (2013), as mulheres admitidas sem complicações aparentes aguardaram no pré-parto (PP) até alcançarem as condições requeridas para o esvaziamento uterino.

Na pesquisa de Porto e Sousa (2017) uma entrevistada também relata ter aguardado o procedimento, dividindo o espaço com cinco mulheres em situações diversas. Essa questão pode ser incômoda para algumas mulheres, uma vez que de forma espontânea ou induzida, estas estão lidando com uma perda. E consequentemente pode acarretar em sentimento de culpa, desconforto e responsabilização.

A norma técnica ao abortamento explica que existem sete classificações de abortamento, e sobre cada uma sugere a técnica de esvaziamento uterino mais adequada. Porém evidencia que é fundamental que a escolha do tipo de método para o abortamento faça parte de um processo de decisão compartilhada entre a mulher e os profissionais de saúde. Entretanto, Amorim (2009, p.24) explica que “os serviços indicam ou prescrevem os métodos de acordo com as preferências dos provedores ou da disponibilidade de métodos. Há deficiência na atualização dos profissionais e na falta de informações”.

Na pesquisa tida como base, a maioria das entrevistadas não foi informada adequadamente sobre o procedimento de esvaziamento uterino e nem participou da escolha do método, contrariando a norma técnica. O fato é que, como afirma Santos e Marrone (2019), na maioria dos casos, não explicam sequer como se dará o procedimento escolhido e tão pouco a usuária participa da escolha da técnica. A partir dessas informações, compreende-se que no processo de esvaziamento uterino, não somente o material é retirado do corpo da mulher, mas também sua voz e autonomia.

Identificado a classificação do aborto e o procedimento a ser realizado, é preciso que o colo do útero esteja aberto ou amolecido (para que se possa realizar o esvaziamento uterino). Para isso, pode-se utilizar intervenção medicamentosa, o Misoprostol (Brasil, 2011). Esse medicamento é inserido por via vaginal e de acordo com a ministração do mesmo, é necessário que os profissionais de saúde realizem o toque na mulher, para verificar se o medicamento atingiu seu objetivo.

Macedo, Progianti e Vargens (2005) explicam que o toque é um procedimento indispensável, mas também corresponde a um fator de incômodo e o que mais

constrange as mulheres, devido ao fato de ser extremamente invasivo. Durante a pesquisa de Carneiro, Iriart e Menezes (2013), outras rupturas na privacidade do corpo dessas mulheres também foram reveladas, como a pouca atenção dada ao fechamento das portas, na obrigatoriedade do uso das roupas hospitalares que não cobriam adequadamente seus corpos, e na divulgação de informações que eram consideradas de caráter sigiloso. A partir disso, nota-se um processo marcado pela ausência de respeito, de privacidade e por muita exposição.

Para que a curetagem seja realizada é preconizado além do amolecimento do colo do útero, que a paciente esteja em jejum para caso haja a realização do procedimento cirúrgico. Segundo Pierotti *et al.*, (2018), o jejum é um evento preconizado antes da realização da curetagem ou de qualquer procedimento cirúrgico. O paciente deve ficar no mínimo seis horas sem se alimentar para que haja o esvaziamento total do estômago e assim diminuir os riscos de intercorrências como vômitos e bronco aspiração durante a intervenção cirúrgica.

O problema é que como mencionado outrora, muitas mulheres vão para essas instituições sozinhas ou têm seus acompanhantes dispensados. Lidar com o jejum, com o medo do desconhecido, com os olhares e comentários de julgamentos, com a dor decorrente de intercorrências ou do próprio processo de abortamento espontâneo, torna-se ainda mais complexo e difícil quando se está sem figuras de referência.

Tendo perpassado por todos esses processos, a mulher é conduzida ao centro cirúrgico. Castro (2018) afirma que em suas pesquisas, mulheres relataram desconforto no centro cirúrgico, onde eram colocadas em posição ginecológica, não eram chamadas pelo nome e ainda esperavam algum tempo para a realização do procedimento. Carneiro, Iriart e Menezes (2013) explica que esse local é composto por equipamentos diferenciados, o que conseqüentemente vai ocasionar curiosidade nas mulheres. Entretanto, em meio a ausência de informações sobre o procedimento, pode-se deduzir que além de curiosidade a passagem pelo centro cirúrgico também pode ocasionar temor, pois a claridade do ambiente não conseguem iluminar as dúvidas e receios das mulheres.

Por fim, a última etapa corresponde a alta. Sobre a mesma convém evidenciar que Santana, Santos e Perez (2015) declaram que a mulher precisa receber orientações acerca do resguardo, para evitar uma nova gravidez ou para planejar uma

nova gestação caso seja de desejo da mesma. Mas a prática é destoante, como apontado na pesquisa de Carneiro, Iriart e Menezes (2013), a maioria das mulheres após serem informadas sobre a alta, passavam horas aguardando a última avaliação médica, os resultados dos exames ou até mesmo a formalização da alta. A alta também é mencionada na pesquisa de Porto e Sousa (2017), onde ao relatar essa etapa, uma entrevistada apenas diz que foi informada que poderia ir embora se estivesse se sentindo bem e sem tontura.

As mulheres entrevistadas também mencionaram poucas informações recebidas ainda na maternidade sobre resguardo, retorno à atividade sexual, consulta de revisão e métodos contraceptivos. Em tese, a experiência da internação dessas mulheres é finalizada na alta. Mas considerando o déficit existente nessa etapa final, pode-se considerar que a ausência de informação pode fomentar consequências futuras, como prorrogar a busca por serviços de saúde pública diante da mulher se encontrar na mesma situação ou até mesmo na indicação dos serviços para outras mulheres de seu ciclo que poderão vivenciar a mesma situação. E como efeito dominó, aumentar os gastos públicos em decorrência de maiores complicações pela demora no tratamento e/ ou aumentando a taxa de mortalidade de mulheres em decorrência da problemática do aborto. Ou seja, de certa forma não realizar a finalização desse processo de modo correto pode contribuir para manutenção do problema.

Em conclusão, os profissionais presentes na assistência direta ao abortamento devem zelar pela vida e não devem julgar as condutas dos assistidos, do momento de entrada no serviço de saúde até a alta da paciente (Lima L; *et al.* 2017). O que se observa, na prática, é o despreparo dos profissionais para atuar de forma ética e empática, desde a inserção das mulheres a alta hospitalar. Revelando assim um abrupto déficit entre a teoria e a prática preconizadas pelo Ministério da Saúde.

3.3 Mulheres negras, racismo e abortamento

Os processos de abusos e explorações ocorrem atualmente de forma distinta as anteriormente abolidas. Lima, Silva e Nepomoceno (2021) explicam que pessoas negras, sobretudo as mulheres, precisam lidar diariamente com indagações quanto a sua capacidade intelectual, supervalorização de sua força física e também com a hipersexualização de seus corpos. O que conseqüentemente se faz presente também no contexto de abortamento. Esse imaginário equivocado e desrespeitoso, é

consequência da herança colonial escravocrata que por vezes obrigou as africanas a serem fortes e a resistirem, diante de um contexto de extrema violência.

É preciso salientar que para tratar da vivência da mulher negra em situação de abortamento em sistemas públicos de saúde, torna-se necessário discutir anteriormente as marcas que foram deixadas pela escravidão e que se perpetuam até os dias atuais. E, como afirma Paulo e Nunes (2020, p.20) “devemos olhar para as condições de existência das mulheres negras com base em nosso passado colonial, escravocrata e segregador, que não foi superado, mas apenas assumiu novas roupagens”.

A priori torna-se importante destacar dois aspectos oriundos da herança colonial para compreensão do impacto da vivência da mulher negra em situação de abortamento em serviços públicos de saúde: a imagem de força e a baixa escolaridade.

A respeito da ideologia da imagem de força carregada pelas mulheres negras, capazes de suportar a violência (Lima; Silva e Nepomoceno, 2021), Vargas e Wambier (2016) detalham em suas investigações que por séculos as escravas precisaram sobreviver à mercê de seus senhores e de maridos violentos e exploradores. Elas também precisavam trabalhar para conquistar sua liberdade e a de seus maridos, além de promover o sustento do lar.

Em paralelo ao passado, a vivência de abortamento destas mulheres também se relacionam a sua ideologia de força, na perspectiva em que, como relatado em um estudo de Uri, Ribeiro e Marra (2020) a respeito da violência praticada contra mulheres negras no SUS, ainda são reverberadas entre os profissionais de saúde falas discriminatórias como: "negras são fortes, mais resistentes à dor", "negras são mais resistentes à anestesia", "elas não fazem o pré-natal direito", sem qualquer crítica ou constrangimento.

Se outrora estas mulheres sobreviveram à mercê da violência de seus maridos e senhores, atualmente o abortamento é mais que nunca uma forma de objeção a mesma. Lima e Cordeiro (2020) apontam como fatores de motivações entre o abortamento de mulheres negras: fatores socioeconômicos (como desemprego e medo de perder o emprego), estado civil e violência doméstica e falta de apoio do parceiro. Sendo importante destacar que a relação precária com o parceiro, a desigualdade vivenciada na relação e a pressão do parceiro pelo aborto são recorrentes nas narrativas de jovens negras e pobres, como apontado por Ferrari, Peres e Nascimento (2018).

Com relação a baixa escolaridade, após a escravidão mulheres negras não obtiveram oportunidades de estudo e conseqüentemente igual oportunidades de conhecimento e ascensão, se comparadas com mulheres brancas. Vargas e Wambier (2016) afirmam que mesmo depois de libertas as mulheres negras continuaram ocupando predominantemente o serviço doméstico. Correlacionando com o abortamento, a baixa escolaridade impacta na ocorrência do mesmo devido à falta de conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva.

Acerca disto, Carvalho, Paula e Vieira (2020) falam sobre as desvantagens que o negro carrega nas esferas da vida social, percebidas diariamente na inclusão no sistema de educação, no mercado de trabalho, no acesso aos serviços de saúde e no acesso à saúde sexual e reprodutiva, com grande desvantagem para o grupo de mulheres negras.

As mulheres que mais abortam no Brasil são negras, ou seja, aquelas que se autodeclaram preta ou parda, de baixa renda e escolaridade, com menos acesso ao serviço de saúde de qualidade, e que, por sua vez, morrem três vezes mais comparadas com as mulheres brancas (URI, RIBEIRO, MARRA, 2020). Durante a realização do estudo transversal realizado por Leite, F. *et al.* (2021, p. 1175) acerca da prevalência e fatores associados ao abortamento entre usuárias dos serviços de saúde, obteve-se como resultado a prevalência de mulheres negras em situação de abortamento, se comparadas a mulheres de outra raça ou cor.

Góes, E.F (2018) retrata por meio de suas pesquisas que mulheres negras enfrentam mais barreiras institucionais, em especial o tempo de espera por uma vaga ou leito (três vezes maior do que o relatado pelas brancas). Mariani e Neto (2016) apontam as desigualdades sociais, raça/cor, escolaridade, região e forma de pagamento, como fatores que exercem influência no tratamento dessas mulheres por profissionais de saúde. O fato é que mulheres negras historicamente são mais vulneráveis aos agravos de saúde por conta de sua condição social.

Por conta destes aspectos torna-se evidente que “o racismo e o sexismo também impactam na qualidade dos serviços de saúde oferecido a essas mulheres, em sua maioria de baixa renda” (SANTOS, I; SANTOS, D; SANTOS, V, 2019, p. 74). De acordo com Oliveira e Kubiak (2019) mulheres negras possuem pior acesso e qualidade de atendimento em saúde, o que permite ser interpretado como efeito do racismo. Conseqüentemente elas estão mais propensas a sofrer violência institucional,

que corresponde a praticada por ação ou omissão dos/as funcionários/as públicos no exercício de suas atribuições profissionais (SENS; STAMM, 2019).

Lima e Cordeiro (2020) afirmam que em virtude das complicações do processo de abortamento inseguro, várias dessas mulheres buscam assistência hospitalar, e por vezes, acabam sofrendo violência institucional. Devido às consequências da violência institucional, várias mulheres negras morrem por complicações do processo de abortamento, entre essas estão às patologias adquiridas durante o processo de curetagem e as hemorragias maltratadas (SANTOS, I; SANTOS, D; SANTOS, V, 2019).

Outro fator de risco que pode agravar a vivência de abortamento dessas mulheres é que o aborto tardio, com a gestação mais avançada, é mais frequente entre mulheres negras e apresenta mais riscos de complicações, como apontado por Góes, E.F (2018). A suspeita do aborto provocado amplia os riscos de complicação pós-abortamento, agravando inclusive sofrimentos mentais, que poderiam ser minimizados se mulheres nessas condições fossem atendidas adequadamente. Além de adentrar os serviços públicos de saúde expostas a todas as vulnerabilidades que a vivência de abortamento desencadeia, mulheres negras ainda precisam se preocupar com o medo dos profissionais de saúde a denunciarem, pois de acordo com Goes, E.A (2019) o maior número de denúncias realizadas pelos profissionais de saúde estão relacionadas a mulheres negras.

É possível perceber que mesmo após séculos de abolição da escravatura no Brasil, as mulheres negras continuam sofrendo o racismo a respeito de seus corpos e vivências, que o tempo passa mas os padrões de uma sociedade extremamente racista permanecem, de forma mascarada, mas que ainda assim conseguem tornar-se evidentes.

No processo abortivo, bem como nos demais processos de hospitalização, se percebe a anulação e violação da mulher negra. Elas sofrem violência obstétrica no serviço de saúde para finalizar e/ou sanar complicações oriundas do aborto, tanto em casos provocados quanto espontâneos. A atuação dos profissionais é realizada de modo frio, violento e configura-se como mera execução de técnicas, sem elaboração de acolhimento. O que revela precariedade da assistência e retrata uma prática que em nada se assemelha a atuação humanizada que é instituída pelo SUS.

4 ABORTO E SAÚDE MENTAL

A vivência do abortamento nunca é fácil e tampouco simples, pois envolvem variáveis subjetivas da mulher e do contexto a qual ela se insere. Em virtude da recorrente falta de leitos, dos incipientes recursos financeiros, dos problemas relativos a gestão, da superlotação das instituições públicas mediante a alta demanda de usuárias, da sobrecarga aos profissionais de saúde, do longo tempo de espera que as pacientes encontram, e devido muitos profissionais de saúde perpetuarem em sua prática uma cultura machista e misógina, pode-se deduzir que quando realizados em contexto público a vivência do abortamento torna-se ainda mais complexa.

Seja no abortamento espontâneo ou induzido, é inevitável o fato de existirem impactos a saúde física e mental da mulher. Muitas vezes, completamente sozinha e longe de sua rede de apoio, a mulher precisa lidar com a violência institucional expressa de diferentes formas. A instituição que em tese deveria lhe assegurar orientação e acolhimento, muitas vezes é responsável por lhe desencadear traumas, percepções e vivências extremamente aversivas.

4.1 Saúde mental e vivência de abortamento em redes públicas de saúde

Os agravos físicos do processo de abortamento são explícitos aos profissionais de saúde durante o período de internação da mulher. A febre, os calafrios, o sangramento, a perda de líquido, esses aspectos são visíveis aos profissionais e permitem procedimentos e/ou medicações que auxiliem a sanar o problema.

A saúde mental por ter um caráter “invisível”, torna-se menos óbvia nesse contexto, sobretudo se comprada aos agravos físicos que se apresentam as mulheres. Pressupõe-se que é um desafio a equipe de saúde reconhecer como uma dor real os sentimentos e percepções das mulheres provenientes da vivência de abortamento em contexto institucional, sobretudo quando suas próprias ações são responsáveis por causar impactos a saúde mental da mulher.

A saúde mental e física estão interligadas, e fatores biológicos, sociais e ambientais exercem influência sobre ambas (LUSSI et al., 2019). Por meio desse aspecto entende-se que a mulher em situação de abortamento em serviços públicos encontra-se com a saúde física comprometida em virtude do aborto e dos procedimentos realizados na instituição, está privada socialmente de sua rede de apoio em

um ambiente pouco conhecido e que apresenta situações e sujeitos extremamente aversivos. O que impõe a usuária lidar solitariamente com seus sentimentos e percepções. Nesse sentido, compreende-se que a vivência de abortamento em redes públicas de saúde impacta a saúde mental da mulher.

De imediato torna-se importante destacar que a percepção acerca da vivência de abortamento em redes públicas de saúde é um processo de interpretação singular e único de cada mulher, pois dependerá de sua condição subjetiva, além do seu entorno. Diante da busca por matérias para construção dessa seção, por meio de entrevistas já publicadas em meio eletrônico com mulheres em vivência de abortamento em redes públicas de atendimento, torna-se perceptível que a compreensão das mulheres sobre a assistência ofertada na instituição varia entre feedbacks positivos e negativos.

Apesar da maioria dos documentos descreverem uma percepção negativa das mulheres frente a assistência ao abortamento, não é incomum ao final das entrevistas após relatos de violência obstétrica e institucional, que as mesmas avaliem a qualidade do atendimento como boa. A respeito das controvérsias entre as falas das entrevistadas que detalham situações de maus-tratos e a avaliação positiva das mulheres na qualidade do atendimento dos serviços, Nomoura *et al.* (2011) explica que a vivência psicológica da mulher frente ao abortamento varia em função das características pessoais, dos eventos associados à gravidez, às circunstâncias de sua vida e de seus relacionamentos no momento do aborto.

Em conformidade, Villela *et al.* (2012) salienta em sua obra a interface entre a singularidade dos sentimentos vivenciados pelas mulheres e o contexto a qual ela está inserida. Portanto, pode-se perceber o quanto o contexto hospitalar e consequentemente a assistência fornecida, exercem influência no impacto a saúde mental da mulher em processo de abortamento. Configurando-se como fator de risco a agravos psíquicos oriundos do processo de internação.

A respeito da saúde mental nesse contexto, Villela *et al.* (2012) explica que a mesma se constitui por elementos e práticas da saúde pública, e também da experiência vivida emocional e socialmente. Independentemente do tipo de aborto (induzido ou espontâneo), entende-se que a mulher ao chegar na unidade de saúde já encontra-se em situação de vulnerabilidade física e emocional diante da ideia da perda, de complicações, de um cenário de incertezas e de desconhecimentos de informações que rondam sua cabeça.

Muitas mulheres chegam a esses locais sozinhas, por ausência de companhia parental ou conjugal, por já estarem lidando com uma gestação solo, pelo próprio medo, ou porque já se encontravam sozinhas no início do processo de abortamento. Na maioria dos casos, precisam lidar solitariamente com o desespero frente aos sinais e sintomas físicos evidentes do abortamento e com o entrelaçamento de confusões que permeiam pensamentos negativos diante da ausência de informações e de conhecimento.

O processo inicial de inserção das mulheres nos serviços públicos de saúde já impacta a saúde mental das mesmas. Mulheres em vivência de abortamento já chegam as maternidades sensibilizadas, com o estado psicológico abalado (GOES, E. F *et al.*, 2020) sentindo-se mal (é frequente os sintomas de hemorragia e febre) e com medo, pois não possuem conhecimento do que acontecerá.

Sendo importante destacar que a dúvida, ocorrerá não só no momento de inserção na instituição, mas na maioria das vezes, permanece durante todo o processo de abortamento. O que permite presumir que para um significativo número de mulheres, o contexto do abortamento é permeado de anseios e aflições diante de tantos cenários desconhecidos.

Mediante a leitura dos documentos selecionados em meio eletrônico, tornou-se possível perceber que o impacto a saúde mental de mulheres em situação de abortamento em serviços públicos de saúde se difere em virtude da forma como o aborto ocorre: induzido ou espontâneo.

O modo de visualizar ambos os casos se difere tanto pelos profissionais de saúde ao prestar atendimento, quanto na interpretação das mulheres diante de seus sentimentos, na elaboração da perda e nos acontecimentos vivenciados durante a internação hospitalar. Entretanto, Gomes (2021) apresenta uma perspectiva de congruência as duas situações de abortamento, o fim. O autor afirma que ambas situações levam ao fim de um sonho, de uma gestação, etapa ou de uma angústia.

O abortamento e a ideia de finitude também pode ser associado a compreensão de morte. Segundo Gomes (2021) a morte está em interface ao luto pela perda que o aborto representa para as mulheres. Podendo acarretar em sentimentos de angústia e culpa, podendo evoluir para uma depressão (BERALDO, BIRCHAL E MARYOGA, 2017).

Também é possível discutir aspectos relacionados a morte no aborto induzido, Silva *et al.*, (2020) revela que nesses casos é comum para as mulheres a percepção de ter “matado” o filho. Sentimentos negativos moldam essa vivência, especialmente o medo (da morte, do desconhecido, de ser maltratada), culpa e arrependimento (CARNEIRO; IRIAT; MENEZES, 2013, p.415). Nos casos de aborto induzido, Nascimento *et al.* (2020, p.8) explica que as mulheres são muito prejudicadas na qualidade da assistência, sendo “acometidas por julgamentos, ameaças de denúncia à polícia, negligência no controle da dor, extensa espera para procedimentos e internação em conjunto com puérperas”.

Entendendo o contexto brasileiro de sanção a essa prática, o medo da morte por complicações se potencializa pela hipótese de maus-tratos no atendimento, além da preocupação adicional de uma possível denúncia e prisão, posteriormente a sua alta. O que gera a mulher ansiedade, estresse e alterações no humor em virtude das dores (por consequência das negligências no atendimento as suas necessidades).

A partir do que fora exposto, pode-se perceber o intenso sentimento de angústia e responsabilização enfrentados pela mulher, possivelmente oriundos de crenças religiosas e/ou sociais, muitas vezes reforçada também pelas falas dos próprios profissionais de saúde. Acerca dessa afirmação, Streffling *et al.* (2015) explica que a forma como as mulheres são cuidadas nos serviços de saúde, especialmente por profissionais com ideologias cristãs, impactam no desejo de engravidar posteriormente. O que leva a perceber a importância da prática humanizada nesse momento da assistência, que pode gerar impacto também a longo prazo na vida e na saúde destas mulheres.

Com relação ao abortamento espontâneo, Gomes (2021, p.6) afirma “envolver sentimento de perda e culpa”. Mas a culpa neste caso, está relacionada a impossibilidade de levar a gestação ao fim. Já Aquino (2012) discorre sobre sentimentos de medo e culpa no aborto espontâneo, desencadeados nas situações em que as mulheres não conseguem identificar sinais e sintomas de abortamento. Uma entrevistada da pesquisa de Moura (2015) relatou que antes de buscar por ajuda médica sentiu cólicas que iam e vinham, perda de líquido e um pequeno sangramento. Somente com o aumento da intensidade dos sintomas ela buscou ajuda, dois dias depois do início dos sinais e sintomas. Diante dessas informações, é possível compreender que a mulher enfrenta além da culpa, a vergonha diante dos profissionais de saúde. Esses

acontecimentos lhe deixam passível ao julgamento profissional das ações da mesma, como falta de atenção e descaso com a sua saúde e saúde do feto. E também a auto julgamento, uma vez que ela pode começar a se responsabilizar e internalizar essa percepção.

Entretanto, cabe mencionar que apesar da angústia em não conseguir identificar os sinais e sintomas de abortamento, algumas pesquisas revelam que perceber e buscar por ajuda nos serviços públicos não garante atendimento rápido para sanar o problema. Silva *et al.* (2020) realizou um estudo de campo com ênfase na percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado da enfermagem e nela é citada a demora no atendimento, em decorrência da alta demanda existente no momento em que as mulheres chegavam a instituição. Já na pesquisa de Moura (2015) duas entrevistadas mencionaram a demora absurda no atendimento, apesar de não terem outras pacientes na instituição quando elas chegaram. Sendo relevante citar que uma delas já chegou no local sangrando, e era sua terceira vivência de abortamento.

Na pesquisa de campo de Bertolani e Oliveira (2010) uma das entrevistadas descreveu ter esperado o dia todo pelo atendimento, tendo-o recebido no final da noite, e foi orientada a voltar para casa e retornar no dia seguinte. Ainda sobre a pesquisa de Bertolani e Oliveira (2010), uma narrativa comum entre algumas entrevistadas é a presença de dor, sangramento e ausência de medicação ao buscarem por atendimento. Sendo a maioria orientada a retomar a suas residências e esperar pelo aumento do sangramento. Por meio disso, infere-se que essa atitude pode ser interpretada pelas usuárias posteriormente, como a percepção de que o abortamento ocorreu pela ausência de assistência. E perpetuar a ideia de que a perda ou maiores complicações decorrentes do aborto poderiam ser evitadas mediante atendimento médico imediato.

A partir de ambas situações torna-se necessário realizar três ressalvas. Primeiramente, torna-se possível inferir que existem prejuízos a saúde mental da mulher em situações que elas percebem ou não sinais e sintomas físicos do abortamento. Pois ambas as situações estão ligadas a capacidade de manejar as adversidades e conflitos e respeitar os limites dentro do que é possível fazer mediante essas tribulações. Quando ela não consegue perceber os sinais e sintomas de aborto, ela acredita que não obteve capacidade de lidar com essa intercorrência se dirigindo ao hospital o

mais rápido possível. E quando ela consegue perceber os sinais e sintomas se dirigindo ao hospital, percebe que existem situações naquele ambiente que fogem ao seu alcance de lidar com a resolutividade desse problema, pois dependem da instituição. Torna-se perceptível que ambas as situações afetam seu bem estar.

Segundamente, cabe destacar que a forma como o profissional age diante dessas e de outras circunstâncias é extremamente importante, pois como explica Silva *et al.* (2020) a postura no qual o profissional se apresenta (gestos, expressões, tom de voz) é percebido pela paciente e podem comparecer como mecanismos de apoio que contribuem para ajuda-las a superar as angústias, os medos de julgamento, discriminação e sofrimento. Desse modo, pode-se entender que a maneira como os profissionais lidarão com essas e com demais situações ao decorrer da assistência ao abortamento impactará diretamente sua responsabilização diante da interpretação dos fatos pela mulher.

Terceiramente, em relação aos direcionamento apresentado as mulheres que já estavam no hospital (algumas em situação preocupante) pode-se inferir que o movimento de “vai e vem” para a casa e posteriormente ao hospital novamente, é cansativo e humilhante. Além disso, implica em preocupações relativas a gastos econômicos (que muitas vezes encontram-se escassos) e físicos para mobilidade da mulher, que regularmente buscam por atendimento sozinha, o que duplica a dificuldade de mobilidade da mesma. Ocasionalmente, conseqüentemente em frustração as usuárias, pois os agravos a saúde se postergam e impactam em seu funcionamento físico e psíquico.

Esse terceiro ponto também exerce influência na forma como a mulher enxerga-se naquele contexto, e também na avaliação na qualidade da atenção ofertada pelos profissionais. Como mostra a pesquisa de Bertolani e Oliveira (2010), entrevistadas que passaram por essa situação descrevem o atendimento como ruim, negligente e não resolutivo. Uma delas relata ter se sentido um “lixo” (p.296) em virtude dos encaminhamentos que recebeu, e da demora para resolução, explicação e internação por conta de seu sangramento.

Após conseguirem se inserir nos serviços públicos, novos problemas e necessidades emergem a mulher no processo de abortamento, e nem sempre elas são solucionadas ou atendidas. Lima, L. *et al.* (2017) afirma que se configura um processo contínuo de violência e desrespeito nestas instituições. Na pesquisa de Menezes *et al.* (2019) fica evidente o caráter de violência (obstétrica e institucional) vivido pela

mulher. Foi relatado a utilização de discursos ríspidos, tratamento impaciente, ameaças de abandonar a mulher sozinha durante a assistência por uma suposta não cooperação dela e comentários pejorativos, caracterizando a violência de cunho verbal. Essas práticas podem resultar em sentimento de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional e insegurança.

Madeiro e Rufino (2017) também destacam nesses contextos a incidência de julgamento moral, tratamento não digno, negligências, violação da privacidade e confidencialidade, além dos procedimentos realizados sem explicação e consentimento dos profissionais de saúde. E como reação a essas formas de violência, as mulheres permanecem caladas a fim de evitar possíveis punições (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013, p.409). Diante da descrição de do contexto tão aversivo descrito pelos autores acima, pode-se deduzir que a mulher fica totalmente reclusa, hostilizada e desesperançosa.

As negligências e o tratamento não digno sofridos pela mulher neste contexto permeiam inúmeros aspectos. Pedrosa et al. (2017, p.2) afirma que “a violência sofrida por mulheres em processo de abortamento também se estendem às questões organizacionais e estruturais das maternidades”. Muitas mulheres em situação de aborto têm que lidar com a falta de insumos como absorvente, toalha ou roupa individual e até mesmo falta de leitos durante seu período de internação. Pode-se de deduzir, que diante deste cenário e sem a presença de um acompanhante para buscar por meios de ajuda-las a suprir a falta de matérias básicos de higiene, elas também encaram na vivência desse processo a questão da inviabilidade de realização da assepsia.

Diante dessas questões, convém mencionar que a saúde mental é afetada por diversos fatores: biológicos (inclui personalidade do sujeito a qual pode torna-lo mais vulnerável mediante alguns contextos), socioeconômicos (exclusão social e risco de violência) e ambientais (lugares que não protejam os direitos básicos do sujeito e podem afeta-lo negativamente) (SILVA; CHAI, 2018). .A partir das questões anteriormente expostas, pode-se deduzir que o ambiente institucional de abortamento a qual a mulher se insere, a viola sua saúde por meio dos três fatores.

Moura (2015, p.42) reserva uma secção em sua pesquisa de campo acerca das necessidades que a mulher apresentou durante o abortamento e que foram negligenciadas pela equipe de saúde. A primeira entrevistada, relata ter sentindo-se abandonada pela equipe, o que lhe gerou angústias e incertezas por não ter acesso

a informação de seu quadro clínico, e por não ter sido medicada mesmo relatando muita dor. Ainda sobre a primeira entrevistada, ela encontrava-se sozinha e o autor dá ênfase às expressões de dor e desânimo. Na pesquisa de Bertolani e Oliveira (2010) uma das entrevistadas, descreve ter se sentido humilhada durante o processo de internação, pois os profissionais não prestaram atenção diante de suas reclamações de dor e não lhe foi receitado medicamentos. A terceira entrevistada na pesquisa de Moura (2015) relata fraqueza e tremores em virtude da fome ocasionada pelo jejum para realização da curetagem. Ela estava sozinha, pois pediram para que seu acompanhante fosse embora, e ficou dependendo do cuidado das enfermeiras. Somente 24 horas depois, sem que conseguisse realizar a curetagem, chorando, com dor e tremendo pela fome ela recebeu medicação e comida.

Durante a pesquisa de Pedrosa et al. (2017) o jejum também aparece como uma percepção de situação incômoda às mulheres, e as mesmas caracterizavam-no como “prolongado e desnecessário” (p.5). Uma das entrevistadas, comenta nem entender o porquê de precisar ficar sem comer. Novamente, torna-se evidente a ausência do cuidado ao prestar informações à mulher, que lhe é de direito da mesma.

O jejum a qual essas mulheres são submetidas e a dor do abortamento, lhes rouba sua força, como tratado no exemplo acima. Sem vínculo estabelecido com os profissionais de saúde elas não têm com quem conversar ou a quem pedir auxílio quando for necessário, já que estão sozinhas e sem acompanhantes. E mesmo que fosse conseguido estabelecer vínculo com os profissionais de saúde, em virtude da alta demanda dos mesmos não conseguiriam fornecer total assistência à paciente.

Portanto, presença de um acompanhante deveria ser indispensável em qualquer instituição para amenizar e auxiliar a vivência da mulher em abortamento. Tanto para ajudá-las em tarefas básicas do dia-a-dia durante o período de internação, pois muitas encontram-se fracas pelo jejum e dor, quanto para intervir em seu socorro, chamando enfermeiras no agravo de alguma complicação ou até mesmo reforçando o horário de alguma medicação prescrita pelo médico. É importante destacar que a ausência de acompanhante é configurada como uma forma de violência obstétrica.

É importante citar a existência da lei do acompanhante, que assegura o direito à gestante de um acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós parto imediato no SUS (BRASIL, 2005). Entretanto, essa lei não apresenta especificidade com relação ao acompanhante em situações de abortamento. A inserção do acompanhante também não é prevista na norma técnica de atenção ao aborto. Por

conta disso, é possível inferir que algumas instituições acabam legitimando a retirada do acompanhante no processo de abortamento.

Outro aspecto relevante a ser mencionado no que se refere a uma problemática comum e incômoda nesse momento, é a mera execução de técnicas, e o que se torna evidente é que nem o mínimo é ofertado. Menezes et al. (2019) em sua pesquisa com residentes em enfermagem obstétrica, constatou por meio de entrevistas, que vários dos entrevistados já presenciaram situações desrespeitosas com as mulheres em processo de abortamento. Como excesso de conversa, risadas, ausência de privacidade e até mesmo a procrastinação para o preparo e fornecimento da medicação feita pelo médico, para as mulheres com dor.

Assim, pode-se perceber que a própria categoria profissional reconhece a falha entre as normativas e a prática na atuação. O que revela que além da gravidade da situação, a manutenção pelo “ensino” implícito que é perpassado na formação prática desses residentes. Eles conseguiram enxergar os comportamentos dos médicos mencionados em suas falas como desrespeitosos e prejudiciais a mulher, mas diante do contexto hospitalar com superlotação e essa prática violenta e desrespeitosa fazendo parte de seu cotidiano, a probabilidade de aprendizagem e reprodução da mesma é altíssima.

Na pesquisa de Moura (2015) fica evidente que os profissionais de enfermagem reproduzem um comportamento de mera execução de procedimentos, ao invés de olhar para as queixas e atende-las em uma perspectiva multidimensional. A investigação de Silva *et al.* (2020) aborda o incômodo das pacientes com a ausência de atenção dada pelos médicos e enfermeiras. Uma das entrevistada afirmou que “as enfermeiras não dão muita atenção, passando somente pra ver como estava em relação a dor” (p.50).

Se o atendimento fosse realizado de forma mais humana e estabelecendo vínculo, a comunicação entre profissionais e mulheres seria melhor estabelecida e diminuiria as queixas, proporcionando maior assistência e suporte a mulher. Ocasionalmente em menor estresse e insegurança durante sua permanência na instituição durante esse processo, que por tantas vezes é permeado pelo medo do desconhecido.

A desinformação gera chateação e irritabilidade na maior parte do processo de abortamento. É evidente a ausência de explicações por parte dos profissionais de saúde sobre os procedimentos (BERTOLANI E OLIVEIRA, 2010) e ausência de informações referentes a métodos contraceptivos para evitar uma nova gestação. Também

não são fornecidas informações sobre os cuidados pós abortamento, tão pouco receberam encaminhamentos a serviço especializados (MOURA, 2015). O que evidencia por parte dos profissionais descaso na orientação dessas mulheres.

Fato este que pode ser visualizado na prática por meio do estudo de Pedrosa (2017), onde a fala de duas das entrevistadas se destacam. É relatado pelas mesmas uma narrativa comum a ambas, e outras milhares de mulheres que adentram os serviços públicos. Descreveram os profissionais como arrogantes e que os mesmos não tiraram suas dúvidas, e ainda se aborreciam pelas perguntas. Uma delas cita o uso de “palavras que machucam”, afirmando que considera uma agressão as palavras e gestos utilizados pelos profissionais.

Essas situações fogem totalmente as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde em sua Norma Técnica (BRASIL, 2011), que determina como responsabilidade da equipe:

Respeitar a fala da mulher, priorizar o atendimento diante das necessidades detectadas, Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações, estar atento às preocupações das mulheres, Estabelecer uma comunicação efetiva, Informar sobre os procedimentos e como serão realizados e orientar quanto à escolha contraceptiva (p.26)

Apesar disso, Gomes (2021) revela que a ausência de informação é comum após as mulheres passarem pelo processo de abortamento. Sobretudo, essa questão pode ser identificada no processo de alta da mulher. Nascimento et al. (2020) explica que desejando ajudar a mulher, profissionais de enfermagem apenas a orientam a ir para casa pensar sobre a “não realizar a prática do aborto” (p.9), o que acaba desencadeando o sentimento de abandono a usuária. Cabe aqui a reflexão mais ao próprio profissional do que a mulher, como “pensar sobre não realizar um aborto” o previne? A questão é: não previne. E gera a mulher mais desconforto em precisar lidar novamente com esses questionamentos após sua alta, e um loop infinito nesse processo tão doloroso e invasivo a mulher.

As questões anteriormente discutidas acerca da espera no atendimento, dos discursos ríspidos por parte dos profissionais, da ausência de acompanhante, do jejum, da falta de informações, da mudança temporária em seu cotidiano, da ausência de uma atividade que se configure em lazer e/ou bem estar, do espaço compartilhado com parturientes, da negligência a dor, da distância imposta a mulher às suas figuras

de referência, da percepção individual de medo e responsabilização, entre outros fatores, são questões oriundas do contexto de serviços públicos de abortamento extremamente necessárias para compreensão do impacto a saúde da mulher.

Uma vez que, por meio delas, torna-se possível compreender o quanto a mulher é estigmatizada, vulnerabilizada e negligenciada no processo de internação do abortamento. O que exerce influência direta na forma que a mulher lidará com suas emoções e adversidades que emergem a esse contexto. O modo como ela é tratada no sistema de saúde vai impactar sua percepção e entendimento do momento vivido.

5 PSICOLOGIA E SERVIÇOS PÚBLICOS DE ABORTAMENTO

A norma técnica de atenção ao abortamento elaborada pelo Ministério da Saúde (MS) prevê a inserção e participação do profissional da psicologia nos serviços públicos de abortamento, junto a equipe multiprofissional. O trabalho da psicologia nesse contexto mostra-se importante tanto para a mulher em vivência de abortamento, quanto para os profissionais de saúde.

É necessário que o psicólogo esteja atento durante sua atuação nesse contexto, tomando cuidado para não reproduzir comportamentos coniventes ou omissos diante de situações que violem os direitos da mulher, que perpetuem violência e discriminação. Exercendo seu ofício de modo ético e respeitoso, e proporcionando aos profissionais da saúde ressignificar suas percepções. Oferecendo a mulher em situação de abortamento escuta, acolhimento e suporte para elaboração de sentimentos e dificuldades emocionais vivenciados no contexto institucional.

5.1. A psicologia inserida no contexto de serviços públicos de abortamento: desafios e intervenções

Muito se discute a respeito das implicações psíquicas após o período de abortamento, quando a mulher recebeu alta e precisa voltar a sua rotina. A literatura também dispõe de muitos materiais que abordam a psicologia no contexto clínico como oferta de serviço para suporte e tratamento para questões que emergem no pós abortamento. Porém, pouco se discute acerca da atuação do psicólogo em instituições públicas de abortamento, durante a vivência do aborto da mulher.

Acerca do trabalho do psicólogo em maternidades e centros obstétricos, onde atendem mulheres que não conseguiram continuar com a gestação, os materiais disponíveis em meio eletrônico apresentam maior enfoque ao trabalho desse profissional ao acolhimento à gestante e ao acompanhamento após o parto. Porém é importante destacar a importância da participação do trabalho do psicólogo com usuárias do serviço público em situação de abortamento.

Por todos os prejuízos à saúde da mulher mencionadas anteriormente, é de vital importância que ela receba atendimento psicológico ainda no período de internação. A inserção do psicólogo nesse contexto é fundamental para trabalhar ques-

tões relativas ao medo, a ansiedade, a culpa, a responsabilização, a raiva, ao estresse, proporcionando um espaço para exteriorização e elaboração de sentimentos e dificuldades emocionais vivenciados no contexto institucional.

Devido as circunstâncias de vulnerabilidade física e emocional a mulher, a inserção da psicologia em instituições públicas de abortamento junto a equipe multiprofissional de saúde (BRASIL,2011, p.49) torna-se extremamente importante. A norma técnica do Ministério da Saúde (MS) prevê que todos os profissionais promovam acolhimento (BRASIL,2011, p.4) e escuta (BRASIL, 2011, p.6) às mulheres. Porém como foi exposto outrora muitas vezes os profissionais de saúde não conseguem realizar essas ações, o que permite a psicologia apresentar-se nesses espaço como uma primeira forma de prática humanizada a mulher.

A impossibilidade de realizar essas ações, pode dar-se pelo próprio desconhecimento da norma por parte da equipe. Como revela a pesquisa realizada por Ribeiro e Fonseca (2015, p.15), em entrevista à 33 profissionais de saúde de serviço de aborto legal, 16 profissionais afirmaram não conhecer a normativa do MS. Acerca da prática humanizada, dez profissionais demonstraram que se colocar no lugar da usuária já garante a humanização. Acerca dessa informação, pode-se refletir para além da ausência de propriedade da complexidade que o conceito de humanizar envolve. Mas a falta de um serviços empático (já que a definição que eles conceitualizam é de empatia) é demonstrada nos capítulos anteriores deste documento, por meio de ações da equipe de saúde que em nada se remetem a esse conceito.

Gonzaga e Aras (2016, p.114) também revela que quatro das cinco psicólogas hospitalares entrevistadas, negaram que a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento lhes tenha sido apresentada pela instituição. Por conta disso, entende-se que a ação de omitir e não colaborar com a divulgação do material do MS, colabora ao desconhecimento da equipe de saúde e manutenção de práticas não humanizadas no atendimento. Cabe ressaltar aqui o impacto na ausência de aprofundamento no próprio ofício, visto que a humanização proporciona mais que se colocar no lugar da usuária, permite compromisso com melhoria das condições de trabalho e atendimento.

Logo, humanizar trata-se de um conjunto de ações que envolvem todo os profissionais e o cuidado com eles, bem como a atenção ao paciente (RIBEIRO E FONSECA, 2015, p.17). A partir desse conceito, é possível deduzir que não existe trabalho de humanização da assistência desvinculada de um projeto coletivo. Ou seja,

a humanização no processo de abortamento deve ter enfoque também profissionais de saúde.

Entretanto, ao que tange as responsabilidades dos serviços de saúde mental (Serviço social e Psicologia) estabelecidas pelo MS no contexto de serviços de aborto em sistemas públicos de saúde, é atribuído:

Prestar apoio emocional imediato e encaminhar, quando necessário, para o atendimento continuado em médio prazo. Reforçar a importância da mulher respeitando o estado emocional em que se encontra, adotando uma postura autocompreensiva, que busque a autoestima. Identificar as reações do grupo social (famílias, amigos, colegas) em que está envolvida/inserida. Perguntar sobre o contexto da relação em que se deu a gravidez e as possíveis repercussões do abortamento no relacionamento com o parceiro. Conversar sobre gravidez, aborto inseguro, menstruação, saúde reprodutiva e direitos sexuais e reprodutivos. (BRASIL,2011, p.27)

Torna-se perceptível que o trabalho do psicólogo com a equipe profissional nesse contexto, não lhe é atribuído como responsabilidade pela norma do MS. Mas por todas as questões expostas ao decorrer dos capítulos anteriores, e por perceber a ausência do aprofundamento da equipe de saúde nas questões que envolvem a humanização na assistência ao abortamento (e que conseqüentemente impactam a atuação dos profissionais). Torna-se possível compreender que, por apresentar-se como uma demanda ela pode estar inserida na atuação do psicólogo para mudança de cenário vigente neste contexto.

Ao realizar qualquer uma das responsabilidades atribuídas é importante que o profissional aja de modo ético e científico, atuando sem julgar ou constranger as usuárias do serviço. É importante destacar essa questão em virtude do tabu e das concepções sociais que a temática do aborto permeiam. O psicólogo deve orientar sua prática pelos princípios fundamentais do código de ética, e consulta-lo sempre mediante alguma dúvida, fornecendo acolhimento e escuta a mulher.

Nesse contexto em que os sentimentos e percepções da mulher são acometidos pela vivência singular do abortamento e pelas práticas dos profissionais de saúde, a própria premissa fundamental do código de ética do psicólogo pode ser utilizada como explicação para entendimento da importância do profissional em instituições de abortamento: Promover saúde com base no respeito, na promoção da liberdade, da dignidade e da igualdade (CFP, 2005, p.7). A ilegalidade do aborto pode incitar práticas violentas por parte dos profissionais de saúde, pois a compreensão

social que permeia o aborto está associada a ideia de homicídio. Assim, muitas mulheres buscam por serviços de saúde em decorrência dos agravos e complicações do aborto, e são negligenciadas e/ou julgadas pelos profissionais de saúde em virtude das ideologias e religiões destes, que não concordam com tal alternativa para sanar a problemática da gestação indesejada.

Desse modo, é importante que o psicólogo inserido nesse contexto não seja omissivo ou conivente com a ausência de humanização no processo de abortamento. Portanto, infere-se que o psicólogo deva trabalhar junto a equipe de saúde alternativas que permitam-lhes diminuir gradativamente a incidência dessa prática negligente, abordando questões que permeiam o aborto (sociais, culturais, econômicas e emocionais), apresentando e ampliando novas percepções acerca desta temática. O psicólogo também deve trabalhar diretamente com as mulheres em situação de abortamento, exercendo seu ofício nesse contexto com ética e sigilo, sem julgá-las, compromete-las ou constrangê-las. Proporcionando escuta, acolhimento e contribuindo para qualidade de vida destas mulheres durante o período de internação.

Para que o profissional da psicologia consiga desempenhar sua atuação de forma coerente e concisa aos fundamentos do Código de ética profissional (CFP, 2005), é dever do mesmo reconhecer suas limitações teórico-metodológicas e éticas caso se apresentem. Como Maia (2008, p.187) explica em sua obra, é preciso olhar com cuidado aos profissionais que fazem atendimento dessas mulheres, e que os próprios profissionais reconheçam a importância de ser solidários e substituir um colega quando este não está se sentindo em condições para realizar o atendimento.

Por meio disso, infere-se que é preciso que o profissional, olhe com cuidado para si e para o outro, distanciando-se e encaminhando a usuária a outro profissional, caso o psicólogo avalie que não é capaz de atender a demanda que emergiu pela usuária. Também é necessário a uma atenção de qualidade que o mesmo se qualifique, assim como os demais profissionais de saúde, para garantir e assegurar melhor qualidade no atendimento as mulheres.

Porém, em relação a qualificação da equipe de saúde, Farias e Cavalcanti (2012, p.1759), relatam que durante a condução de suas pesquisas em um hospital municipal, no que tange a participação em treinamentos e capacitações relacionados à temática do aborto legal, “apareceu de modo tímido no discurso dos seguintes conjuntos de profissionais: psicólogas, enfermeiros(as) e médicos(as) obstetras”. Em 2016 na semana da mulher, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) emitiu uma nota,

e nela foi divulgada uma fala da psicóloga Vanessa Dios, que afirmou existir uma lacuna no preparo de profissionais de saúde em serviços de aborto legal, incluindo psicólogos (CFP, 2016).

A respeito desta problemática cabe destacar Ribeiro e Fonseca (2015, p.17), que asseguram que “quando os profissionais do psicossocial se eximem da responsabilidade desse conhecimento, prejudicam o atendimento humanizado, e distanciam a garantia de um direito, pois muitas vezes esses profissionais são responsáveis por articular junto à equipe a garantia do mesmo”. Dessa forma, contribuem para a manutenção de uma prática violenta, que a décadas permanece sendo silenciando e violentando inúmeras mulheres.

A respeito do trabalho dos psicólogos diretamente com as mulheres em situação de abortamento, Gonzaga e Aras (2016, p.113) revelam em sua obra, que nem todas são atendidas por falta de profissionais e por terem que atender às diversas demandas diferenciadas no setor de maternidade. Queiroz et al. (2020, p.58) relata que “as demandas mais frequentes são relativas aos casos de nascimentos pré-termo e gestações interrompidas com menos de 37 semanas”.

Em virtude da alta demanda que se apresenta a esses serviços, a equipe de saúde é quem é responsável por solicitar o atendimento do profissional da psicologia (GONZAGA; ARAS, 2016, p.113). E apesar do atendimento poder ser solicitado também pela paciente (QUEIROZ, *et al.*, 2020, p.59), não há garantia que a solicitação da mesma seja atendida. Entende-se que ao reconhecer que precisa do psicólogo, a mulher deve receber acolhimento e compreensão para que não se afaste da possibilidade de se abrir, ou até mesmo de futuramente buscar por ajuda profissional. Não receber esse atendimento representa um dano significativo a mulher, visto que a mesma consegue reconhecer que sozinha não abarca forças suficiente para lidar com as questões que emergem no processo de internação.

As psicólogas entrevistadas na obra de Gonzaga e Aras (2016, p.113) relatam a prevalência por atendimento individual das mulheres em abortamento, apesar de terem desenvolvido por dois anos atendimento em grupo. É possível deduzir, que nesse contexto a escolha pelo atendimento em grupo se dá para além da questão da alta demanda, pois proporciona as usuárias ouvir e trocar experiências estabelecendo identificação entre elas, maior privacidade para os relatos, e oferece as mulheres a possibilidade de serem ouvidas.

Quando o atendimento é realizado de modo individual, a abordagem das psicólogas com as mulheres é abordar as temáticas propostas na normatiza do MS: “desejo de ser ou não ser mãe, a sexualidade e o relacionamento com o parceiro (BRASIL, 2011, p.18). Mas, entende-se que o principal objetivo deve ser acolher e proporcionar escuta a essas pacientes, para que a usuária tenha com quem falar naquele momento, e consiga dar voz aos anseios oriundos do processo de internação. É importante ressaltar que isso é percebido pelas pacientes como positivo.

Como visto ao final das pesquisas de Bertolani e Oliveira (2010, p.298), a entrevistada Rafaela revela que é bom falar o que está sentindo, pois tira o peso e proporciona alívio. A entrevistada 8 (E8) da pesquisa de Postinger (2018, p.47) também afirma que foi bom conversar com a psicóloga, até porque não tinha com quem fizesse. É importante ressaltar que nesse momento a mulher encontra-se sozinha, sem acompanhantes e muitas vezes sem vínculo com os profissionais de saúde, a psicologia então surgira e se apresentará não só como possibilidade de escuta, mas como uma rede de apoio a mulher.

A psicologia nesse contexto proporciona a mulher que passou pelo aborto enxergar que não está sozinha, oferecendo-lhe suporte para lidar naquele momento com a ideia da culpa (que por vezes é estereotipada e reforçada pelos profissionais por meio de falas, gestos ou omissões na atenção) e para que as mesmas consigam lidar com percepções e sentimentos desencadeados pela tristeza, desespero, raiva, culpa, ansiedade e estresse. E caso seja observado a necessidade, realizar o encaminhamento das mulheres a psicoterapia, para que ela continue a receber suporte após sua alta. Afinal, algumas questões que emergem no processo de internação do abortamento, podem incidir em traumas a longo prazo.

Como observado na entrevistada da pesquisa de Postinger (2018, p.58), que durante sua vivencia de aborto precisou compartilhar espaço com as gestantes, e relata escutar choro e batimentos dos bebês. Após a alta até o dia que fora realizado a entrevista, ela diz que não consegue ouvir som da máquina de lavar, pois é idêntico ao barulho do coração dos bebês, e por conta disso faz terapia. Esse relato mostra que, o trauma dessa mulher foi tão profundo que ganha marcas mesmo com o passar dos anos. Logo, torna-se perceptível que a psicologia é peça fundamental a mulheres em situação de abortamento, tanto durante quanto depois de sua passagem pela instituição pública.

Diante de tudo que fora exposto, torna-se possível entender que a psicologia em serviços públicos de abortamento permite compreender a singularidade de cada mulher que passa por essa vivência. Enxergando-a em sua complexidade, acolhendo questões relativas ao processo de abortamento, ouvindo sem julgar e auxiliando num primeiro momento a mulher administrar seus sentimentos e percepções. Conseqüentemente, o profissional proporciona a usuária sentir-se acolhida, compreendida e proporciona melhora a sua saúde mental e emocional.

A respeito da inserção da psicologia em instituições de abortamento, cabe ressaltar a dificuldade de encontrar matérias já publicados a respeito dessa temática. Pouco se é discutido acerca do papel e do desempenho de funções do mesmo neste contexto. O que deixa margem para sugestão de pesquisas futuras para aprofundamento nessas questões. Todavia, é inegável a importância da inserção dos mesmos nas equipes de saúde. Fato esse reconhecido não só pelas mulheres em vivência de abortamento, mas pela própria equipe de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho pretendeu compreender a saúde mental das mulheres em situação de abortamento que precisaram se inserir nos serviços públicos de saúde no Brasil, a fim de investigar e expor as implicações a saúde mental das mesmas, oriundas da qualidade da atenção destinada pelos profissionais de saúde. Para se atingir uma compreensão da análise da saúde mental da mulher brasileira em situação de aborto, definiu-se três objetivos específicos.

O primeiro corresponde a investigar historicamente a problemática do aborto. Verificou-se que a prática do aborto além de antiga, sempre esteve inserida entre a dualidade de proibição e permissão, e resgatar as interpretações sociais de diferentes épocas ao longo da história permite averiguar as diferentes (mas sempre impostas) vulnerabilidades do aborto. Questões relativas ao tabu, religião e patriarcado apesar de serem antigas permeiam e dificultam a vivência de abortamento das mulheres na atualidade.

O segundo refere-se a expor os desafios enfrentados pelas mulheres ao se inserirem em instituições públicas de abortamento. A análise permitiu concluir que desde a busca até a inserção da mulher nos serviços públicos de saúde, a mulher se depara com diversas barreiras, que vão desde a ausência de informações para encontrar esses serviços ao despreparo profissional para atendê-las de modo ético e humano. A inserção das mulheres nessas instituições é permeada sobretudo por violências: verbal, institucional, obstétrica e psicológica.

Por fim, o terceiro e último objetivo específico corresponde a discutir acerca da atenção humanizada a mulheres em situação de aborto. Averiguou-se que, apesar do empenho do Ministério da Saúde (MS) em fornecer direcionamentos para que a atuação dos profissionais de saúde ocorra da forma mais humanizada as mulheres, há uma lacuna entre a normativa do MS e a prática desses profissionais. O que evidencia o despreparo da equipe de saúde para atuar de forma ética e empática, pois fica evidente que existe julgamento as usuárias, negligência no atendimento e nas necessidades que surgem no processo de internação dessas mulheres. A ausência de um tratamento humano, ocasiona a mulher inserida nesse contexto sentimentos e percepções negativas, como de medo, culpa, responsabilização, estresse e desesperança.

Com isso, a hipótese do trabalho de que a qualidade do cuidado destinado à mulher nos serviços de saúde têm impacto direto sobre a saúde mental da mulher se confirmou, pois a saúde mental nesse contexto é constituída por elementos e práticas da saúde pública, além da experiência individual de cada mulher nesse processo.

É importante ressaltar que muito se discute acerca dos efeitos a saúde mental da mulher que realiza aborto induzido e existem muitos materiais disponíveis em meio eletrônico que abordam a questão da saúde mental da mulher no pós abortamento (um tempo depois a sua alta). Mas são escassos a existência de matérias que analisem diretamente a questão da saúde mental da mulher no período de inserção e internação da mulher nas instituições de aborto legal.

Para aprofundamento e desenvolvimento dessa questão de extrema relevância pra elaboração deste documento, foram analisadas várias pesquisas de campo disponíveis em meio eletrônico, contendo narrativas de mulheres que vivenciaram o aborto em serviços públicos de saúde. Atentando-se a descrição dessas mulheres a qualidade da atenção recebida pelos profissionais de saúde, bem como a descrição de seus sentimentos e percepções durante a vivência de abortamento e os relatos de maus tratos na assistência ao aborto. Assim foi identificado no discurso dessas mulheres, predominantemente: o déficit na qualidade do atendimento, sentimentos e percepções negativas nas vivências de aborto em serviços públicos e diferentes formas de violência no período de inserção e internação da mulher nas instituições de aborto.

A habilidade de enfrentar os desafios que emergem ao processo de internação em instituições de aborto e o modo como a mulher interpretará as situações do contexto ao seu redor, está relacionada diretamente a saúde mental. Entende-se e é possível averiguar ao longo do trabalho, que durante o contexto de abortamento algumas situações podem desencadear uma série de emoções e percepções negativas, trazendo prejuízos e/ou agravando a saúde mental da mulher. Consequentemente, compromete a interpretação e o enfrentamento dos desafios das mulheres em situação de abortamento.

Por fim, a maior dificuldade para elaboração deste trabalho foi encontrar materiais que abordassem a inserção do psicólogo em instituições legais de abortamento. Além dos materiais divulgados pelo CFP e poucos artigos que tratavam da inserção da psicologia na equipe de saúde, pouco é divulgado a respeito do trabalho

realizado pelo profissional da psicologia nesse contexto, o que dificultou o aprofundamento do tópico elaborado outrora, o que deixa margem para sugestão de pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Brunno. Henrique. Kill.; SILVA, Juliana. Moura. Da.; LIBARD, Mônica. Beatriz. Ortolan.; PASSOS, Juliana de. Andrade.; ANDRADE, Silvia. Caixeta. De.; PARENTE, Priscila. Batista. Corrêa.; ARRAIS, Alessandra. Da. Rocha.; OLIVEIRA, Aline. Mizusaki. Imoto. De. **A legislação sobre o Aborto nos Países da América Latina: uma revisão narrativa**. 2018. Com. Ciências Saúde. 2018; 29(1):36-44. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/legislacao_aborto.pdf. Acesso em: 09 Mai 2021.
- ALBISETTI, Cesare.; RAVAGNAN, Oswaldo. Martins. **Tradução/translation a aldeia bororo**. 1992. Perspectivas, São Paulo, 15:145-157, 1992. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/download/1965/1603/4579>. Acesso em: 09 Mai 2021.
- ALVES, José. Eustáquio. Diniz; CAVENAGHI, Suzana.; BARROS, Luiz. Felipe.; CARVALHO, Angelite. Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. **Tempo Social**, v. 29, n. 2, p. 215-242, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/112180>. Acesso em 31 Ago 2021
- AMORIM, Conceição. De. Maria. **Programa de atenção integral à saúde da mulher-PAISM: entre diretrizes nacionais e realidade em Imperatriz**. 2009. Disponível: www.followscience.com/.../programa_de_atencao_integral_a_saude_da_mulher_paism_entre_as_diretrizes_nacional_e_a_realidade.doc. Acesso em: 18 Out. 2021
- AQUINO, Elaine. Lopes. De. **Atenção à saúde da mulher em situação de aborto: experiências de mulheres hospitalizadas e práticas de profissionais de saúde**. 2012. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública: São Paulo. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-22042013-161954/pt-br.php>. Acesso em 23 Out 2021
- ARAÚJO, Andressa. Damares.; SOUZA, Jonatas. Rodrigues. De.; SANTANA, Souza. Nerieli. Pereira. De.; HAKIM, Santana. Soraya. El; ADRIANI, Paula. Arquioioli. **O enfrentamento da mulher após o aborto espontâneo**. 2020. São Paulo SP, v.10, n.3, p.42-57, jul. 2020. Disponível em: [http://pesquisa.italo.com.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=viewFile&path\[\]=399&path\[\]=332](http://pesquisa.italo.com.br/index.php?journal=uniitalo&page=article&op=viewFile&path[]=399&path[]=332). Acesso em: 09 Mai 2021.
- BARBOSA, Ana Silvia Sandoval de Freitas; BOBATO, Jacqueline Aparecida Cosmo; MARIUTTI, Mariana Gondim. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. **Revista da SPAGESP**, São Paulo, 2012. V.13, n.2, p.44-55. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v13n2/v13n2a06.pdf>. Acesso em: 17 Out 2021
- BASTOS, Priscila Mansur Bussade. A percepção do aborto ao longo da história e a construção do seu conceito nos dias atuais. **Revista eletrônica de teologia e ciência das religiões**, 2017, v. 5, n. 2, p.56-70, 2018. Disponível em: <http://revista.faculdadeunida.com.br/index.php/unitas/article/view/609/583>. Acesso em: 17 Mai 2021

BERALDO, Ana; BIRCHAL, Telma. De. Souza; MAYORGA, Claudia. O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres. **Revista Estudos Feministas**. 2017, v. 25, n. 3, pp. 1141-1157. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n3p1141>. Acesso em: 25 Out 2021

BERTOLANI, Georgia. Bianca; OLIVEIRA, Eleonora. Miniccuci. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde Soc.**, v.19, n.2, p.286-301, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sVgqqtBf9vYtMQjxt4GZW46t/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso em 22 Out 2021

BONAN, Claudia. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 660-662, Abril. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200039&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Mai 2021.

BRASIL. **Código Penal Brasileiro. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro**. 1940. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 07 Mar 2021.

_____. **Lei n. 11.108**. Diário Oficial da União. 2005. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2005/lei-11108-7-abril-2005-536370-publicacaooriginal-26874-pl.html>. Acesso em 07 Set 2021

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. *Portaria nº 1.459*, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 09 Abril. 2021

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. O Psicólogo no Hospital. In: CAMON, Valdemar. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e Prática**. São Paulo: Thomson, 2003. p. 1-14

CARNEIRO, Monique França; IRIART Jorge Alberto; MENEZES Greice Maria. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface comunicação saúde educação**. Abr-jun, 2013; 17(45):405-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/33bHwcDJpfQLSZdtwMCQ6kC/?lang=pt>. Acesso em 12 Set 2021

CARVALHO, Angelita; PAULA, Daniela Polessa.; VIEIRA, Gabriela. de Freitas. Raça/cor e indicadores de saúde sexual e reprodutiva: identificando possíveis diferenças de comportamento das mulheres no brasil em 2006. **Revista Faz Ciência**, v. 22, n. 36, p. 74, 2020. Disponível em: <https://saber.unioeste.br/index.php/fazciencia/article/view/25037>. Acesso em: 16 out. 2021.

CASSONI, Elaine Veloso. **O aborto no brasil: uma questão de saúde pública**. 1º ed. Publicação Independente, 2019. P. 12-17

CASTRO, Larissa Hosana Paiva de. **Cuidado humanizado em enfermagem às mulheres em situação de abortamento: uma revisão integrativa**. 2018. Orientadora: Gilvânia Smith da Nóbrega Morais. Bachelarel em enfermagem- Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/15919/LA-RISSA%20HOSANA%20PAIVA%20DE%20CASTRO%20TCC%20ENFERMAGEM%20CCBS%202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 12 out 2021

CISNE, Mirla; OLIVEIRA, Giulia Maria Jenelle Cavalcante de; CASTRO, Viviane Vaz. **Aborto inseguro: um retrato patriarcal e racializado da pobreza das mulheres**. 2018. R. Katál., Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 452-470, set./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/1982-02592018v21n3p452/37960>. Acesso em: 17 Mai 2021

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Resolução n.º 10/05, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Direitos da mulher e o Aborto**. 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/direitos-da-mulher-e-o-aborto/>. Acesso em 14 Out 2021

COPETTI, Cristiane Melz; JAHN Daniela; SILVA, Kimberly dos Santos da. A Legalização do Aborto até a 12ª semana no Brasil. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, [S. l.], v. 6, p. e28005, 2021. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/28005>. Acesso em: 1 Set. 2021.

DINIZ Debora; MEDEIROS Marcelo; MADEIRO Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc Saúde Colet** 2017; 22:653-60.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem**. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452010000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

FARIAS, Rejane. Santos; CAVALCANTI, Ludmila. Fontenele. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2012, v. 17, n. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700014>>. Acesso em 27 Out 2021

FERRARI, Wendell; PERES, Simone; NASCIMENTO, Marcos. Experimentação e aprendizagem na trajetória afetiva e sexual de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Brasil, com experiência de aborto clandestino. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, 2018.

FONSECA, Sandra Costa; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo; AQUINO, Estela M. L.; MENEZES, Greice M. S. Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, supl. 1, e00189718, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001302001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2021.

GALEOTTI, Giulia. **História do aborto**. Lisboa: Edições 70, 2007.

GIUGLIANI Camila.; RUSCHEL, Anagela. Ester.; SILVA, Maura. Carolina. Belomé. Da.; MAIA, Melanie. Noel.; OLIVEIRA, Denize. Ornelas. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de medicina de família a e comunidade**, 2019; vol. 14, n. 41, p.1791. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/198070>. Acesso em: 26 Out 2021

GOES, Emanuelle Aduni. Legalização do aborto com enfrentamento ao racismo: as mulheres negras querem justiça reprodutiva. **Antonella Barone e Beatriz de Barros (orgs.)**. 2019

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2018.

GOES, Emanuelle. F.; MENEZES, Greice. M.; ALMEIDA, Maria. Da. Conceição.; ARAÚJO, Thália. Velho. Barreto. De.; ALVES, Sandra. Valongueiro., ALVES, Maria. Teresa.; AQUINO, Estrela. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**. 2020, v. 36, n.1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>>. Acesso em 25 Out 2021

GOMES, Camila. Melgareco. **Abordagem do aborto em serviços de saúde no brasil: uma revisão bibliográfica**. Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro. Especialização em Saúde pública-Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, p.32, 2021. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/220358>. Acesso em 18 Out 2021.

GONZAGA, Paula. Rita. Bacellar.; ARAS, Lina. Maria. Brandão. De. O silêncio e a escuta: por uma psicologia que escute as mulheres que interromperam gestações. In: DENEGA, D. S. V; ANDRADE, & Santos, H. M. (Orgs.), **Gênero na psicologia: Saberes e práticas**, 2018. Salvador, BA (pp. 113-116). CRP-03. Disponível em: <https://www.crp03.org.br/wp-content/uploads/2017/01/genero-na-psicologia-saberes-e-praticas.pdf>. Acesso em 29 out 2021

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india>. Acesso em: 12 Abril 2021

LEITE, Franciéle M. Costa; PAIVA, Karina R; PAMPOLIM, Gracielle; LAIGNIER, Mariana Rabello; LIMA, Eliane de Fátima Almeida. Prevalência e fatores associados ao abortamento entre usuárias dos serviços de saúde. **Rev Fun Care Online**. 2021. N.13: p.1172-1178. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/9216/10176/56718>. Acesso em 12 Jun 2021

LEITE, Maria Jorge. dos Santos. Tráfico atlântico, escravidão e resistência no Brasil. **Sankofa (São Paulo)**, [S. l.], v. 10, n. 19, p. 64-82, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sankofa/article/view/137196>. Acesso em: 3 out. 2021.

LIMA Laís. Montenegro; GONÇALVES, Sabrina Santana; RODRIGUES Diego Pereira; ARAÚJO Alane Silva Clemente; CORREIA Amanda de Medeiros; VIANA

Alana. **Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva**. Rev Enferm UFPE online. 2017;11(12):p.8-12. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25126/25346>. Acesso em: 08 out 2021

LIMA, Katherine.; PINTO, Francico; CARVALHO, Fátima ;LINARD,Cybele.R.; SANTOS,Fátima.C.; TEÓFILO,Fiama.K.; NUNES.Glaucilânia.P. Atenção ao abortamento em instituições hospitalares da rede SUS de Fortaleza, Ceará. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 77–86, 2020.

LIMA, Eveling Cauani Moraes de; SILVA, Thiago Carneiro da; NEPOMOCENO, Virna Carneiro da Silva. A hipersexualização de corpos negros: o conto “Afrodisíaco”, de Cristiane Sobral e a imagem publicitária da “Devassa”. **Revista Coletiva SECONBA**, Bahia, v. 5, n. 1, p. 19-32, mar. 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/seconba/article/view/10704>. Acesso em: 19 out. 2021

LIMA, Gleyce Kelly Trindade de ; NASCIMENTO, Jessica Santos; OLIVEIRA, Jeyce Kelly dos Santos; LIMA, Thays Myllena Oliveira; AFONSO, Tatiana Moreira. Faces do aborto no estado de Sergipe. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2º., 2019. **Desafios Contemporâneos para sustentabilidade e equidade em saúde**. 2019. 1-4. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/11514/4476>. Acesso em: 31 Agosto 2021

LIMA, Nathália Diórgenes Ferreira; CORDEIRO, Rosineide de Lourdes Meira. Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. **Revista em Pauta**, Rio de Janeiro, 2020, n. 46, v. 18, p. 101 – 117, 2º Semestre de 2020

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira, FERIGATO, Sabrina Helena; NOGUEIRA, Alana de Paiva;FORNERETO, Amanda Dourado Souza; AKAHOSI, Fernandes Giovana; GARCIA MoratoMaria Fernanda, BARBOZA, Giovana. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, São Carlos , v. 27, n. 1, p. 1-3, Jan. 2019 . Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-989498>. Acesso em: 01 Jun 2020.

MACEDO, Priscila. Oliveira.; PROGIANTI, Jane. M.; VARGENS, Octavio. Muniz. C. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 306-312, set-dez 2005.

MADEIRO, Alberto Pereira; RUFINO, Andréa Cronemberger. **Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil**. 2017. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 2771-2780. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002802771&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2021

MAIA, Mônica Bara (Org.). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

MARIANI, Adriana Cristina; NETO, José Osório do Nascimento. Violência Obstétrica Como Violência de Gênero e Violência Institucionalizada: Breves Considerações a Partir dos Direitos Humanos e do Respeito às Mulheres. **Cad. Esc. Dir. Rel. Int.**, Cu-

ritiba, v. 2, n. 25, p. 48-60, jul./dez. 2016. Disponível:<<http://revistas.unibrasil.com.br/cadernosdireito/index.php/direito/article/view/865>>. Acesso em: 06 Out 2021

MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência da mulher. In: Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp. 107-137. **História e Saúde collection**. ISBN 978-85-7541-451-4.

MATOS, Fernanda Patrícia Lopes. **Aborto: Liberdade de escolha ou crime?** 2011. 37f. Monografia. Curso de Direito, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais de Barbacena – FADI, Universidade Presidente Antônio Carlos UNPAC, Barbacena, p. 09.

MENEZES, Fabiana. Ramos. De.; REIS, Gabriela. Maciel.; SALES, Aline. de. Abreu. Silvestre.; JARDIM, Danúbia. Mariane. Barbosa.; LOPES, Tatiana. Coelho.; . O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, 2019, (Botucatu), Botucatu , v. 24, e180664 . Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24/e180664/>. Acesso em 19 Out 2021

MOREIRA, Helena Paradela; MACEDO, Júlia Delgado Xavier de; DINIZ, Laura do Carmo; CONDÉ, Rafaela Rezende Mendes. Análise do aborto no cenário atual. **Jornal Eletrônico Faculdades Integradas Vianna Júnior**, Juiz de Fora, M, 2021, v. 13. n. Especial (2021), p. 227-256, 29 Abril 2021. Disponível em: <https://www.jornaleletronicofivj.com.br/jefvj/article/view/818>. Acesso em: 02 Set 2021.

MOURA, Eduarda De Kássia Vieira De. **Aborto em perspectiva: uma análise do direito de negar a vida.** 2019. N° 50.) Orientadora: Profª. Drª. Renata Cristina Othon Lacerda Andrade. Trabalho de conclusão de curso (Monografia – Direito)- Faculdade Damas da Instrução Cristã, Recife, 2019. Disponível em: <http://www.faculdadedamas.edu.br/revistafd/index.php/academico/article/download/1088/865>. Acesso em: 19 Maio 2021

MOURA, Elaine. Cristina. De. Medeiros. **Vivências de mulheres em situação de abortamento.** 2015. Profa. Dra. Maria Cícera dos Santos de Albuquerque. [Mestre em enfermagem]-Universidade Federal de Alagoas, Maceió, p. 63. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/2530>. Acesso em 25 Out 2021

NASCIMENTO, Lílian. Do.; CONCEIÇÃO, Priscila. Lima. Da.; SILVA, Thalita. De. Paula.; SOUSA, Isabela. Nunes.; FORTES, Fabíola. Lisboa. Da.; SILVA, Érika. Andrade. Percepção de mulheres em situação de aborto em relação ao atendimento dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFJF**, 2019, v. 5, n. 2, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/27179>. Acesso em: 26 out. 2021.

NOMURA, Roseli. Mieko. Yamamoto; BENUTE, Gláucia. Rosana. Guerra.; AZEVEDO, George. Dantas. De.; DUTRA, Elza. Maria. Do. Socorro; BORSARI, Cristina Gigliotti; REBOUÇAS, Melina Séfora Souza; LUCIA, Mara. Cristina. Souza. De.; ZUGAIB, Marcelo. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 2011, n.57, v(6): p.644-650, nov.-dez. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/FNfxfTmM7MHq8GM6mdBNDHB/abstract/?lang=pt>.

Acesso em 25 Out 2021

OLIVEIRA, Arianne Alves de. **Aspectos jurídicos e sociais do aborto**: um estudo comparativo (Brasil- Uruguai).2017.

OLIVEIRA, Beatriz Muccini Costa; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. 2019. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 122 , pp. 939-948. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912222>>. Acesso em: 19 out 2021

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva et al . Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 361-372, Jun 2020 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1519-38292020000200361&lng=en&nrm=iso>. Acesso 22 Mai 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. Brasil, 2013.

PANTOJA, Joicy Helena da Costa; FAVACHO, Luiza Silva; MAIA, Marcela Martins; AZEVEDO, Mayara Alves. **Os reflexos do período colonial na sociedade contemporânea**: a questão da sexualização e objetificação da mulher negra no brasil. A questão da sexualização e objetificação da mulher negra no brasil. 2019. Disponível em:<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/download/18/15/>. Acesso em: 14 maio 2021.

PAULO, Aline Lúcia de; NUNES, Ana Tereza da Silva. As mulheres negras e a violência contra as mulheres: Representação e representatividade. **Revista Relicário**, Uberlândia, 2020, v. 7 n. 14, jul./dez.

PEDROSA, Amanda Andrade de Brito; SILVA, Lucineide Santos; NUNES, Gittanha Fajda De Oliveira; PIMENTEL, Mônica Cecília; JUCIARA, Karla De Souza Lima; MATOS, Khesia Kelly Cardoso. Situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres em processo de abortamento. **Revista Santa Maria**. v. 43, n.3, p. 1-8, set./dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/28449/pdf>. Acesso em: 23 Maio 2021.

PIEROTTI, Isadora., NAKAYA, Thammy. T., GARCIA, Aline. K. A., NASCIMENTO, Leonel. A., CONCHON, Marília. F; FONSECA, Lígia F. (2018). Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**.v.32, n.22, p.1-9. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>. Acesso em 14 Out 2021

PINHEIRO, Cláudio. No governo dos mundos: escravidão, contextos coloniais e administração de populações. **Estud. afro-asiát.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 425/457, 2002. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0101-546X2002000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Mai 2021

PORTO, Rozeli Maria; SOUSA, Cassia Helena Dantas. Percorrendo caminhos da angústia: itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Revista Estudos Feministas**. 2017, v. 25, n. 2 , pp. 593-616. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n2p593>>. Acesso em 13 Nov 2021

POSTINGHER, Mariana. **Protocolo de Atendimento a Mulheres em Situação de Abortamento**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, RS. 2018

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. 277p.

QUEIROZ, Jéssyca Café de; OLIVEIRA, Gabriel Hudson de. **Práticas de enfermagem frente a mulher que realiza aborto ilegal**. 2019. Disponível em: <<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/283>>. Acesso em: 07 Mar 2021

QUEIROZ, Lorryne. Leandro. Galdino. De.; AZEVEDO, Ana. Paula.; CHERER, Evandro.de.Quadros; CHATELARD, Daniela. Scheinkman. A psicologia na maternidade hospitalar: um relato de experiência. **Fractal: Revista de Psicologia**. 2020, v. 32, n. 1, pp. 57-63. Disponível em: <<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5679>>. Acesso em 28 Out 2021

REBOUCAS, Melina Séfora; DUTRA, Elza Maria do Socorro. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 3, p. 419-428, Set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Mai 2021.

RIBEIRO, Debora. Raimunda; FONSECA, Claudia Teresa. Atenção humanizada ao aborto legal em um hospital público de Belém - PA. **Rev Para Med**. 2015; 29:13-20. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2015/v29n3/a5559.pdf>. Acesso em 25 Out 2021

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral; UCHOA, Severina Alice da Costa. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 109-127, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Abril. 2021.

ROMIO, Caroline Matos; ROSO, Adriane; CARDINAL, Mirela Frantz; BASSO, Samantha; PIERRY, Larissa Goya. Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde PUC-SP**, São Paulo, 2015, vol. 24, 61-81. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psico-revista/article/view/24229/17439>. Acesso em: 31 Out 2021

SANTANA, Danielli; SANTOS, Rute. Silva; PÉREZ, Bárbara. Angelica. A assistência de enfermagem à mulher em processo de abortamento. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/267>. Acesso em: 18 out. 2021.

SANTOS, Elton Vinicius Lima dos Santos; MILANI, Débora Raquel da Costa; PEREZ, Márcia Cristina Argenti. “Infância” das “crianças” negras e escravas no Brasil: aproximações com realidades contemporâneas. **Revista educação em debate**, Fortaleza, 2019, nº 79. p.35-46, - maio/ago 2019. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/47160/1/2019_art_evlsantos.pdf. Acesso em: 14 Mai 2021

SANTOS, Itana Sara Bispo dos; SANTOS, Daniela da Silva; SANTOS, Vanessa Cruz. Violência institucional contra a mulher negra em Situação de abortamento. **Carta Sisterhood**, Salvador- BA, 2019, v. 3, n.13, p.74-85

SANTOS, Klecy, MARRONE Candido dos. Legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. Jus.com.br. 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/74327/legislacao-sobre-o-aborto-e-seu-impacto-na-saude-da-mulher>> Acesso em 07 Out. 2021

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. 170, 2019.

SILVA, Imaíra Pinheiro de Almeida; CHAI, Cássius Guimarães. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, v. 22, p. 987-1006, 2018.

SILVA, Gleydson Pires da; QUEIROZ, José Henrique Nascimento; D'AMICO Júnior, Paulo Sérgio; ROTONDANO, Ricardo Oliveira. **Descriminalização do aborto no Brasil**: uma análise crítico-jurídica do habeas corpus 124.306/rj. Uma análise crítico-jurídica do habeas corpus 124.306/RJ. 2020. Disponível em: <https://cientefico.emnuvens.com.br/cientefico/article/download/728/433>. Acesso em: 11 Mai 2021.

SILVA, Ronei Meza. **Reflexões ao entorno da escravidão**. 2019.

SILVA, Lorena; SALES, Nayara; SANTOS, Renata; ALBUQUERQUE, Naye. Percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem. **Revista Ciência Plural**, 2020, v. 6, n. 1, p. 44-55, 25 fev. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18627>. Acesso em 24 Out 2021

SILVA, Vitória Régia da; FERREIRA Letícia. Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia. **Gênero e Número**, 2020. Disponível em: <https://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>. Acesso em: 10 Out. 2021

SOUSA, Cássia Helena Dantas; PORTO, Rozeli Maria; CARVALHO, Dhara Rhaquell Gsquiwaze Santos. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: “urgências” e “emergências” em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, n. 09, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/download/4655/3811>. Acesso em 12 Out 2021

SOUZA, GABRIELI. CRISTINA. MARQUES. DE., **Violência contra mulher e os impactos psicológicos**. 2018. Orientador: Celestino Galvão Neto. (TCC)- faculdade da Amazônia de Vilhena, RO, 2018. Disponível em: <http://repositorio.famaro.com.br/bitstream/123456789/133/1/GABRIELI%20CRISTINA%20MARQUES%20DE%20SOUZA.pdf>. Acesso em 01 Nov 2021

STREFLING, Ivanete. Da. Silva. Santiago.; FILHO, Wilson. Danilo. Luarini.; KERBER, Nalú. Pereira. Da. Costa.; SOARES, Marilu. Correa.; RIBEIRO, Juliane. Portella. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2015, v. 24, p. 784-791. July-Sep 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/bdDKw9vgGJnn35pxLbMBxDS/abstract/?lang=pt>. Acesso em 23 Out 2021

SYDOW, Evanize; GALLI, Beatriz. **A história de oito mulheres criminalizadas por aborto**. 2011. Disponível em: < <https://catarinas.info/wp-content/uploads/2018/04/Isoladas-%E2%80%93-A-hist%C3%B3ria-de-oito-mulheres-criminalizadas-por-AADS.pdf>>. Acesso em: 21 Maio 2021

JACOBSEN, Eneida. A história do aborto. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, RS, n. 18, jan. – abr. 2009, p. 102.

TOMITA, Luiza Etsuko. Aborto no Brasil colonial - uma resenha. **Revista Metodista**, São Paulo, 1994, V 1, N1, p25-28. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/MA/article/view/5305/4365>. Acesso em: 05 Abril 2021

URI, Paula Land; RIBEIRO, Mariana Thomaz de Aquino; MARRA, Camilla Bonelli. A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 12, p. 156-169, 2020. Disponível em <http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 Out. 2021.

VARGAS, Márcia de. WAMBIER, Sandro Marlus. **A história das mulheres negras no Brasil: No Enfrentamento da Discriminação e Violência**. Volume I, 2016.

VIEIRA, Celso. **Anchieta**. 3º ed. Editora Nacional, 1949. P.445. Disponível em: <https://bdor.sibi.ufrj.br/bitstream/doc/348/1/262%20PDF%20-%20OCR%20-%20RED.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2021

VILLELA, Wilza. Vieira.; BARBOSA, Regina. Maria.; PORTELLA, Ana. Paula.; OLIVEIRA, Luiza. Aparecida. de. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 2012, 17(7), p.1709-1719. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6rtC86QspPbhrHC5njSvGRG/abstract/?lang=pt>. Acesso em 18 Out 2021

ZIMMERMANN, Nataly Rafaela. **A criminalização do aborto voluntário no Brasil e a publicização do corpo feminino**. 2019. Orientadora: MSc. Ester Eliana Hauser. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Direito- UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Três Passos (RS), 2019. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/6595/Nataly%20Rafaela%20Zimmermann.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 Mai 2021