



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
ESCOLA DE ENFERMAGEM – EENF
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO

AYSLA KALLINY DOS REIS

**SER-MULHER NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO:
UM OLHAR DA ENFERMAGEM À LUZ DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL**

MACEIÓ
2021

AYSLA KALLINY DOS REIS

SER-MULHER NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO:
UM OLHAR DA ENFERMAGEM À LUZ DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem, Vida, Saúde, Cuidado dos Grupos Humanos.

Orientação: Profa. Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva.

MACEIÓ
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária Responsável: Cláudio César Temóteo Galvino – CRB4/1459

R375s Reis, Aysla Kalliny dos.
 Ser-mulher na vivência do abortamento: um olhar da enfermagem à luz
 da fenomenologia existencial / Aysla Kalliny dos Reis. – 2021.
 174 fs.: il.

 Orientador: Jovânia Marques de Oliveira e Silva.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.
 Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

 Bibliografia: fs.: 58-62.
 Apêndices: fs.: 63-69.
 Anexos: fs.: 70-74.

 1. Aborto. 2. Saúde da mulher. 3. Enfermagem. 4. Pesquisa qualitativa.
I. Título.

CDU: 396:173.4

Às mulheres que generosamente contribuíram com esta pesquisa, compartilhando comigo suas vivências, medos e anseios, dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pelo cuidado, refúgio e fortaleza, por não permitir que eu fraquejasse ao longo desse caminho, por me segurar pela mão e me levar à concretização desse sonho, realizando verdadeiros milagres em minha vida! A Ele, tudo que sou, sei e tenho!

Aos meus pais, Josefa e Aderval, que dedicaram suas vidas à minha educação e formação. Obrigada por acreditarem em mim e nos meus sonhos. Essa conquista só foi possível porque vocês sempre me proporcionaram condições para chegar até aqui, permeada de muito amor e carinho.

Aos meus irmãos, Klebson, Ayslane e Tainá, pelo amor, companhia e sorrisos ao longo dessa jornada, deixando-a mais leve.

Ao meu noivo, Anderson, meu companheiro de vida, por desde sempre sonhar junto comigo, ser meu apoiador e incentivador, por acreditar em mim e sempre me lembrar que sou capaz! Obrigada por respeitar o meu momento acadêmico, compreender minhas faltas e ausências e ser paciente com nossos sonhos.

A toda minha família e amigos, por cada oração, palavra de apoio, torcida e incentivo.

À minha Orientadora, Prof^a Dr^a. Jovânia Marques de Oliveira e Silva, pela confiança e ensinamentos ao longo de todo processo. Obrigada por me conduzir na realização desse sonho.

Aos meus amigos mestrandos, que também mergulharam neste desafio. Obrigada por nossos momentos de trocas e ensinamentos que levarei para a vida. Fomos “um-com-os-outros” nesse caminhar, indo além das nossas possibilidades, se fôssemos sozinhos.

Aos professores Dr^a. Isabel Comasseto Dr. Valdecyr Herdy Alves, pelo cuidado e sensibilidade com esta pesquisa, por compartilhar seus conhecimentos, contribuindo com o enriquecimento deste estudo.

A todos que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), pelo apoio, compromisso e competência na formação de novos mestres.

A todas as mulheres participantes deste estudo. Obrigada pela confiança em mim depositada, por expressarem suas vivências mais íntimas. Vocês são preciosas para mim e para esta dissertação!

Maria, Maria, é um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta.
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta.

Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta.
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta.

Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre.
Quem traz no corpo a marca, Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria.

Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre.
Quem traz na pele essa marca possui
A estranha mania de ter fé na vida.

(Milton Nascimento / Fernando Brant)

RESUMO

O abortamento configura-se como um grave problema de saúde pública e se traduz em diversas repercussões para a saúde da mulher e para sua qualidade de vida. Esta pesquisa tem como objeto de estudo a vivência do processo de abortamento pelas mulheres. Foi desenvolvida a partir da questão de pesquisa: Qual o fenômeno velado na vivência da mulher durante o processo de abortamento? Para responder a esse questionamento, definiu-se como objetivo de estudo: desvelar facetas do fenômeno oculto na vivência da mulher no processo de abortamento. Pesquisa de natureza qualitativa, baseada no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Existencial de Martin Heidegger. Participaram do estudo dez mulheres que vivenciaram o processo de abortamento. Foi realizada a entrevista fenomenológica com a pergunta disparadora: Conte-me como foi para você vivenciar o processo de abortamento? A pergunta foi aprofundada de acordo com a necessidade e o objetivo do estudo. As entrevistas foram analisadas com base nos momentos metódicos compreensivos de Martin Heidegger, estabelecendo, assim, quatro unidades de significação que nortearam a compreensão desse estudo: ser-mulher descobrindo-se frente ao abortamento; ser-mulher vivenciando o processo de abortamento; ser-mulher compreendendo o processo de abortamento; ser-mulher ressignificando o processo de abortamento. Conclui-se que o desvelar das vivências das mulheres no processo de abortamento traz à luz um mundo de significados que são inerentes a esse vivenciar, devendo assim se constituir em subsídios para nortear uma assistência integral e individualizada, baseada nas necessidades de cada mulher.

Palavras - chave: Aborto; Saúde da mulher; Enfermagem; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Abortion is a serious public health problem and has several repercussions for women's health and quality of life. This research has as its object of study the experience of abortion by women. It was developed from the research question: What is the hidden phenomenon in the woman's experience during the abortion process? To answer this question, the study objective was defined as: Unveiling facets of the hidden phenomenon in the experience of women undergoing abortion. Qualitative research, based on the theoretical-methodological framework of Existential Phenomenology by Martin Heidegger. Ten women who experienced abortion participated in the study. The phenomenological interview was carried out with the triggering question: Tell me how it was for you to experience the abortion process? The question was deepened according to the need and purpose of the study. The interviews were analyzed based on the comprehensive methodical moments of Martin Heidegger, thus establishing the four meaning units that guided the understanding of this study: Being a woman discovering herself in the face of abortion; Being a woman experiencing the abortion process; Being-woman understanding the abortion process, Being-woman giving new meaning to the abortion process. It is concluded that the unveiling of women's experiences in the abortion process brings to light a world of meanings that are inherent to this experience, and should therefore constitute subsidies to guide comprehensive and individualized care, based on the needs of each woman.

Keywords: Abortion; Women's health; Nursing; Qualitative research.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Conceitos do referencial de Martin Heidegger.....	24
Figura 2 - Momentos metódicos de Heidegger.....	29
Figura 3 - Fluxograma das unidades de significação.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CACON	Centro de Oncologia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SEUNE	Sociedade de Ensino Universitário do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	O despertar para a temática do estudo	11
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA	14
1.1	Falando sobre o aborto e o abortamento	14
1.2	Falando sobre o abortamento no Brasil	17
1.3	Falando sobre as interfaces do cuidado de enfermagem e saúde diante do abortamento	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	23
2.1	Fenomenologia Existencial enquanto referencial teórico	23
	PERCORRENDO O CAMINHO METODOLÓGICO	26
3.1	Tipologia do estudo	26
3.2	Cenário do estudo	26
3.3	Participantes do estudo	27
3.4	Aproximação com os participantes	29
3.5	Produção das informações	29
3.6	Análise das entrevistas fenomenológicas	29
3.7	Aspectos éticos	31
4	DESVELANDO RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1	Apresentando os participantes do estudo	32
4.2	Apresentando as unidades de significação	35
4.2.1	Ser-mulher descobrindo-se frente ao abortamento	36
4.2.2	Ser-mulher vivenciando o processo de abortamento	40
4.2.3	Ser-mulher compreendendo o processo de abortamento	50
4.2.4	Ser-mulher ressignificando o processo de abortamento	53
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICES	63
	ANEXOS	70

O despertar para a temática do estudo

Minha trajetória acadêmica na enfermagem sempre esteve voltada para questões que permeiam a atenção a saúde da mulher. Ainda na graduação pela participei de ligas acadêmicas, projetos de pesquisa e extensão, sempre voltados à área de saúde materno infantil.

A escolha por trabalhar com essa temática, bem como a delimitação do objeto de estudo, surgiu a partir das minhas vivências e reflexões durante minha formação na Residência em Enfermagem Obstétrica da Secretaria de Saúde do Recife, que me oportunizou aprofundar meus conhecimentos teórico-práticos como também aproximar-me do tema desse estudo.

Ao longo dos dois anos de formação, com a minha atuação diária na prática assistencial, acompanhei inúmeras mulheres que vivenciaram o processo do abortamento. A partir desse contato mais próximo e íntimo com essa experiência, que se configura tão profunda para cada mulher, começaram a surgir questionamentos e inquietações sobre as diversas nuances existentes no cuidado com esse grupo, necessidades de conhecer a profundidade dessas vivências e o significado desse processo para cada mulher, descobrindo, assim, elementos essenciais para o cuidado de enfermagem.

Dessa forma, percebi a necessidade de desvelar facetas do fenômeno oculto nessas vivências e produzir o conhecimento científico que possa contribuir para a prática assistencial nesse campo da saúde, proporcionando um suporte que oriente o ensino e a assistência.

A presente pesquisa trata do tema do abortamento no contexto plural e multifacetado. Faz-se necessário ressaltar que, apesar do tema suscitar grandes discussões a respeito de bioética, moral, religião e aspectos legais, esses não se configuram o foco deste trabalho. Nesta pesquisa, o abortamento será abordado enquanto fenômeno existencial concreto na vida de cada mulher.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objeto de estudo **a vivência do abortamento pelas mulheres**. Essas vivências poderão trazer à tona demandas que por alguma razão estão ocultas e servirão de subsídios para o planejamento de ações que visem a assistir a mulher na sua integralidade. Por outro lado, na literatura, são escassas as publicações que abordem a temática numa perspectiva qualitativa sobre a ótica da

fenomenologia existencial de Martin Heidegger, justificando-se, portanto, a importância deste estudo. Pode-se citar que, nos últimos anos, alguns estudos foram realizados acerca do abortamento, sendo que esses, em sua maioria, abordam a temática do aborto provocado e apresentam como suporte a fenomenologia, não se embasando nos conceitos de Heidegger.

Entre eles, *A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial*, estudo qualitativo desenvolvido por Boemer e Mariutti (2003), que buscou desvelar o significado do aborto para a mulher que o vivencia. Traz contribuições sobre significado do aborto para a mulher, porém não trabalha com a fenomenologia existencial de Martin Heidegger.

Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá foi um estudo qualitativo realizado na Colômbia, desenvolvido por Cepeda *et al.* (2020), que buscou compreender a vivência da mulher no aborto induzido. A contribuição desta pesquisa foi resgatar a experiência de mulheres sobre o aborto provocado para contribuir com a atenção à saúde da população feminina, trabalhando com posições filosóficas da teoria de Gadamer, Merleau Ponty e Heidegger.

Os referidos trabalhos enfocam o abortamento sobre outros aspectos e referenciais. Nesse sentido, a presente dissertação aponta para a possibilidade de ampliar a compreensão sobre o abortamento enquanto fenômeno existencial, não levando em consideração a classificação do aborto (se espontâneo ou provocado), mas tendo como foco o aprofundamento do vivido, embasado no pensamento da Fenomenologia Existencial proposta por Martin Heidegger.

A temática do abortamento se configura como uma questão polêmica, estigmatizada e repleta de pré-julgamentos pela nossa sociedade. Seja o abortamento espontâneo ou provocado, apresenta repercussões emocionais ambivalentes para as mulheres que o vivenciam. Nesse sentido, eles são considerados acontecimentos complexos e multidimensionais. Complexos, uma vez que permeiam os aspectos relacionados à perda física, quando a gravidez é interrompida, e psicológica, pelos diversos sentimentos envolvidos. E é multidimensional, pois transcende o sentimento de perda individual e interfere nas relações familiares e sociais (BORSARI, 2012).

Diante do exposto, a relevância deste estudo está em trazer a partir do referencial existencial de Martin Heidegger um desvelar do fenômeno oculto na vivência da mulher, para assim gerar conhecimento científico e melhorar a qualidade da assistência ofertada. Pretende-se com esta pesquisa aproximar os profissionais enfermeiros à

assistência em saúde desse grupo, embasando a realização de ações adequadas às necessidades dessas mulheres.

O presente estudo possui como questão norteadora: **qual o fenômeno velado na vivência da mulher durante o processo de abortamento?** A fim de responder a esse questionamento, definiu-se como o objetivo do estudo: **desvelar facetas do fenômeno oculto na vivência da mulher no processo de abortamento.**

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

Escrever sobre o abortamento não se configura uma tarefa fácil pelas diversas questões e contextos que estão inseridos nesse processo. Sendo assim, para uma melhor compreensão da temática em estudo, apresento a seguir uma abordagem do arcabouço teórico que permeia a questão do abortamento, por meio das reflexões de autores, na finalidade de embasar a temática de toda a pesquisa.

1.1 Falando sobre o aborto e o abortamento

Em razão da complexidade do tema abordado, faz-se necessário apresentar e definir os termos “aborto e abortamento”, que se configuram como expressões utilizadas comumente na literatura. A palavra “aborto” é utilizada para indicar interrupção da gravidez, do ponto de vista técnico, mas é importante diferenciá-la do “abortamento”, enquanto este é o ato de abortar, aquele é o produto do abortamento (ROCHA *et al.*, 2015).

A palavra aborto deriva-se do termo latino *oriri*, com o prefixo *ab* (*aboriri*), significando não nascer, afastar-se da vida. Nesse sentido, o aborto é a negação da vida, ou seja, a morte antecipada (LUCENA, 2016).

O abortamento é definido como a expulsão do concepto com peso inferior a 500g, até 22 semanas completas de gestação. Podendo ocorrer de forma precoce, quando antes da 13ª semana e tardia entre a 13ª e a 22ª semana de gestação, podendo ser espontâneo ou provocado. O aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento (MACHIN *et al.*, 2019). Nesse sentido, neste estudo, optou-se por adotar aborto e abortamento como termos distintos.

O abortamento pode ser classificado como induzido ou provocado, quando este acontece por alguma interferência de agentes externos (medicação, aspiração, objetos perfurantes, entre outros) ou espontâneos, quando são desencadeados por alguma desordem existente no próprio organismo, acontecendo com maior frequência nos três meses iniciais da gravidez (REZENDE; MONTENGRO, 2016).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), o abortamento pode se apresentar em seis formas clínicas:

Ameaça de abortamento: caracteriza-se pela presença de sangramento genital de pequena a moderada intensidade; pode apresentar dores do tipo cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com

o esperado para a idade gestacional. Não existe indicação de internação hospitalar. A mulher deve ser orientada para ficar em repouso, utilizar medicação analgésica se apresentar dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea e retornar ao atendimento de pré-natal. Nos casos em que não ocorre regressão dos sintomas ou se surgirem sinais de maior gravidade, febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve ser orientada a retornar ao serviço de saúde para uma nova avaliação.

Abortamento completo: caracteriza-se pela expulsão total do concepto. Todo o produto de concepção é eliminado sem a necessidade de intervenção médica ou cirúrgica. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular. O tamanho uterino apresenta-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassonografia, a cavidade uterina mostra-se vazia ou com imagens sugestivas apenas de presença de coágulos.

Abortamento incompleto: caracteriza-se pela expulsão parcial do concepto. Nesse caso, alguma parte do produto da concepção fica retida na cavidade uterina, havendo a necessidade de intervenção médica.

Abortamento inevitável: caracteriza-se pela dilatação do colo uterino, com a presença de dores tipo cólica de intensidade leve a moderada, acompanhada de sangramento genital. Nesse caso, o produto da concepção pode ser expulso a qualquer momento.

Abortamento retido: caracteriza-se quando existe a morte do feto, porém sem a sua expulsão. O produto da concepção permanece retido na cavidade uterina. De maneira geral, evolui com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassonografia revela a ausência de sinais de vitalidade ou a presença de saco gestacional sem embrião, o chamado ovo anembrionário.

Abortamento infectado: caracteriza-se quando acontece o abortamento e apresenta complicações por infecção uterina. Geralmente está relacionado ao abortamento incompleto, quando existe a possibilidade de restos ovulares retidos. Com muita frequência está associado a manipulações da cavidade uterina pelo uso de técnicas assépticas, inadequadas e inseguras. As manifestações clínicas mais frequentes são: a elevação da temperatura, presença de odor fétido no sangramento genital, acompanhado de dores abdominais. Em casos de maior gravidade, pode haver a eliminação de secreção purulenta por meio do colo uterino.

Abortamento habitual: Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana; são os chamados abortos recorrentes ou de repetição.

O abortamento espontâneo, em relação à etiologia, possui uma origem multifatorial, de causas genéticas e não genéticas, podendo ou não estar interligadas. Dentre os principais fatores genéticos, destacam-se as anormalidades cromossômicas e polimorfismos; dentre as causas não genéticas, estão os processos infecciosos, causas socioeconômicas, ambientais, distúrbios endócrinos e trombofílicos. Por outro lado, cerca de 50% dos casos de abortamento apresentam-se como causas desconhecidas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

O abortamento espontâneo configura-se como a adversidade gestacional mais comum entre as gestantes. A maioria acontece antes da 12ª semana de gravidez, ainda no primeiro trimestre. Por ocorrer de forma tão precocemente, muitas vezes, inicialmente a etiologia é considerada desconhecida (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Dentre as principais complicações decorrentes do abortamento, destacam-se as hemorragias, lesões de colo ou vagina, infecções, esterilidade, culpa, depressão, morte materna e outras complicações obstétricas (MATTOS, 2015).

Destacam-se ainda os prejuízos emocionais e psicológicos desencadeados pelo processo do abortamento, tanto para a gestante quanto para sua família, bem como o risco elevado de morte materna em decorrência dessas complicações (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013), metade das gestações são consideradas indesejadas. Nesse contexto, uma a cada nove mulheres dirige-se à realização do abortamento como alternativa para interromper ou terminar uma gestação que inicialmente não foi planejada.

Em relação ao abortamento provocado, o Brasil apresenta uma legislação restritiva que permite o acesso nos casos de risco de vida para a mulher, gravidez resultante de violência sexual ou em caso de anencefalia. As políticas públicas de saúde relacionadas ao cumprimento desse direito ainda têm problemas associados ao modo como médicos lidam com a legislação (MADEIRO; DINIZ, 2016).

1.2 Falando sobre o abortamento no Brasil

O abortamento é considerado um grave problema e se configura como uma questão de saúde pública. Apresenta uma maior incidência nos países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna do mundo, inclusive no Brasil. Ele é considerado a mais comum intercorrência obstétrica e se traduz em diversas repercussões para a saúde da mulher e sua qualidade de vida (BRASIL, 2011).

As políticas de saúde voltadas à saúde da mulher no Brasil passaram por processos de grandes avanços nos últimos anos (BRASIL, 2011). A evolução dessas políticas objetivou a qualificação e a integralidade da assistência às mulheres, buscando garantir seus direitos de saúde e de cidadania.

Dentre esses avanços, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e as Políticas de Atenção ao Parto, Aborto e Puerpério, visando à melhoria da assistência no período gravídico-puerperal e à redução da mortalidade materna (BRASIL, 2011). Entretanto, mesmo diante desses avanços, a mortalidade materna ainda continua elevada, tendo como principais causas a hipertensão arterial, hemorragias, infecção puerperal e complicações decorrentes do abortamento (BRASIL, 2014).

Faz-se necessário levar em consideração não apenas a mortalidade, mas também as complicações do aborto, que são causas de morbidade. A dimensão do problema se traduz por meio dos dados referentes à hospitalização por abortamento: a curetagem pós-abortamento representa o terceiro procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

De acordo com Oliveira *et al.* (2020), o abortamento espontâneo apresenta uma incidência estimada em 15% a 20% de todas as gestações, sendo a maioria desses ocorridos nas primeiras semanas da gravidez, envolvendo sensações de perda e culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo uma atenção adequada, segura e humanizada.

Estima-se que 10% dos abortamentos atendidos nos hospitais do Brasil são abortos provocados e acontecem pelas mais diferentes formas, uma vez que, para um grande número de mulheres, o abortamento é resultado da falta de planejamento reprodutivo, dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, falhas ou erro no uso do método e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, a ilegalidade da indução do aborto dificulta identificar a sua verdadeira magnitude e suas repercussões, devido à subnotificação dos casos que, por conseguinte, impede a elaboração de indicadores confiáveis que fundamentem a implementação de políticas públicas mais efetivas (MARANHÃO; GOMES; BARROS, 2016).

Lima *et al.* (2017) acrescenta que o abortamento é um evento comum na vida reprodutiva das mulheres brasileiras, apesar da ilegalidade existente na sua prática. E como consequência dessa ilegalidade, as práticas inseguras de interrupção da gestação põem em risco a vida e a saúde das mulheres.

Nesse sentido, as repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser analisadas, uma vez que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as à morte ou implicando sequelas à sua saúde física e mental. As complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, somam-se aos transtornos subjetivos, de culpabilização e de penalização do abortamento (BRASIL, 2011).

Os abortamentos inseguros ocorrem na maior parte em países que apresentam leis mais restritivas. Desse modo, muitas mulheres com gravidez não desejada acabam buscando caminhos clandestinos para efetuar o abortamento. Elas procuram as chamadas clínicas clandestinas, com utilização de instrumentos perfurantes, sem nenhum preparo estéril e sem técnicas assépticas, ou ainda administram medicações consideradas abortivas (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Metade das mulheres que abortam de forma clandestina é internada para finalizar o aborto ou tratar as suas complicações, porém a criminalização do aborto acaba por influenciar na demora das mulheres em buscar o atendimento e no tratamento recebido por profissionais de saúde nos serviços públicos, implicando sofrimento e traumas desnecessários (LIMA *et al.*, 2020).

De acordo com Diniz, Medeiros e Madeiro (2017), a Pesquisa Nacional de Aborto revela que o aborto é um evento frequente entre as mulheres brasileiras, reforçando que ao final da idade reprodutiva aproximadamente uma em cada cinco mulheres já realizaram pelo menos um aborto, decorrendo que 59% aconteceram entre 12 e 24 anos.

No Brasil, o aborto não ocorre de forma homogênea em todos esses grupos sociais. De forma particular as maiores taxas de aborto ocorrem entre mulheres de baixa renda e baixa escolaridade: as pretas, pardas e as indígenas. Nesse sentido, é importante

destacar que, das mulheres que abortam, são as pobres e negras as mais atingidas pela desigualdade de acesso a formas seguras de interrupção de gravidez (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017).

Quanto aos abortamentos que são previstos em lei nos casos de gravidez decorrente de estupro, grave risco de vida à mulher e nos casos de anencefalia, o Estado brasileiro disponibiliza o acesso pelo Sistema de Único de Saúde (SUS). Contudo, mesmo nesses casos os estudos apontam que a mulher depara-se com grandes barreiras de acesso, além do estigma e de vários fatores que acabam por dificultar a obtenção do direito (ZANELLO; PORTO, 2016).

Independente da situação do abortamento, as mulheres que acabam necessitando de hospitalização devem ter seu direito à saúde garantido, ser respeitadas e receber uma assistência de qualidade, de forma integral e livre de pré-julgamentos. Assim, os profissionais de saúde, precisam estar preparados para cuidar dessa mulher, conhecendo suas alterações físicas e emocionais de forma a auxiliá-la mediante todo esse processo (RODRIGUES *et al.*, 2017).

1.3 Falando sobre as interfaces do cuidado de enfermagem e saúde diante do abortamento

O Ministério da Saúde do Brasil lançou em 2005 a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, que foi reeditada em 2011, a qual apresenta discussões sobre os aspectos éticos, jurídicos e clínicos relacionados ao aborto e, sobretudo, princípios e diretrizes para uma atenção humanizada que os profissionais de saúde devem oferecer às mulheres em situação de abortamento. Estipula como protocolo o acolhimento, a atenção clínica, o planejamento reprodutivo pós-abortamento (BRASIL, 2011).

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. A capacidade de escuta sem pré-julgamentos e imposição de valores morais são alguns dos pontos básicos do acolhimento. Acolher é “dar acolhida a, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração”. Pode também ser definido como “receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela” (BRASIL, 2011).

O acolhimento é considerado um processo transversal, devendo permear todos os espaços do serviço e da rede de saúde; é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todos os integrantes da equipe de saúde, para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher. O acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim, o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo nas equipes multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia, autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza que possam negar e desumanizar esse atendimento. Diante de um caso de abortamento, o profissional de saúde deve adotar um posicionamento, do ponto de vista ético, tendo uma conduta justa, não fazendo juízo de valor e não julgando essa mulher, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher e garantir os cuidados e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos (BRASIL, 2011).

De acordo com a Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento Brasil (2011, p.15)

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer restrição ou restrição ao acesso à saúde. Esses princípios incorporados o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacionais e plano nacional de direitos humanos.

O cuidado integral no processo de abortamento, preconizado por meio da Política Nacional de Humanização, envolve desde o acolhimento, diagnósticos das reais necessidades de cada usuária, o emprego de tecnologias apropriadas para a terapêutica, até a inclusão de orientações e esclarecimento sobre o planejamento familiar. Neste sentido, busca a escolha e a adoção de um método contraceptivo adequado a cada situação, sendo uma das principais diretrizes das práticas de cuidado em saúde, a qual diz respeito à compreensão do acolhimento na relação com a usuária, construindo vínculos interpessoais mediante uma escuta solidária e atenta aos sofrimentos vividos (MACHIN *et al.*, 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento pressupõe que sejam respeitados os princípios fundamentais da Bioética:

Autonomia: caracteriza-se como o direito da mulher de decidir sobre as suas questões relacionadas ao seu corpo e a sua própria vida;

Beneficência: caracteriza-se na obrigação ética profissional de maximizar o benefício e minimizar o dano, ou seja, fazer o bem;

Não maleficência: caracteriza-se que o ato ou ação que for realizada deve causar o menor prejuízo ou dano à paciente, reduzindo ao máximo possível os efeitos adversos ou indesejáveis de suas ações, ou seja, não prejudicar.

Justiça: caracteriza-se que o profissional de saúde deve atuar com imparcialidade, deve evitar que os aspectos sociais, culturais, religiosos, morais ou outros venham a interferir na relação com a mulher.

A assistência humanizada pelos profissionais de saúde é de fundamental importância, oferecendo não só o cuidado clínico imediato às mulheres, mas também na perspectiva da integralidade desse atendimento, deve ser disponibilizadas às mulheres as orientações sobre os métodos contraceptivos, planejamento familiar, evitando, assim, os abortamentos repetidos, e para aquelas mulheres com abortamentos espontâneos, que desejem uma nova gestação, deve ser garantido atendimento adequado a cada necessidade de forma individualizada (BRASIL, 2011).

O atendimento deve ser efetuado na sua integralidade. Os profissionais devem assumir uma postura de cuidado acolhedor e não discriminador, pois mesmo o aborto sendo ilegal no país, o cuidado perante essa mulher não deve ser negligenciado. A partir do momento em que a mulher notifica sua entrada na maternidade, os profissionais devem estar qualificados, fornecendo uma assistência integral, com abordagem clara e ética, visto que a atenção de qualidade é um direito da usuária, sobretudo diante da situação de vulnerabilidade física e emocional, seja ocasionada por um parto, um aborto espontâneo ou provocado (LIMA *et al.*, 2017).

Na prática cotidiana, muitos profissionais de saúde se deixam influenciar por suas convicções pessoais que, conseqüentemente, resulta na negligência da assistência à saúde das mulheres. É preciso que os profissionais enfermeiros conheçam as alterações físicas e emocionais das pacientes, visando auxiliá-las na hospitalização mais humanizada (RODRIGUES *et al.*, 2017). O modo acolhedor e resolutivo proposto pela

integralidade precisa nortear as relações profissionais com as usuárias com sensibilidade às demandas das mulheres e livres de julgamentos (LIMA *et al.*, 2017).

A seguir, serão apresentados o referencial teórico e a escolha do método de investigação que nortearam a trajetória desse estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para melhor compreensão da vivência da mulher em situação de abortamento enquanto ser-no-mundo, a perspectiva da fenomenologia existencial de Martin Heidegger foi escolhida como referencial teórico-metodológico desse estudo. A fenomenologia tem como meta desvendar os fenômenos implícitos nas relações intencionais que o ser humano vive no seu cotidiano com os outros seres humanos (HEIDEGGER, 2015).

Nesta pesquisa, o questionamento voltou-se ao fenômeno do abortamento sob a perspectiva da mulher que o vivencia, independentemente de sua etiologia biológica. O enfoque está sob a dimensão existencial do fenômeno vivido.

2.1 Fenomenologia Existencial enquanto referencial teórico

A fenomenologia se firmou enquanto linha de pensamento no século XX com o filósofo alemão Edmund Husserl num contexto em que o pensamento positivista começava a ser abalado. Husserl é considerado o fundador do movimento fenomenológico na Alemanha e foi influenciado pelas ideias de Platão, Descartes e Brentano e atribuiu à fenomenologia um novo significado definindo-a como “*a volta às coisas mesmas*” (CAMPOS, 2017).

A palavra “Fenomenologia” deriva-se de duas palavras gregas, uma retoma ao termo fenômeno e a outra a *logos*. Fenômeno no seu sentido mais originário significa o que se revela, o que se mostra em si mesmo de forma que o ente se desvela por si mesmo ao sujeito que o interroga. *Logos* significa deixar e fazer ver, aquilo sobre o que se discorre ou ainda no seu sentido mais puro, descobrir. Portanto, a fenomenologia significa deixar e fazer por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra, a partir de si mesmo (HEIDEGGER, 2015).

A fenomenologia é definida como a ciência que estuda os fenômenos, em que o fenômeno é compreendido como aquilo que é em si mesmo ou aquilo que se mostra, não sendo necessariamente coisas, mas qualquer fato de natureza psicológica ou física contemplado por uma consciência, por isso atribui a essa abordagem filosófica o papel de um método ou modo de ver a essência do mundo e de tudo que nele existe (HEIDEGGER, 2015).

Martin Heidegger, filósofo alemão, foi um pensador fenomenológico que alcançou grande destaque com suas obras. Suas concepções valorizam a maneira singular de o indivíduo estar no mundo, interagir com ele, de ser afetado por ele e afetá-lo, isto é, preocupa-se com o modo como o homem experiencia e dá sentido a esse mundo (OLIVEIRA; CATÃO; DUTRA, 2018).

Heidegger retoma a questão do ser realizando uma análise existencial a partir do método fenomenológico. O autor define o modo de ser do homem como *Dasein* ou *Ser-aí*. É o homem e este está lançado no mundo. Essa expressão significa compreender o homem enquanto *Ser-no-mundo*, isto é, homem e mundo possuem uma relação de inseparabilidade. Heidegger enfatiza que, utilizando essa expressão, quer referir-se a ser e mundo como um “fenômeno unitário” (HEIDEGGER, 2015).

Nesse sentido, estar no mundo não significa estar dentro do mundo, mas estar envolvido numa trama de significados historicamente em movimento. O homem, então, é um ser lançado, um ser de abertura que nunca pode ser delimitado ou estático. Nessa abertura, o homem é um *Ser-com*, um ser de relação; ele nunca está sozinho. Ao estar no mundo, o homem depara-se com a sua *facticidade*, que significa encontrar-se em determinado corpo e envolvido por determinadas condições como história, cultura e valores. A *facticidade*, apesar de fazer parte da constituição dos modos de ser do homem, não o determina devido a sua condição existencial de abertura e movimento (HEIDEGGER, 2015).

Na busca por compreender o ser do humano, Heidegger denominou as pessoas do “ente”. De acordo com Heidegger (2015), chamamos de ente muitas coisas e em sentidos diversos. Ente é tudo de que falamos dessa ou daquela maneira; ente é também o que e como nós mesmos somos, o que difere de ser. *Ser* está naquilo que é e como é, na realidade, no ser simplesmente dado, no teor e recurso, no valor e na validade, no existir, no dá-se.

O comportamento do ente na própria existencialidade nos remete ao termo *Ser-aí* e o ente sendo *pre-sença* e estando aí, quando se relaciona com o mundo se torna sendo no mundo. Para Heidegger, não há separação entre o homem e o mundo, é um ser-no-mundo e sendo no mundo, compreende-se como ser de possibilidades e é este ente, o ser que é *pre-sença* e *Ser-no-mundo*, que precisa ganhar voz para que o fenômeno seja desvelado (HEIDEGGER, 2015).

Heidegger (2015), diz que a fenomenologia é a via de acesso e o modo de comprovação para se determinar o que deve constituir tema da ontologia. E ainda

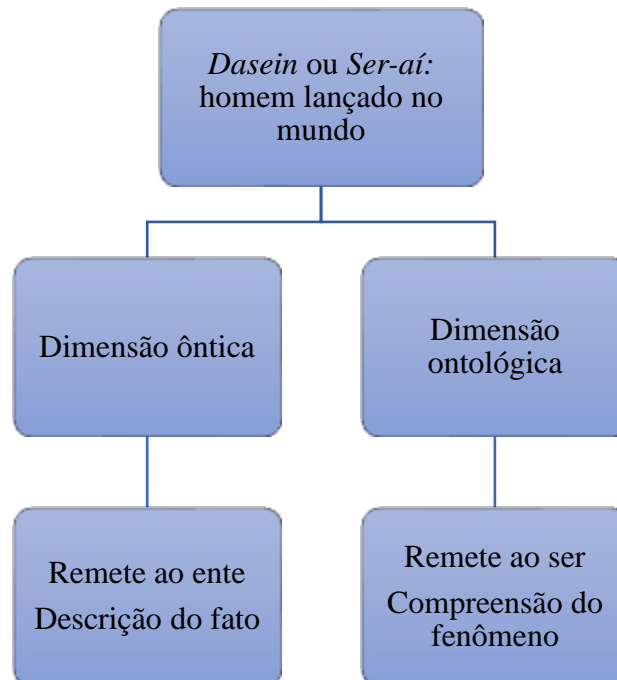
descreve a fenomenologia como a ciência do ser dos entes – a ontologia. Ela não será no sentido de determinar o “quê” dos objetos, mas o “como” dos objetos, ou seja, ela busca compreender o indivíduo na sua concretude, em sua existencialidade.

Nessa perspectiva, o referencial teórico-metodológico de Martin Heidegger (2015), considera duas instâncias: a ôntica e a ontológica. Elas são expressões delineadas no pensamento Heideggeriano.

A instância ôntica, que remete ao ente, busca a descrição do fato (o que está mais próximo), um que conhecido, é aquilo que o homem percebe, entende e conhece de imediato. Aquilo que é objetivo, que está posto, que pode ser percebido ou explicado. É algo que podemos determinar e definir.

A instância ontológica, que remete ao ser, busca a compreensão do fenômeno (o que está mais distante), um “quem” desconhecido. Expressa a interpretação do fenômeno e revela sentidos. Ou seja, para além daquilo do que aparece e evidencia aquilo que transpõe o comum, aquilo que nem todos veem.

Figura 1- Conceitos do Referencial de Martin Heidegger



Fonte: elaborado pela autora.

3 PERCORRENDO O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Tipologia do estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com abordagem da fenomenologia existencial proposta por Martin Heidegger. Em se tratando de aspectos não quantificáveis, optou-se pela fenomenologia como ferramenta metodológica, pois essa possibilita a compreensão do fenômeno à medida que o mesmo se apresenta em sua essência (HEIDEGGER, 2015).

A pesquisa qualitativa trata da magnitude dos fenômenos na busca das singularidades dos seus significados, respondendo a questões muito específicas, em um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Dentro do marco filosófico das teorias compreensivistas, os pesquisadores qualitativos trabalham com vários tipos de abordagem, sendo designada nesta pesquisa a que comprova a cientificidade dela, voltada para a análise de casos concretos que se manifestam por meio de expressões e significados (MINAYO, 2017).

Para o alcance do objetivo da pesquisa, a fenomenologia existencial foi escolhida, pois ela se apresentou como uma abordagem congruente com os questionamentos da pesquisadora. Nesse sentido, a fenomenologia proposta por Martin Heidegger foi a ótica utilizada para a fundamentação teórica-metodológica deste estudo, fornecendo, assim, um suporte para a análise e interpretação dos fenômenos que posteriormente serão desvelados.

3.2 Cenário do estudo

O cenário para a realização do estudo foi o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e o Hospital Veredas, localizados no município de Maceió – AL. Essas instituições configuram-se como serviços de saúde de referência no estado de Alagoas, fazendo parte do serviço de regulação de leitos do estado, para assistência à gestação de alto risco e risco habitual, respectivamente, realizando assistência a mulheres em situação de abortamento.

O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) é um órgão público complementar da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), fundado no ano de 1973, e abrange as áreas de ensino, pesquisa e assistência não só à comunidade assistida pelo SUS em Maceió, mas também a pacientes das cidades do interior de Alagoas,

constituindo-se um hospital de referência no estado. Visando a um maior crescimento e desenvolvimento da saúde em Alagoas. O HUPAA tem se desenvolvido para a assistência de referência, principalmente nas seguintes áreas: atendimento à gestante de alto risco, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta, Unidade de Terapia Intensiva neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, Banco de Leite Humano, Hospital-dia – Aids, cirurgias por vídeo, quimioterapia, gastroplastia, neurocirurgia e, mais recentemente, o Centro de Oncologia (CACON). Sua força de trabalho é composta de equipes multiprofissionais dos níveis superior, intermediário e de apoio, que se distribuem em linhas de cuidado para melhor atender os pacientes. Atualmente, o hospital conta com um quantitativo de 209 leitos (170 leitos de internação nas clínicas; dez leitos de UTI adulto; quinze leitos de UTI neonatal; cinco leitos de UCI Neonatal, quatro leitos do Hospital Dia e cinco leitos da UCI Mãe Canguru).

O Hospital Veredas, hoje sucessor do Hospital do Açúcar/Usineiros, trata-se de uma instituição filantrópica de caráter privado, com mais de 60 anos de existência, que oferece assistência médico-hospitalar de alta complexidade à sociedade alagoana. Conta com o serviço de pronto-atendimento 24 horas por dia e com 268 leitos ativos, entre eles, enfermarias, UTI geral, UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica, maternidade e obstetrícia com atendimentos de convênios, particular e SUS. Sua estrutura dispõe ainda de dois centros cirúrgicos, sendo um para o atendimento obstétrico, e possui diversos serviços de alta e média complexidade. Faz-se necessário relatar que o setor da maternidade é integralmente vinculado ao SUS e compõe a rede de referência em assistência à saúde da mulher a nível estadual.

3.3 Participantes do estudo

O estudo foi realizado com as mulheres que vivenciaram o abortamento internadas no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e no Hospital Veredas.

Para participar do estudo, foi considerado como critério de inclusão as mulheres que vivenciaram o abortamento, com idade maior ou igual a 18 anos, que tinham interesse em contribuir com a pesquisa. Foram excluídas aquelas que apresentavam alguma dificuldade de comunicação, ou ainda desconforto psicológico ou emocional durante a realização da entrevista, que impossibilitasse a continuação. Nesse sentido, o estudo foi realizado com dez mulheres.

Quanto ao número de participantes, este não é pré-determinado, visto que na pesquisa fenomenológica, a produção das informações é desenvolvida concomitante ao movimento analítico e se encerra quando os significados expressos nos depoimentos mostram suficiência de estruturas essenciais para compreender o fenômeno investigado, alcançando, assim, o objetivo da pesquisa. (DE PAULA *et al.*, 2014; TRONCO *et al.*, 2019).

De acordo com Silva *et al.* (2021), o objetivo fundamental da pesquisa qualitativa não reside na produção de opiniões representativas e mensuráveis de um grupo, mas sim na compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência dos atores envolvidos no fenômeno. Dessa forma, a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, como na pesquisa quantitativa, mas, sim, pela profundidade com que o estudo é realizado.

3.4 Aproximação com as participantes

Para realizar a aproximação com as participantes deste estudo, inicialmente a pesquisadora acompanhava a enfermeira do setor nas visitas de rotina aos leitos das mulheres que passaram pelo processo de abortamento. Durante as visitas, a pesquisadora realizava orientações sobre os cuidados à saúde da mulher no pós-abortamento. A partir do esclarecimento das dúvidas e questionamentos, ao final das discussões, fluía, assim, a oportunidade de convidá-las para participar da pesquisa.

A partir desse momento de aproximação, foram identificadas as possíveis participantes do estudo. Portanto, com a observância de que a participante atendia aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, essas mulheres foram informadas sobre o estudo, objetivo, importância, riscos e benefícios.

As mulheres que desejavam contribuir com a pesquisa, eram levadas a uma sala reservada no próprio setor, para realização da entrevista, valorizando assim, a privacidade, o silêncio e preservando o momento de fala de cada mulher, garantindo a sua manifestação livre sobre o fenômeno vivido, com a presença apenas da participante e da pesquisadora.

3.5 Produção das informações

Para a produção das informações, foi utilizada a entrevista fenomenológica. Com esse tipo de técnica, é possível compreender o fenômeno tal como ele se apresenta na vivência cotidiana (HEIDEGGER, 2015).

A entrevista fenomenológica pretende acessar o vivido do ser humano por meio de um movimento de compreensão. Nesse modo de acesso ao ser, a entrevista é desenvolvida como um encontro, estabelecido entre o pesquisador e cada participante. O pesquisador deve ter uma postura de redução de seus pressupostos e de mediação com empatia. Deve captar o dito e o não dito verbalmente, observando as outras formas de discurso, como o silêncio, os gestos, as pausas, respeitando o espaço e o tempo de cada uma das participantes (TRONCO *et al.*, 2019).

A coleta foi iniciada no mês de novembro de 2020 e concluída em fevereiro de 2021. As entrevistas foram realizadas a partir da aproximação, da empatia e da ambientação, momento no qual a pesquisadora precisou estabelecer relações e criar vínculos com a participante, a fim de produzir depoimentos que contemplem o objeto em estudo.

O início da entrevista se deu mediante aceitação da participante em contribuir com o estudo, por meio da assinatura do TCLE em duas vias, uma para a pesquisadora e outra para a participante. A entrevista apresentou tempo de duração de 30 a 40 minutos.

Inicialmente, foram coletados os dados sociodemográficos das participantes para caracterização delas e, posteriormente, deu-se início à realização da entrevista fenomenológica, que foi guiada pela seguinte pergunta disparadora: **como foi para você vivenciar o processo de abortamento?** Essa pergunta foi aprofundada de acordo com a necessidade e objetivo do estudo.

As entrevistas foram gravadas com autorização de cada participante por meio de um gravador de voz e, posteriormente, foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora, para serem analisadas. Com objetivo de garantir o sigilo e o anonimato das entrevistadas, foram utilizados no estudo nomes fictícios relativos a flores.

3.6 Análise das entrevistas fenomenológicas

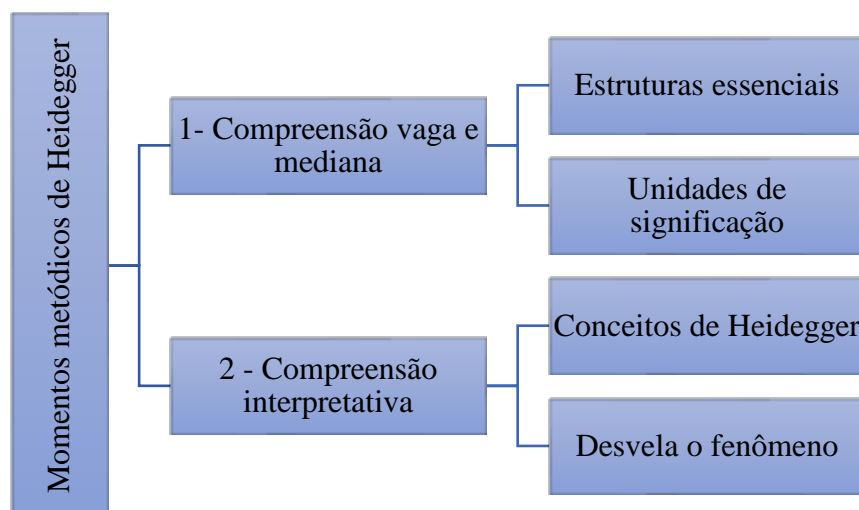
Após a transcrição na íntegra das entrevistas, os discursos foram organizados e analisados a partir do referencial teórico-metodológico da fenomenologia existencial de

Martin Heidegger, que compreende os dois momentos metódicos descritos no seu livro *Ser e Tempo*: a compreensão vaga e mediana e a compreensão interpretativa.

Compreensão vaga e mediana é considerada o primeiro momento metódico. Nesta etapa de análise, realiza-se escuta, leitura e releitura das entrevistas, mediante a suspensão de pressupostos, conceitos e crenças da pesquisadora, que podem intervir nos achados, sem impor categorias predeterminadas pelo conhecimento teórico/prático; esse movimento é chamado *epoché*. A partir das leituras, são destacadas (grifadas) as estruturas essenciais que expressam o significado do fenômeno investigado. Em seguida, é realizado o agrupamento das falas, para constituir as “unidades de significação” com trechos dos depoimentos que compõem o conceito do vivido (HEIDEGGER, 2015).

Compreensão interpretativa: é considerado o segundo momento metódico e desvela os sentidos do ser, que se mostra a partir do primeiro movimento de análise. Nessa etapa, busca-se o desvelamento do sentido encoberto nas aparências, ou seja, a interpretação dos sentidos a partir das vivências expressas pela mulher. Esses sentidos são interpretados segundo os conceitos teóricos do referencial de Martin Heidegger, possibilitando alcançar a essência do fenômeno da vivência da mulher em abortamento, desvelando facetas da dimensão existencial do seu modo de ser (HEIDEGGER, 2015).

Figura 2 - Momentos metódicos compreensivos propostos por Martin Heidegger



Fonte: elaborado pela autora.

3.7 Aspectos éticos

Foi solicitada a carta de anuência junto ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) e ao Hospital Veredas, objetivando autorização para a realização da pesquisa. Em posse da anuência, o projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas por meio da Plataforma Brasil em consonância com a Resolução Nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito aos aspectos éticos de pesquisas com seres humanos. Após emissão do parecer favorável pelo Comitê de Ética sob o número CAAE: 30578520.3.0000.5013 deu-se início a coleta dos dados.

A concordância dos participantes do estudo aconteceu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos da investigação, seus riscos e benefícios, que poderiam desistir em qualquer momento e que o estudo não acarretaria nenhuma despesa financeira. Posteriormente, assinaram o TCLE em duas vias, sendo uma para a pesquisadora e a outra fornecida a cada participante. A privacidade dos participantes foi garantida por meio do anonimato e do caráter confidencial das informações.

4 DESVELANDO RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Apresentando as participantes do estudo

Participaram do estudo dez mulheres, cujas características encontram-se descritas a seguir:

Quadro 1 – Distribuição das mulheres entrevistadas segundo características sócio-obstétricas, Maceió – 2021

Nome	Idade (anos)	Raça/cor	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Paridade
Rosa	25	Parda	solteira	Do lar	2º grau completo	G3P1A2
Margarida	18	Parda	solteira	Estudante	1º grau completo	G3P2A1
Tulipa	29	Parda	união estável	Diarista	1º grau incompleto	G5P4A1
Orquídea	31	Parda	solteira	Do lar	2º grau completo	G2P1A1
Girassol	27	Parda	solteira	Tosadora de animais	2º grau completo	G2P1A1
Jasmin	33	Branca	casada	Pedagoga	Ensino superior completo	G2P1A1
Violeta	22	Branca	união estável	Do lar	2º grau completo	G2P1A1
Lírio	21	Parda	solteira	Estudante	2º grau incompleto	G1P0A1
Hortência	38	Parda	Casada	Do lar	2º grau completo	G4P3A1
Bromélia	18	Parda	solteira	Do lar	2º grau incompleto	G1P0A1

Fonte: elaborado pela autora.

As mulheres tinham idades entre 18 e 38 anos. Em relação à cor, a maioria se autodeclarou parda, totalizando oito; apenas duas mulheres se autodeclararam brancas. Considerando o estado civil, seis mulheres se declararam solteiras, duas em união estável e duas casadas. No que se refere à profissão/ocupação, a maioria das mulheres referiram desenvolver atividades “do lar”, duas são estudantes, uma diarista, uma tosadora de animais, uma pedagoga. Quanto à escolaridade, cinco possuem o ensino médio completo, duas possuem o ensino médio incompleto, uma possui o ensino fundamental completo, uma possui o ensino fundamental incompleto, e uma possui

ensino superior. Em relação à paridade, nove mulheres estavam vivenciando o abortamento pela primeira vez, dessas, apenas duas eram primíparas; e uma mulher estava na segunda experiência de abortamento.

Rosa (entrevistada 1): *“Eu ‘tava’ na minha porta, passou um cara de moto, ‘tava’ tendo uma festa, aí ele disse: É um assalto! Depois disso eu comecei com um sangramento.”*

Tem 25 anos, é parda, solteira, possui ensino médio completo, do lar, reside em Maceió – AL. Ao todo teve três gestações. A primeira ocorreu aos 13 anos de idade, evoluindo para um aborto espontâneo aos dois meses de gestação. A segunda evoluiu para um parto normal. A gestação atual evoluiu para um abortamento.

Margarida (entrevistada 2): *“Eu comecei a sentir dores. Eu sentia só uma cólica normalmente, mas quando acordei já ‘tava’ com sangramento.”*

Tem 18 anos, parda, solteira, possui ensino fundamental completo, estudante, reside em Maceió – AL. Teve três gestações. As duas primeiras foram saudáveis e tranquilas, evoluindo para parto normal. A gestação atual evoluiu para abortamento. Sendo assim, é a primeira vez que vivencia a experiência de abortamento.

Tulipa: (entrevistada 3): *“A dor começou a apertar. Quando foi à noite, eu acho que a bolsa ‘pocou’, aí eu comecei a sangrar e saiu um ‘bocado’ de coisa de dentro de mim.”*

Tem 29 anos, parda, união estável, possui ensino fundamental incompleto, estudou até o 5º ano, trabalha como diarista em restaurante, reside em Maceió – AL. Ao todo engravidou cinco vezes, que evoluíram para parto normal. A gestação atual evoluiu para abortamento. Está vivenciando o abortamento pela primeira vez.

Orquídea (entrevistada 4): *“No início eu fiquei bastante triste, mas aí depois...eu coloquei na cabeça que Deus sabe de todas as coisas!”*

Tem 31 anos, solteira, parda, possui ensino médio completo, do lar, reside em Maceió – AL. Teve duas gestações. A primeira evoluiu para parto normal. A gestação atual evoluiu para um abortamento com oito semanas de gestação. Vivencia o abortamento pela primeira vez.

Girassol (entrevistada 5): *“E meu sonho é ter um menino. Eu até fiz uma promessa pra Deus que se engravidasse, que ele ouvisse minhas preces que eu queria um menino! Mas aí...”*

Tem 27 anos, parda, casada, possui ensino médio completo, tosadora de animais, reside em Maceió – AL. Ao todo engravidou duas vezes. A primeira gestação foi aos 14 anos de idade. A segunda gestação evoluiu para um aborto espontâneo com 7 semanas e 3 dias.

Jasmin (entrevistada 6): *“Eu sempre sonhei em ser mãe, mas nunca, nunca imaginei que seria mãe de anjo.”*

Tem 33 anos, casada, branca, possui ensino superior completo, pedagoga, reside em Maceió – AL. Engravidou duas vezes. A primeira gestação foi aos 25 anos de idade, que evoluiu para um parto normal. A segunda ocorreu aos 33 anos e evoluiu para um abortamento com sete semanas.

Violeta (entrevistada 7): *“Foi um momento de choque... até quando eu cheguei aqui eu não ‘tava’ acreditando.”*

Tem 22 anos, parda, em união estável, possui ensino médio completo, do lar, reside em Maceió – AL. Teve duas gestações. A primeira foi de alto risco, com parto prematuro que evoluiu com óbito fetal. A gestação atual foi planejada e evoluiu para um abortamento devido a complicações por Diabetes Mellitus.

Lírio (entrevistada 8): *“Foi toda uma emoção ter descoberto ele, e foi um baque muito grande quando a gente viu que o coração não ‘tava’ batendo mais!”*

Lírio, 21 anos, solteira, parda, possui ensino médio incompleto, estudante, reside em Maceió – AL. Era a sua primeira gestação, que evoluiu para um aborto com oito semanas. Vivenciando o abortamento pela primeira vez.

Hortência (entrevistada 9): *“Eu fiquei calma, não tive reação nenhuma... Na hora não tive reação nenhuma!”*

A entrevistada tem 38 anos, casada, parda, possui ensino médio completo, do lar, reside em Maceió – AL. Ao todo engravidou quatro vezes. As três gestações evoluíram para parto normal. A gestação atual evoluiu para abortamento com oito semanas.

Bromélia (entrevistada 10): “*Eu fiquei tão triste, mas ao mesmo tempo me tranquilizava porque eu sei que se não veio não era o momento certo agora, foi porque não era pra ser.*”

Tem 18 anos, solteira, parda, possui ensino médio incompleto, do lar, reside em Maceió – AL. Era a sua primeira gestação e evoluiu para abortamento com 14 semanas.

4.2 Apresentando as unidades de significação

Para compreender as vivências do *Ser-mulher* no processo de abortamento, buscou-se como suporte a fenomenologia existencial de Martin Heidegger. Dessa forma, a partir das transcrições na íntegra e leituras das entrevistas, foi possível estabelecer as unidades de significação que nortearam a compreensão desse estudo, possibilitando identificar o fenômeno como ele se mostra na vivência cotidiana.

A partir das análises das entrevistas, emergiram as quatro unidades de significação que serão apresentadas a seguir:

- *Ser-mulher* descobrindo-se frente ao abortamento;
- *Ser-mulher* vivenciando o processo de abortamento;
- *Ser-mulher* compreendendo o processo de abortamento;
- *Ser-mulher* ressignificando o processo de abortamento;

Figura 3 - Fluxograma das unidades de significação



4.2.1 *Ser-mulher* descobrindo-se frente ao abortamento

Para iniciar a proposta de desvelar o fenômeno oculto, buscou-se resgatar nos discursos, o contato inicial das participantes com as primeiras manifestações clínicas do abortamento, evidenciando a partir dos relatos alguma alteração fisiológica de que algo não estava dentro do padrão de normalidade, havia algo de errado com sua saúde. Posteriormente ao buscar os serviços de saúde a mulher receberia o diagnóstico de que se tratava de um abortamento.

“Eu sentia normalmente muita cólica. Aí um dia quando eu acordei estava com muito sangue na cama. Depois eu levantei, fui no banheiro, senti uma pressão muito forte e senti descendo algo.”
(Margarida)

“Eu ‘tava’ no trabalho, aí senti quando desceu uma bola... Um negócio quente entre as pernas. Aí fui no banheiro e vi que ‘tava’ sangrando. Aí eu avisei à minha patroa e vim pra emergência.”
(Girassol)

A princípio, as participantes referem que se tratava de sangramentos inespecíficos, que inicialmente surgiram de forma repentina e abrupta. Percebe-se nos discursos que as mulheres questionam os sintomas apresentados e procuram o serviço de saúde na tentativa de esclarecer o que estava ocorrendo no seu corpo.

As mulheres em situações de abortamento buscam nos serviços de saúde atendimento para suas necessidades. Na maioria das vezes, chegam em condições clínicas desfavoráveis, tais como sangramento vaginal excessivo, fortes dores abdominais e outros sinais que caracterizam complicações por abortamento (LIMA *et al.*, 2017).

Por outro lado, muitas mulheres estão em processo de abortamento e não reconhecem os sinais e sintomas, gerando medo diante da possibilidade de perda do bebê. A maioria se encontra sozinha no momento de início dos sinais e sintomas, chegando à unidade de atendimento esperando um prognóstico que, diante do resultado, gera sentimentos negativos (SILVA *et al.*, 2020).

Segundo Heidegger (2015), o *estar-no-mundo* é algo que constitui o *Ser* efetivamente. *Estar-no-mundo* consiste em relacionar-se com objetos e pessoas e efetivamente habitá-lo, o que vai além de povoá-lo. Isso demonstra uma estrutura fundamental do *Ser-aí*, o que mostra a impraticabilidade de separar o homem do mundo, bem como o mundo do homem. *Ser-no-mundo* é uma característica desnudada que se

fundamenta na descrição primordial do âmbito da sua existência, a qual o limita e também o torna possível.

Para Heidegger (2015), o homem não está em seu mundo circundante como um objeto, pois não está, simplesmente, no ambiente; ele mora ou “habita” no mundo, que para ele se abre com diversas possibilidades, em virtude da consciência que possui das situações que já vivenciou, está vivenciando e ainda poderá vivenciar. O mundo não é entendido apenas como espaço geográfico, mas como uma constituição do próprio ser.

Nessa condição de viver no mundo, o homem relaciona-se, na cotidianidade, com o mundo circundante, o mundo público do nós e o mundo próprio. O “mundo” circundante é o mais próximo à *pre-sença*. Caracteriza-se pela possibilidade de adaptação, com determinismo, que o ser humano tem de relacionar-se como *Ser-no-mundo*. O “mundo” humano caracteriza-se pela convivência com os outros semelhantes. Diferente das duas possibilidades de relações com o mundo, o ser humano, relacionando-se com o mundo próprio, estabelece consigo o alto conhecimento, caracterizando-se “pela significação que as experiências” representa para o *Ser-si-mesmo* (HEIDEGGER, 2015).

Percebe-se nos discursos que o momento no qual as mulheres recebem o seu diagnóstico é permeado sentimentos de surpresa. Elas verbalizam esse momento como de muita dificuldade, da confirmação, é a perda de toda uma construção de vínculos, sobretudo para aquelas participantes que reforçavam a informação de que se tratava de um filho desejado.

“(...)Aí eu voltei pro médico, ele fez a ultrassom e confirmou que era aborto espontâneo, que meu útero já ‘tava’ expulsando o feto. Aí foi quando eu chorei mesmo e vi que ali era o fim mesmo, que eu não ia conseguir mais segurar o feto”. (Girassol)

“Eu fiquei sem chão, fiquei abalada. O momento mais difícil eu acho que é quando você descobre, quando você ver realmente que o feto tá ali sem vida. Porque, eu não sei explicar, pra mim ali foi o pior! Não foi nem o depois, de saber que tinha que tirar e tudo mais. Foi só saber mesmo, a descoberta, que o bebê ‘tava’ morto, pra mim ali foi horrível. Foi um baque muito grande, quando a gente viu que o coração não ‘tava’ batendo mais, tinha parado”. (voz trêmula, choro) (Lírio)

“Foi um momento de choque, que até... até quando cheguei aqui eu ainda não ‘tava’ acreditando. Eu fiquei meio assim, parece que depois foi que a ficha começou a cair mesmo. Aí foi que eu comecei a chorar!” (Violeta)

A partir do momento que recebe o diagnóstico, a mulher afasta-se da possibilidade de *Ser-com-o-filho*, em sua existência, passa a existir agora enquanto *Ser-no-mundo* vivenciando o abortamento.

Nesse sentido, de acordo com Lemos e Cunha (2015), quando o diagnóstico do abortamento é confirmado pelo profissional e recebido pela mulher, toda uma construção representacional é interrompida e impedida de se concretizar, resultando, comumente, em dificuldade de aceitação, incredulidade, negação do fato e sofrimento para as mulheres e para toda a família.

Tanto o choque quanto a descrença e a recusa parecem ser uma tentativa compreensível de escapar de uma notícia traumática, que foge às expectativas, subsistindo um período de crise no qual existe o impacto e o aumento de tensão associado ao estresse (CAMARNEIRO *et al.*, 2015).

O diagnóstico de perda configura-se sempre como um momento delicado, quer a paciente já suspeite, ou não, que algo não está dentro da normalidade (LEMOS; CUNHA, 2015). Esse diagnóstico do abortamento, informado pelo profissional de saúde, é percebido como amedrontador, não permitindo às mulheres outra opção a não ser aceitar a sua nova condição enquanto ser-no-mundo.

De acordo com Heidegger (2015), o homem é a abertura do *Ser*, ele está lançado num mundo e envolvido por certas condições históricas e temporais que não escolheu e está submetido às suas contingências, sendo esta a sua *facticidade*, que são as condições concretas de vida.

Ao relatar o momento em que recebe o diagnóstico, a participante Lírio expressa seu sentimento diante da abordagem do profissional que a atendeu. A profissional distanciou-se da *pre-sença* da mulher em abortamento, não permitindo Ser-com-o-outro na sua *ex-sistencialidade*, portanto, não compreendendo o processo de perda vivenciado pela mulher.

“O médico que fez a USG não soube chegar pra gente e falar o que aconteceu. Ele só fez chegar pra gente e falar: ‘Olhe, seu filho tá morto, não tem mais batimento, vou dar o laudo e aí você fala com seu obstetra pra fazer a retirada’. Desse jeito! Com essas palavras! Eu e meu noivo ficamos, sem reação nenhuma, sem saber até o que dizer, só olhando um pra cara do outro! Depois que a ficha caiu, a gente se desesperou, mas no momento mesmo, foi horrível (voz trêmula). Eu acho que se ele soubesse, se tivesse algum jeito de falar, não seria tão complicado. Ia ser complicado de todo jeito né? Porque ninguém que deseja ter um filho quer perder! Mas a forma que ele disse foi horrível, é um profissional que eu não vou indicar nunca pra

ninguém. A clínica que eu fui nunca vou indicar pra ninguém mesmo. Que foi uma experiência horrível! E ainda bem que eu 'tava' com alguém, porque tem mulher que vai e recebe a notícia sozinha". (Lírio)

Na sua fala, a participante demonstra que o profissional pareceu tratar seu abortamento de forma simplista, quando afirmava que “não tinha batimento e era necessário retirar”. É preciso considerar que junto aos primeiros sinais daquela perda a participante carrega agora a dor do diagnóstico. Não se trata apenas de retirar o feto; trata-se de vivenciar cada sintoma, a perda de seu filho, a idealização e o desejo de ser mãe.

De acordo com os conceitos de Heidegger (2015), a relação entre profissional e paciente foi baseada nos moldes da *inautenticidade*, ou seja, o profissional permanece junto à pessoa que necessita de seus cuidados, mas não concede a abertura existencial necessária para *estar-com* o outro de maneira genuína.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a promoção do acolhimento e o fornecimento das informações devem ser uma prática de todos os profissionais da equipe multiprofissional e devem estar presentes de forma transversal durante todo o contato com a mulher. Mais do que um dos passos do atendimento, o acolhimento é uma prática educativa que reflete a qualidade da relação existente entre o profissional de saúde e o usuário na perspectiva de construção de um novo modelo de atendimento. Para isso, os profissionais deverão estar devidamente sensibilizados e capacitados para incorporar o acolhimento e a orientação como uma prática cotidiana da sua assistência.

Quando as mulheres procuram os serviços de saúde em processo de abortamento, a sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos. Nesse sentido, o profissional de saúde deve adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro (BRASIL, 2011).

Corroborando essa abordagem, Silva *et al.* (2020), afirmam que, no momento que mulher chega à unidade hospitalar, seus sentimentos apresentam-se abalados, é importante encontrar uma equipe preparada para recebê-la, de maneira coerente e ética. O simples gesto de explicar os procedimentos que serão feitos com atenção especial para ela já interfere na qualidade da assistência, bem como a postura com a qual o

profissional se apresenta, os gestos, as expressões, o tom de voz, tudo isso é percebido pela paciente e são mecanismos de apoio que contribuem na forma terapêutica ajudando-a a superar as angústias, os medos e o sofrimento.

Por conseguinte, a presente unidade de significado desvelou o *Ser-mulher* descobrindo-se frente ao abortamento. Nesse sentido, as mulheres inicialmente identificam as alterações fisiológicas, procurando assim a unidade de saúde de referência, quando recebem o diagnóstico referem-se incrédulas, apresentam-se surpresas, chocadas com a notícia e questionam ainda a forma que esse diagnóstico foi apresentado por parte dos profissionais de saúde.

Diante da revelação do diagnóstico recebido, o *Ser-mulher* inicia um processo complexo ao vivenciar o abortamento. Os discursos a seguir apresentam maiores aprofundamentos na experiência do vivido. Assim, para continuar essa discussão, faz-se necessário imergir na categoria seguinte, que nos permite uma maior aproximação com o *Ser-mulher* e suas vivências durante o abortamento.

4.2.2 *Ser-mulher* vivenciando o processo de abortamento

Nesta unidade de significado, foi possível abordar de maneira mais profunda o objeto estudado, pois pelos relatos das mulheres, emergiram as suas principais vivências, isto foi identificado nos discursos, a partir do momento em que essas mulheres recebiam o seu diagnóstico, de que de fato tratava-se de um processo de abortamento.

Neste momento, elas passavam a existir enquanto *Ser-no-mundo* vivenciando o abortamento. Inseridas agora conscientemente neste contexto, são externadas repercussões emocionais como sensação de perda, angústia, culpa, dor, medo, sofrimento, tristeza, entre outros.

Esses sentimentos apresentaram-se de maneira mais significativa naquelas participantes que referiam a sua gestação como planejada ou esperada, e já vislumbravam ali uma nova possibilidade de existência enquanto *Ser-no-mundo* da maternidade, iniciando assim os cuidados com a gestação, bem como a idealização do bebê futuro. Como pode ser percebido nos discursos a seguir:

“Antes disso tudo eu já ‘tava’ sofrendo sem comer, bem abatida, fraca, ficava muito preocupada, porque era algo que eu queria muito e era um filho muito planejado. E aí eu ‘tô’ um pouco assim, só triste... mas por dentro a gente, só a gente sabe por dentro. É difícil,

mas eu 'tô' tentando ser forte. Foi uma coisa que eu 'tava' esperando tanto". (Girassol)

"Um coração partido, porque eu queria esse filho, 'tava' com medo, mas eu queria, por mim ele tinha nascido, minha barriga ia aquecer ele, e ele ia nascer. Eu já 'tava' planejando o quartinho, já tinha entregado um trabalho... (silêncio)". (Jasmin)

Nota-se nos discursos das participantes que vivenciar a situação de abortamento configura-se como a interrupção de um projeto; projeto esse que se encontra permeado por sentimentos e significados muitas vezes negativos. Esses sentimentos advêm em decorrência da frustração de todos os seus desejos e idealização materna. Quando recebem o diagnóstico, esse ciclo se rompe, e elas sentem principalmente pela perda e pela impossibilidade de aplicar sua capacidade de cuidado materno na prática.

De acordo com Boff (2020), o cuidado é mais que um ato, é uma atitude, de responsabilização e envolvimento afetivo pelo outro. Foi pelo infinito cuidado materno que conseguimos viver e sobreviver.

Para Heidegger (2015), o cuidado compreende um conceito ontológico-existencial, que não deve ser apreendido por uma aceitação comum do termo. O cuidado é algo da essência do humano que está subjacente a tudo o que empreendemos, projetamos e fazemos, fazendo parte da condição própria do humano.

O cuidado pode se distinguir em dois modos fundamentais: *ocupação e preocupação*. O primeiro modo refere-se ao cuidado no mundo e está relacionado com o mundo dos entes simplesmente dados, sua expressão está no *Ser-aí* ao relacionar-se com outras pessoas. O segundo modo, a *preocupação*, seria o cuidado com os seres deste mundo que se relacionam constantemente, é o cuidar propriamente dito, direcionado à existência do outro e não a uma coisa de que se ocupa (HEIDEGGER, 2015).

A gravidez é considerada, então, uma fase marcada por um estado de tensão, com surgimentos de expectativas e mudanças que irão acontecer, principalmente para a mulher que passa, a se ver e ser vista de maneira diferenciada, formando-se um novo papel: o de ser mãe (ZANATTA; PEREIRA; ALVES, 2017).

De acordo com Mattos (2015), estar gestante é um momento único e apresenta um significado simbólico e particular na vida de cada mulher. Esse significado pode variar de acordo com a personalidade, a história de vida e o momento atual que cada mulher está vivenciando. Nesse sentido, quando a gestação não foi desejada, a maternidade pode ser opressiva para a mulher, visto que acontecem mudanças no seu físico, nos aspectos psicológicos, a relação com o pai da criança, bem como altera todos

os seus planos para a vida. Por outro lado, quando a gestação conscientemente desejada é perdida, também ocorre uma alteração na identidade, levando à mulher e à família a uma sensação de fracasso.

Assim, quando vivenciam a situação de abortamento, as mulheres têm seus planos e sonhos frustrados dando lugar a um sofrimento e a uma dor profunda. Percebe-se, então, diferentes naturezas da dor. Além da dor fisiológica, a dor existencial, isto é, a dor da perda, evidenciada nesta fala:

“O meu sofrimento acabou (silêncio)! O sofrimento físico acabou né? A dor do corpo, (silêncio) mas... É aquele vazio na alma né? Aquela tristeza... de não poder ver mais a minha barriga crescer, e saber que não vou mais amamentar, eu já tinha planejado a minha vida com ele”. (Jasmin)

A morte de um filho antes do nascimento ou logo após rompe com a ordem natural da vida, como também interrompe com sonhos, esperanças, expectativas e esperas existenciais que normalmente são depositadas na criança que está por vir (LUCENA, 2016).

A dor voltada para a natureza existencial foi expressa pelas mulheres. É importante considerar também as outras formas de expressão não verbais que se configuram de grande importância nas situações de sofrimento: o choro silencioso, as pausas, os momentos de silêncio. Essa linguagem não verbal deve ser valorizada e identificada também nos cuidados pelos profissionais de saúde.

De acordo com Heidegger (2015), a fala é a articulação “significativa” da compreensibilidade do *Ser-no-mundo*, a que pertence o *Ser-com*, e que sempre se mantém num determinado modo de convivência ocupacional. Essa convivência está sempre falando, tanto ao dizer sim quanto ao dizer não; tanto provocando quanto avisando; tanto pronunciando, recuperando ou intercedendo; e ainda “emitindo enunciados” ou fazendo “discursos”. Falar é sempre um falar sobre, constituindo a abertura do *Ser-no-mundo*.

A fala não se restringe apenas à comunicação cotidiana, pois também a escuta e o silêncio pertencem à linguagem falada como possibilidades intrínsecas: a escuta é constitutiva da fala. Não dizemos por acaso que não “compreendemos” quando não escutamos “bem”. Escutar é o estar aberto existencial da presença enquanto *Ser-com* os outros. O silêncio é uma outra possibilidade constitutiva da fala. Falar muito sobre alguma coisa não assegura em nada uma compreensão maior. Ao contrário, as falas

prolixas encobrem e emprestam ao que se compreendeu uma clareza aparente, ou seja, a compreensão da trivialidade. Silenciar, no entanto, não significa ficar mudo. Ao contrário, o mudo é a tendência “para dizer”. Como modo de fala, o estar em silêncio articula tão originariamente a compreensibilidade da *pre-sença* que dele provém o verdadeiro poder escutar (HEIDEGGER, 2015).

De acordo com Lima et al. (2021), para que de fato aconteça a inserção de um cuidado de qualidade, os profissionais de saúde devem ficar atentos às diversas formas de comunicação, seja de forma verbal, corporal, seja por meio do silêncio, pois até mesmo as pacientes que se calam, ali fica evidenciado que elas têm muito mais a falar.

A capacidade de escuta, sem prejulgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades (BRASIL, 2011).

Faz-se necessária a compreensão da importância do atendimento holístico de forma subjetiva, não de forma mecânica seguindo apenas protocolos. O atendimento holístico visa perceber que existe um ser biopsicossocial e espiritual que possui suas singularidades e cabe aos profissionais respeitar esta mulher, assim sabendo intervir de forma coerente e imparcial nas situações que possam ocorrer durante o cuidado (SILVA et al., 2020).

Nesse sentido, a oferta de um cuidado de qualidade a essa mulher deve ir além do cuidar biológico, baseado em protocolos e rotinas, mas sim desenvolvendo um olhar atento para o seu existir enquanto *Ser-mulher* vivenciando o abortamento.

Percebe-se, por meio dos discursos, que a situação de abortamento é um grande gerador de sentimentos de tristeza para a mulher, como evidenciado na fala a seguir:

“Eu senti muita tristeza, chorei muito (voz trêmula, choro), porque... a partir do momento que gera um coraçãozinho já se torna uma vida (choro). É uma vida interrompida naquele momento né? Fiquei muito triste, fiquei sem palavras, sem chão. Ali... não tenho nem palavras pra dizer o que eu senti naquele momento, por que foi um momento de pura tristeza... Porque você esperar algo e seu útero expulsar, como um lixo, dentro de um vaso... e ir pro lixo. Foi muito triste, foi horrível, demais, sem palavras”. (Girassol)

O não existir da gravidez é o que é desvelado na *pre-sença* do abortamento, o que possibilitará o surgimento do sentimento de tristeza.

O sentimento de tristeza constitui-se como uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outros tipos adversidades. Essa resposta representa uma adaptação do ser humano, uma vez que, a partir do retraimento, poupa-se energia e recursos para experiências futuras. Para a mulher que vivenciou o abortamento, os sentimentos de tristeza são esperados, pois a gravidez é um momento que existe antecedente à perda, gera expectativas que engloba planos, sentimentos e pensamentos. Há um vínculo precoce ao idealizar a vinda de uma criança, e esse vínculo foi quebrado (LUCENA, 2016).

Para Heidegger (2015), o sofrimento é sentido por estarmos na maior parte das vezes mergulhados no cotidiano impessoal e sofremos influências da facticidade na qual nos encontramos, no caso os valores morais e éticos da sociedade. E é essa a condição mesma de ser-no-mundo. A facticidade em que nos encontramos nos constitui e em grande parte nos define, a partir do momento em que nossas possibilidades e escolhas estão atreladas ao contexto em que nos encontramos.

Na situação em que a mulher enquanto *Ser-no-mundo* vivencia o abortamento, emerge o medo e o temor, não somente a mulher que passa pelas vivências, bem como aqueles que estão em seu mundo circundante.

“Eu ‘tô’ tão triste, Só Deus sabe como é que eu ‘tô’, mas quem está sofrendo muito mais é meu marido, porque ele queria muito”. (Rosa)

“Ele ficou desesperado, quando ele soube. Pra ele foi difícil. Eu acho que o que mais me abalou naquela hora não foi nem a perda em si, foi ter visto como ele ficou. Porque eu não esperava, ele é uma pessoa muito contida, de guardar sentimentos e ver ele daquele jeito... totalmente sem armadura nenhuma, pra mim... acabou comigo aquilo ali (choro)”. (Lírio)

Para Heidegger (2015), a dimensão do *temor* é uma ameaça de algo que subitamente pode acontecer. Apenas o ente em que está em jogo o seu próprio ser pode temer. Se teme aquilo que ameaça, é aquilo que está em risco, podendo ser a própria existência ou ainda a ameaça da convivência com o outro. Essa ameaça pode se estender ao outro, é o medo, tristeza, pelo outro. Para o filósofo, a preocupação é a característica do *Ser-aí* com o *Ser-com* e diz respeito a um coexistir autêntico na convivência cotidiana.

Nesse temor, a mulher pensa no seu companheiro, nos seus anseios e sentimentos; ela teme em lugar do outro. Temer em lugar do outro é um modo de

disposição junto aos outros. E, neste caso, a mulher que vivencia o abortamento teme duplamente: por si e pelo outro.

De acordo com Azevedo (2017), a singularidade do existir dessas mulheres requer um cuidado atento e zeloso, com demandas existenciais que necessitam de olhar cauteloso, com modo de ser envolto na preocupação e no cuidado com o outro.

O *Ser-mulher* na vivência do abortamento está lançado frente ao sentimento de angústia, enquanto *pre-sença*, negando-se o distanciar-se do seu filho.

“No dia que aconteceu, ‘tava’ ele na sala, ‘tava’ minha irmã na cozinha e minha filha na sala também. E eu ‘tava’ chorando lá, e olhando sozinha dentro do banheiro, porque naquele momento é só você e o feto, ninguém vai saber assim quem é de fora. Não sente o que você ‘tá’ sentindo não, é só você e a criança, você e o bebê. Aí quando eu vi saindo os bolos de sangue, eu saí pegando tudo dentro da água e foi tão forte que eu nem deixei dá descarga”. (Girassol)

“É algo muito ruim né?... e você chegar a ver... já tá tão, tão formadinho. É muito ruim!”. (Tulipa)

Culturalmente, o homem é ensinado a lidar com a vida, sendo a morte evitada e afastada de seu pensamento, como se fôssemos imortais e como se a morte não fizesse parte da vida. No mesmo sentido, acontece com o abortamento: a mulher é preparada para a gravidez e para o parto, são transmitidas orientações, mas não é preparada para o aborto, pois, assim como a morte, ele nunca é esperado. Nesse contexto, o aborto acontece na maioria das vezes em silêncio, permeado pela angústia e pela solidão (CALASI, 2016).

Enquanto fim da presença, a morte é a possibilidade mais própria, absoluta, certa e como tal determinada e inultrapassável do *Ser-aí*, que passa a perceber-se como um *Ser-para-morte* (HEIDEGGER, 2015).

Para Heidegger (2015), a angústia é uma estrutura fundamental, que permite ao *Dasein* libertar-se do peso que lhe é imposto cotidianamente. Por meio da angústia, o *Ser* é remetido à liberdade e à responsabilidade, projetando-se para novas escolhas. A angústia proporciona uma compreensão da sua finitude. A angústia é totalmente fundamental para a compreensão do homem. A angústia é capaz de remeter a totalidade da existência do *Ser* enquanto *Ser-no-mundo*.

A morte é uma possibilidade ontológica que deve ser assumida pela própria presença. Nessa possibilidade, o *estar-presente* apresenta-se ameaçado, visto que considera que a existência é totalmente afetada pela morte ou pelo *Ser-para-morte*.

Assim, define a morte como um fenômeno da vida, pois o ser é, por si, um *Ser-no-mundo*, e o *estar-no-mundo* é viver, e a morte é a possibilidade da impossibilidade de existir (HEIDEGGER, 2015).

Lamentavelmente, vivenciar o abortamento repercute de forma intensa e negativa na vida de cada mulher, trazendo consigo traumas, medos e questionamentos sobre a vida. Por se tratar de uma perda precoce e inesperada provoca uma confusão no “mundo próprio”, uma vez que acabam as expectativas frente ao bebê, podendo afetar o presente, mas também os planos futuros.

Nos discursos a seguir, as participantes expressam o trauma vivenciado e sua preocupação com a integridade do próprio corpo, com sentimento de frustração pela perda, levantam questionamentos sobre a possibilidade de não mais poder gerar um novo filho, sentindo-se assim, incapaz ou não merecedora de uma nova gestação.

“...Mas, fica o trauma! (choro). Aí disseram, você tá com 33 anos, também tem essa questão... Que eu ‘tô’ me sentindo velha, também, ‘tô’ me sentindo velha para ser mãe. A menina aqui do meu lado mesmo tem 15 anos. São muitos pensamentos negativos né? Eu jamais pensei que isso iria acontecer. E essa é a minha experiência! Eu ‘tô’ frustrada, aquela sensação de não ser merecedora de mais um filho, de impotente, de doente. Botei na cabeça que meu útero deve estar com algum problema, por isso ele não resistiu... É isso! Eu sempre sonhei em ser mãe. Mas, nunca, nunca imaginei que seria mãe de anjo! Fica o trauma, o medo de acontecer de novo! Eu vou ter que trabalhar o meu psicológico”. (Jasmin)

Percebe-se nos discursos que os aspectos emocionais e psicológicos de cada mulher são profundos e atingem dimensões diversas, porquanto o *Ser-mulher* na cotidianidade da presença, não obteve o suporte que a possibilitasse vivenciar o abortamento enquanto amadurecimento do ser lançado no mundo.

Por outro lado, esses aspectos não devem ser negligenciados. É importante levá-los em consideração. A busca por um acompanhamento psicológico faz-se necessário para minimizar os impactos negativos da perda e contribuir com a saúde mental das mulheres. Mediante o cuidado da equipe multidisciplinar em saúde, a assistência ao *Ser-mulher* e o cuidado em sua essência terão possibilidades de alcançar a existencialidade do *ser* na vivência do abortamento.

De acordo com Lucena (2016), a equipe de saúde é de fundamental importância na assistência à mulher, já que esta se encontra vulnerável e precisa de uma equipe que compreenda suas necessidades, não somente físicas, mas também as sociais e psicológicas. Esse apoio ajuda a mulher a entender os possíveis significados do

abortamento que, muitas vezes, se traduz por frustrações e sensações pela incapacidade de engravidar novamente.

As diversas reações da mulher frente ao abortamento podem ser influenciadas pelo grau de investimento na gravidez e pela vinculação que a mãe sente pelo feto. Ao contrário do que alguns pensam, as reações de sentimentos de perda não são necessariamente influenciadas pelo tempo de gestação, mas sim com esse vínculo afetivo e efetivo construído entre mãe e filho e independe do tempo (ALVES *et al.*, 2017).

Deve ser considerado o papel de cada profissional de saúde na promoção do acolhimento e da orientação, estando relacionado a sua formação profissional. No tocante à escuta, é fundamental considerar a atenção psicológica às mulheres em abortamento, integrando os psicólogos no atendimento, com suas respectivas especificidades na atenção à saúde. A enfermagem também tem um papel diferenciado por estar presente na porta de entrada durante o procedimento obstétrico e na fase de recuperação clínica da mulher na unidade de saúde (BRASIL, 2011).

O discurso a seguir traz expressão do sentimento de culpa. Entende-se que a culpa referida pelas participantes não é, necessariamente, por ter tido eventual intenção de aborto. Mesmo para as mulheres com histórico de abortamento espontâneo, essa culpa emerge. É um sentimento de outra natureza, de frustração por não ter conseguido levar a gestação a diante.

“Não entendi as causas, mas eu percebi desde o início que tinha coisa errada. Eu sentia, eu sentia que tinha uma coisa errada, mas eu não dei a importância de ficar de repouso, por isso que eu me sinto culpada, ele também... Ele se culpou muito achou que ele poderia me deixar em casa.” (Jasmin)

A mulher enquanto *Ser-existencial* não se lançou no cumprimento da recomendação profissional para manter o repouso, culpabilizando-se pelo abortamento. O aborto tratado como um tema tão complexo, permeado por critérios éticos, morais e religiosos, amedronta as mulheres, levando-as ao sentimento de culpa ou ainda o medo de ser culpada e acusada, até pelo modo como enfrentou todo o processo.

A culpa e os problemas psicológicos são sinais de feridas psicológicas sofridas pelas mulheres pela interrupção da gestação, indicando quão profundamente o aborto às sensibiliza, fazendo-as sofrer física e emocionalmente, e quando não encontram nos

serviços de saúde profissionais capazes de atender a suas necessidades esse sofrimento pode se intensificar (LIMA *et al.*, 2017).

De acordo com Heidegger (2015), o sentimento de culpa está presente no Ser na forma cotidiana ou impessoal de sentir o débito existencial. O débito é um chamamento, uma abertura para escolher o seu *poder-ser-próprio*. Diante das possibilidades de Ser em sua abertura no mundo, fica em débito, pois não poderá realizar todas.

A participante a seguir revela no seu discurso que foi exposta à situação de preconceito e julgamento, quando diante da assistência foram levantados questionamentos sobre a prática do abortamento, com suspeitas de que se tratava de um aborto que fora induzido.

“Sim, e ainda teve aqui a questão de me perguntarem se ‘foi’ eu que provoquei, se foi um aborto provocado!” (Jasmin)

A discriminação nos serviços de saúde acontece de forma recorrente para as mulheres em situação de abortamento, de forma direta e indireta, com tratamento não digno, julgamento moral e constrangimentos que são revertidos em práticas violentas no momento do atendimento. O tratamento recebido nos hospitais termina inclusive por atingir as mulheres com abortamento espontâneo, com suspeitas de tê-lo provocado (GOES *et al.*, 2020).

Enquanto *Ser-no-mundo* vivenciando o abortamento, a mulher está em disposição para julgamentos em seu modo de existir (HEIDEGGER, 2015).

Diante do atendimento às situações de abortamento, a equipe de saúde necessita refletir sobre a influência de suas palavras, posturas e convicções pessoais na prática profissional, para que dessa forma possa ter uma assistência livre de julgamentos e rotulações. Entretanto, ao buscar os serviços de saúde, as mulheres com frequência vivenciam situações de violência institucional, em especial o descaso no momento do atendimento e a pressão da parte de profissionais para que admitam que induziram o aborto (BRASIL, 2011).

O acolhimento é o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir que têm mulheres e homens, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde. É fundamental reconhecer que a qualidade da atenção almejada inclui aspectos relativos à sua humanização, incitando profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e

religiosos, a preservarem uma postura ética, garantindo o respeito aos direitos humanos das mulheres (BRASIL, 2011).

A empatia significa entrar no mundo da outra pessoa e sentir-se à vontade dentro dele. Requer sensibilidade para perceber os sentimentos do outro como ele o percebe. Significa viver temporariamente a vida da outra pessoa sem julgamentos. Ser empático é ser um companheiro confiante, deixando de lado, neste momento, os pontos de vista e valores para entrar no mundo do outro sem preconceito, colocando de lado o nosso próprio eu (LUCENA, 2016).

Nas falas a seguir, as participantes relatam aspectos relacionados à assistência em seu contexto físico, estrutural, por exemplo, a experiência de dividir a enfermaria com outras mulheres (puérperas) que se encontravam com seus bebês vivos e saudáveis.

“Essa moça aí do lado, daqui eu fico ouvindo né? Ela conversando com o bebê dela. O choro do bebê... (silêncio)”. (Lírio)

“Eu fico imaginando que eu poderia estar assim também. Que poderia ser eu com meu filho. Mas eu vou sair daqui sem o meu filho! É um trauma! É um vazio que...(silêncio), eu nem sei... (voz trêmula, choro)”. (Jasmin)

A convivência com os bebês leva as mulheres a se imaginarem no lugar das parturientes, enquanto *Ser-mulher na ex-istencialidade* da maternidade, e a pensarem num futuro que poderia ter se concretizado. Essa convivência forçada evidencia a organização das maternidades na assistência às mulheres em abortamento e colaboram para uma experiência mais sofrida e traumática.

De acordo com Madeiro & Rufino (2017), poucas maternidades e hospitais públicos brasileiros contam com enfermarias específicas para o cuidado de mulheres que abortam. A ausência de espaços separados para atender às especificidades das mulheres no pós-aborto pode significar mais uma forma de discriminação, punição e violência institucional.

As mulheres que vivenciam essa situação referem desconforto por dividir as enfermarias com puérperas e seus recém-nascidos. Os estudos relatam sentimentos de mal-estar, tristeza, constrangimento e piora do sentimento de culpa. Vale ressaltar que o choro dos bebês, o ambiente de alegria familiar e a visão da amamentação também são apontadas como aspectos que geram desconforto, sendo necessário um ambiente adequado e individualizado para atender às demandas dessas mulheres (MADEIRO; RUFINO, 2017).

Brito *et al.* (2015) enfatizam que as mulheres em abortamento vivenciam situações de violência, quando são ameaçadas, tratadas com agressividade e expostas a ambientes compartilhados (alojamento conjunto, com mães e recém-nascidos).

A presente unidade de significado desvelou a complexidade de *Ser-mulher* na vivência do abortamento. As mulheres são lançadas no contexto de dor, tristeza, sofrimento, medo, angústia, repercutindo no *Ser-com-o-outro*. Nesse sentido, a partir desses processos vivenciados durante o abortamento, a mulher inicia um caminho em busca da compreensão desse vivido, conforme se apresenta na unidade de significação a seguir.

4.2.3 *Ser-mulher* compreendendo o processo de abortamento

Esta unidade de significado emergiu nos discursos das participantes, no momento em que elas iniciam um processo de compreensão sobre o abortamento. A partir daí, elas constroem novas formas de enfrentamento ao que agora está posto, buscando assim dar um novo significado a vivência desse fenômeno.

As participantes buscam novos artifícios na tentativa de minimizar ou superar os processos decorrentes de tudo que foi vivenciado. Nas suas falas, referem uma busca por um suporte na dimensão espiritual, na tentativa de compreender e aceitar tudo que está acontecendo ou aconteceu na sua vida.

“Hoje entendo que era pra ser assim! Eu sou muito baseada na minha fé. Então, eu acho que se aconteceu, então pra Deus não era o momento certo ainda. Pra Ele não ‘era’ os planos dele pra minha vida ainda. Então... só cabe a mim aceitar! Eu não posso fazer mais nada! Muito menos discutir com ele. É difícil lógico, mas é melhor do que eu ficar remoendo aquilo, ficar me perguntando por que comigo, por que aconteceu.” (Lírio)

“E infelizmente, pra quem perdeu os seus bebês, é ter força só de Deus, porque não tem outra. Eu posso chegar pra você e dizer: ‘Não fique assim, você vai engravidar de novo’, mas não tem palavra que lhe conforte se não for, é... se você não conversar com Deus. É uma coisa íntima que a gente acaba pegando assim do nada, sabe? Você não pode fazer nada, e fica de mãos atadas, sem saber de onde pegar forças. Olha pra mãe, pra marido, pra filho, olha pra tudo, mas a força só vem de Deus mesmo”. (Girassol)

“A gente ‘tá’ tentando entender, né? Tudo o que for pra acontecer, tem que acontecer sabe. Eu acredito que... se não foi agora, era porque não era a hora, Deus sabe de tudo”. (Bromélia)

Nos relatos, evidencia-se a busca por um conforto, um consolo, diante de tudo que foi vivenciado. As participantes enfatizam a fé e a espiritualidade como aspectos essenciais, que dão força para seguir e base a sua sustentação, para assim conseguirem perpassar por esse momento de dor e sofrimento.

De acordo com Silva (2019), a espiritualidade é uma das dimensões da experiência humana. Expressa-se pela busca interior do ser humano e pelo significado construído, por meio de suas crenças, valores e princípios, que possam resgatar o sentido da vida e, assim, possibilitar as inter-relações com o divino, com a natureza e consigo mesmo.

A religiosidade e espiritualidade passam a representar uma importante ferramenta de suporte emocional, que reflete de forma significativa na saúde física e mental das pessoas, e é uma dimensão sociocultural que faz parte da rede de significados criada pela pessoa para dar sentido à vida e à morte (REIS; MENEZES, 2017).

A espiritualidade representa, neste contexto, uma motivação e o consolo para acreditar que as coisas irão desdobrar-se da melhor maneira possível. A religiosidade e a espiritualidade podem apresentar-se como importantes estratégias de enfrentamento em situações consideradas difíceis, como no caso de diagnósticos que são permeados por eventos estressores (ALVES, 2016).

As estratégias de enfrentamento são definidas como resiliência, que está relacionada com a capacidade do indivíduo de recuperação e adaptação diante de danos, adversidades e situações desgastantes. Nesse contexto, o indivíduo que utiliza suas características pessoais e seu equilíbrio mental tem mais possibilidade para suportar as adversidades impostas pelo curso da vida, desenvolvendo assim atitudes resilientes (BROLESE *et al.*, 2017).

Nesse sentido, Heidegger (2015) reforça que o homem enquanto *Ser-no-mundo*, ao mesmo tempo em que é transformado pelo mundo, também o transforma sendo, portanto, capaz de ir além das possibilidades, criando novas possibilidades.

Observa-se também que as mulheres relatam uma busca nas explicações pautadas na espiritualidade, procurando consolo no pensamento de que “foi algo da permissão de Deus”, que ela foi “poupada de um sofrimento maior no futuro”, e acreditam que “depois irão tirar uma lição de todo o vivido”.

“Aconteceu assim, tudo rápido, de repente. Mas eu acredito que foi pela permissão de Deus, eu tenho isso na minha cabeça, eu tenho isso comigo, que nada acontece por acaso, tudo tem um propósito. Se eu perdi agora, é porque não era pra ser, talvez nascesse doente, ou... nada, nada é em vão! Uma folha não cai da árvore sem a permissão Dele. Eu coloquei na cabeça que Deus sabe de todas as coisas, foi melhor agora no início... do que a gestação crescer, e tudo e não dar certo lá na frente, né! Infelizmente não foi da vontade de Deus”. (Orquídea)

“Minha mãe falou e foi até o que me consolou depois, me disseram que... Deus levou agora, porque me poupou de um sofrimento maior no futuro né? Se a gestação tivesse continuado, talvez ele nascesse com algum problema de saúde e meu sofrimento seria eterno. Eu coloquei na cabeça que Deus me poupou de um sofrimento maior no futuro. Eu acredito nisso (silêncio) e acabei aceitando”. (Jasmin)

De acordo com Lemos e Cunha (2015), as mulheres em abortamento procuram atribuir um sentido para a sua perda. Nos discursos foi comum a tentativa de buscar explicações para compreender e dar sentido à perda. Nesse sentido, a mulher tenta preencher o vazio deixado pela perda, buscando explicações objetivas e acreditando que poderiam acontecer maiores complicações, caso a gestação fosse levada adiante.

Na vivência do cotidiano, a possibilidade de uma rede de apoio ativa e presente pode se configurar como um aspecto de grande relevância para o enfrentamento e suporte das necessidades emocionais de cada mulher, como demonstram as falas a seguir:

“(...) Depois de tudo, eu recebi muito apoio, das minhas colegas de trabalho, familiares, e da minha mãe”. (Jasmin)

“E sua vida não pode acabar ali! Você tem uma família, quem é casado, quem engravida tem uma família, aí tem que pensar no futuro, que você vai superar, vai conseguir passar por tudo isso”. (Girassol)

Dessa maneira, percebe-se nos relatos que a presença de familiares, amigos e dos filhos exerceram um papel fundamental de sustentação à mulher que vivenciou tamanha perda.

Para Heidegger (2015), diante do mundo, nos encontramos também lançados frente às nossas próprias possibilidades de ser, realizando-as nas relações, familiaridades e redes de sentido que vão dando suporte em nossa trajetória existencial.

A presença de uma pessoa próxima que demonstre preocupação e que traga apoio neste momento de desamparo é fundamental para o equilíbrio emocional da

mulher. Não só no primeiro momento, de diagnóstico, internação, mas também após a alta hospitalar, são os familiares e amigos que estão em contato direto com a mulher enlutada e que poderão fazer toda diferença no processo de luto pela perda (LEMOS; CUNHA, 2015).

Nesse sentido, Heidegger (2015) refere a importância das relações estabelecidas, o *ser-com* que é um modo de *Ser-no-mundo-com-os-outros*. O *Ser-com* indica a natureza relacional do humano demonstrando que todo *Ser* é sempre relacional em um mundo que é compartilhado.

Fica evidente nos discursos quanto o *Ser-mulher* valorizava a presença e o apoio fornecido pelas pessoas próximas, sobretudo, destacam a possibilidade de *Ser-com-outra-filha*, essa relação desperta novas possibilidades de *Ser*, e desencadeia sentimentos de força e esperança possibilitando escrever uma nova história.

“Também ter a minha filha, eu acho que isso me dá mais força de continuar, eu já tenho uma, de 5 anos. Eu acho também que se fosse o primeiro, talvez... eu teria ficado mais abalada, né!? Porque a pessoa perder um primeiro filho, é muito doloroso!” (Orquídea)

“Vou seguir com meu outro filho, tenho que pensar nele, ele tá sempre comigo e eu carrego sempre pra onde eu for (sorrir)”. (Jasmin)

Para Heidegger (2015), o *Ser* é considerado como ser de presença; ele é um *ser-no-mundo* descobrindo-se sempre como *Ser-com*. A preocupação, também chamada solicitude, refere-se a essa *com-vivência*, em que compartilhamos o mundo com outros.

Por conseguinte, a presente unidade de significado desvelou o *Ser-mulher* compreendendo o processo do abortamento. As participantes reforçam seus preceitos de fé e espiritualidade como suporte para vivenciar o abortamento, buscam ainda justificativas na espiritualidade que lhes tragam um conforto de que “aconteceu o que deveria ter acontecido”, sobretudo, reforçam a importância do apoio e suporte da família, amigos e filhos ao longo de todo processo. A partir deste contexto, a mulher inicia um movimento de ressignificação do vivido, conforme apresentado na unidade de significação seguinte.

4.2.4 *Ser-mulher* ressignificando o processo de abortamento

Nesta unidade de significação, as participantes trazem em seus discursos as suas expectativas com o que virá. Elas apresentam seus planejamentos para o futuro, no

sentido de seguir e dar continuidade aos rumos de suas vidas, elas voltam a olhar e pensar nelas mesmas, no seu trabalho e na carreira profissional.

“Eu ‘tô’ tentando levar minha vida normal, vou tentar né? Voltar ao normal...” (Margarida)

“E eu ‘tô’ aqui... firme e forte né? Preparada pra pensar no amanhã. Voltar ao trabalho, à rotina. E a gente começa a ter força pra poder seguir a vida, porque se ficar presa numa criança que perdeu, vai entrar numa depressão. Sua vida não vai andar!” (Girassol)

“E eu pretendo seguir a minha vida, inclusive eu tenho outras propostas de trabalho. Aí como eu não tenho mais meu bebê, eu acho que vou continuar na pedagogia, continuar com nosso trabalho que eu ‘tava’ um pouco distante, vou concluir a minha pós-graduação. Continuar os meus planos profissionais”. (Jasmin)

A aceitação da perda começa a ocorrer aos poucos de maneira progressiva, à medida que as memórias dolorosas vão diminuindo e dão lugar à esperança no futuro.

Denota-se, nas entrevistas, de forma velada, a referência à convicção de que o tempo é o melhor remédio, ajudando a aceitar o acontecimento vivido em sua temporalidade (CAMARNEIRO *et al.*, 2015).

De acordo com Heidegger (2015), o *Ser* como ser temporal apresenta-se como em suas potencialidades para *vir-a-ser*, a partir dos seus vividos e projetando-se para o que será em seu futuro. Portanto, projeta-se em direção ao que está por vir.

Destaca-se na fala das mulheres o desejo de uma nova gestação, como oportunidade de retornar à maternidade e refazer sua história. Esse desejo tende a permanecer vivo e é comum nos discursos das participantes.

“Eu ‘tô’ pensando em tentar um filho no próximo ano. Eu tenho esse pensamento, mas eu vou me cuidar primeiramente, ver a questão do meu útero, da minha saúde direitinho.” (Jasmin)

“Eu perdi, mas eu ‘tô’ com minha consciência tranquila e eu vou tentar de novo né? Seja como Deus quiser”. (Rosa)

“E assim, eu ‘tô’ levando minha vida, voltar tudo ao normal. Vou ver no começo do outro ano que vem, se eu vou tentar de novo, pra ver se dá certo agora”. (Margarida)

Apesar de toda experiência vivida, não é retirado dessas mulheres o desejo de engravidar novamente. Com o decorrer do processo de perda, uma segunda gravidez é encarada com otimismo, surgindo a possibilidade de lançar-se a essa nova vivência.

Segundo Camarneiro *et al.* (2015), a mulher procura apoio na esperança de engravidar novamente, cuja gravidez será vista como uma solução para ultrapassar o sofrimento. Vão, assim, tomando consciência progressiva das etapas ultrapassadas e, aos poucos, preparam-se para seguir adiante. Embora o sofrimento do abortamento fosse real, as mulheres não abandonaram o desejo de ser mãe.

A transcendência da mulher em desejar vivenciar uma nova maternidade, revela a sua *exi-sistencialidade* na temporalidade, enquanto *Ser-no-mundo*.

Nesse sentido, Heidegger (2015) identifica o ser como *transcendente*, porque estamos constantemente no espaço de intersecção entre o que é desvelado da situação via compreensão e o modo como somos afetados e respondemos ao mundo.

A transcendência é, portanto, esta capacidade do indivíduo de projetar-se para algo além de si mesmo e descobrir-se, encontrando sentido para a sua existência. Existir significa antecipar as possibilidades, projetando-se para fora de si, sem perder o contato com o mundo no qual está inserido, do qual o *Ser* é inseparável (HEIDEGGER, 2015).

Nesse sentido, de acordo com Ministério da Saúde, os profissionais de saúde devem ofertar no pós-abortamento, as orientações sobre planejamento reprodutivo para aquelas mulheres que ainda desejam engravidar, ou para aquelas que não desejam ter filhos, passando a adotar métodos de contracepção evitando novos abortos de repetição, bem como a realização do planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Diante dessa abordagem, essa unidade de significado desvelou que à medida que a mulher vai compreendendo o vivido, busca possibilidades para seguir sua vida, iniciando um processo de projetar idealizações e planos para o futuro, apresentando o trabalho e a projeção de um novo filho como uma forma de ressignificação do processo vivido.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fenomenologia como referencial teórico e metodológico trouxe uma perspectiva de apoio para a investigação do fenômeno, a partir da atitude e do posicionamento da pessoa, compreendida enquanto ser existencial.

Tendo em vista a dimensão dos discursos e a profundidade contida em cada fala que foi analisada a partir da fenomenologia existencial, tal referencial mostrou-se capaz de nos aproximar do vivido pela mulher enquanto *Ser-no-mundo* do abortamento, permitindo assim o desvelar do fenômeno.

Este estudo permitiu imergir nas vivências do abortamento. As inquietações iniciais que motivaram a sua realização foram gradativamente respondidas, e o significado do vivido pelas mulheres aos poucos foi sendo desvelado, desde o contato inicial com os primeiros sintomas, os significados atribuídos à vivência da perda e às expectativas de vida após o abortamento.

O surgimento dos primeiros sinais de alteração foi marcado por um contexto de desconhecimento e por vezes descredibilidade em relação à gravidade do que se apresentava em seu corpo. Quando recebem de fato o diagnóstico, remetem à incredibilidade da perda, e surpresa com a notícia, que muitas vezes foi dada pelo profissional de saúde de forma dura, pouco valorizando os sentimentos das mulheres.

A partir do momento que se percebem enquanto *Ser-mulher* vivenciando o abortamento, emergem diversos sentimentos relacionados à perda: medo, tristeza, culpa, angústia, dor, julgamentos, preconceitos, entre outros, porém esses sentimentos aos poucos tendem a ser superados e minimizados, à medida que a mulher inicia um processo de compreensão do vivido, dando assim espaço para a ressignificação desse fenômeno.

Nesse processo de ressignificar, o *Ser-mulher* encontra suporte na religiosidade e fé, buscando assim, possibilidades de conforto na tentativa de compreender o vivido, bem como reforça importância de uma rede de apoio ao longo do seu processo. Por outro lado, apresentam seus planos e expectativas para o futuro, na possibilidade de existir enquanto ser lançada no mundo de possibilidades.

Diante da profundidade dos discursos, a realização desse estudo permitiu a constatação da necessidade de estratégias que vão além do cuidado imediato ao abortamento. São necessárias intervenções que levem em consideração uma assistência integral, voltada aos aspectos psicossociais, não cabendo aos profissionais a atribuição

de juízo de valor, mas sim a compreensão do vivido por cada mulher, desenvolvendo assim um cuidado de qualidade.

O desvelamento do fenômeno *Ser-mulher* vivenciando o abortamento revela-nos a importância do papel da equipe de saúde na qualidade da assistência ofertada. Portanto, é necessária a compreensão dos modos de *Ser-no-mundo* dessas mulheres, na perspectiva de elaborar intervenções que promovam mudanças na forma de assistir essas mulheres.

Dos fatores limitantes encontrados ao longo do estudo, pode-se citar a dificuldade de acesso aos cenários de pesquisa, bem como o acesso às depoentes devido às restrições e aos protocolos instituídos pelo contexto de pandemia que estamos vivenciando.

Por conseguinte, ressalta-se a importância de estudos futuros que busquem na abordagem fenomenológica um suporte para compreender a vivência do parceiro ao longo do processo de abortamento, gerando assim novas descobertas e desvelando significados ocultos acerca desta temática.

REFERÊNCIAS

- ALVES, I. D. O. L. *et al.* Abortamento espontâneo: vivência e significado em psicologia hospitalar. **Revista Científica Semana Acadêmica**, ano 2018, n. 105, mar. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3x56S2z>. Acesso em: 20 maio 2021.
- ALVES, K. de M. C. *et al.* The experience of parents of children with cancer in treatment failure conditions. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 25, n. 02 e2120014, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002120014>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- ARAÚJO, A. D. *et al.* O enfrentamento da mulher após o aborto espontâneo. **Revista eletrônica.html**, v.10, n.3, p.42-57, jul. 2020.
- AUGUSTO, C. A. *et al.* Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). **Rev. Econ. Sociol. Rural**, v. 51, n. 4, p. 745-764, dez. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3kSZWTI>. Acesso em: 21 maio 2021.
- AZEVEDO, J. L. Selbstsorge – cuidado de si e fürsorge – preocupação a partir de Heidegger: análise ontológica em relação a educação. **Revista Linguagem, Ensino e Educação**, v. 1, n. 1, p. 1-8, mar. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unesc.net/lendu/article/view/3222/2942>. Acesso em: 16 set. de 2018.
- SILVA, W. B. *et al.* Vivência da espiritualidade em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241325/32717>. Acesso em: 25 jun. 2021.
- BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 37, n. 2, p. 59-71, junho de 2003. Disponível em: <https://bit.ly/3y3Ezml>. Acesso em: 13 maio 2021.
- BOFF, L. O Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2. p. 392, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.31002019>. Acesso em: 22 jun. 2021.
- BORGES, A.L.V. Contracepção pós- abortamento: relação com a atenção em contracepção e intenção reprodutiva. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.2, :e00102015, fev. 2016.
- BORSARI, C. M. G. **Aborto provocado: Vivência e significado: um estudo fundamentado na fenomenologia.** 2012. 142 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: CNS, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portal Brasil. Saúde. **OMS: Brasil reduz mortalidade materna em 43% de 1990 a 2013**, Brasília: Portal Brasil, 2014.

BRITO, R.S.; *et al.* Opinião de estudantes de enfermagem sobre aborto provocado. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 2, p. 115-124, abr./jun. 2015.

BROLESE, D.F. *et al.* Resiliência da equipe de saúde no cuidado a pessoas com transtornos mentais em um hospital psiquiátrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 51, e03230, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016026003230>. Acesso em: 18 maio 2020.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. de S. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface**, v. 17, n. 45, p. 405-418, jun. 2013. Disponível em: <https://bit.ly/3zzpc5M>. Acesso em: 21 maio 2021

CASALI, G. P. **Criminalização do aborto: os seus impactos na saúde da mulher brasileira**. 2016. 69f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso serviço social, Universidade Federal do Pampa, São Borja, Rio Grande do Sul, 2016.

CEPEDA SAAVEDRA, L. J. *et al.* Experiencia vivida frente al aborto inducido en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia **Rev. colomb. enferm**; 19(3)Dic 11, 2020.

DA ROSA, B. G. Perda gestacional: aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto. **Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, v. 9, n. 2, p. 86-99, jan. 2021. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/317>. Acesso em: 18 maio 2021.

DE PAULA, C. C. *et al.* Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 468-472, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063>. Acesso em: 21 jun. 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671-1681, jul. 2012. Disponível em: <https://bit.ly/3y6Ojwf>. Acesso em: 15 maio 2021.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3kTEs9A>. Acesso em: 13 maio 2021.

GALLI B, V. P. *et al.* **Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro na Paraíba**: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de João Pessoa e Campina Grande. Recife: Grupo Curumim, 2010.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. sup. 1, e00189618, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>. Acesso em: 22 jun. 2021.

HEIDEGGER M. **Ser e tempo**: parte I e II. Petrópolis: Vozes, 2015.

LEMOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. **Psicol. cienc. prof.**, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, dez. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/3zqHKOg>. Acesso em: 18 maio 2021.

LIMA, J. S. *et al.* Abortion in fertility: retrospective study in Alagoas in the period from 2006 to 2016. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e31710514892, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14892>. Acesso em: 13 maio 2021.

LIMA, L. M. *et al.* Humanized care for women in abortion: a reflective analysis. **Journal of Nursing UFPE**, v. 11, n. 12, p. 5074-5078, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25126>. Acesso em: 17 maio 2021.

LUCENA, M. J. **O cuidado de Enfermagem e o luto das mulheres em situação de aborto espontâneo**. 2016. 29 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563-72, 2016.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771-2780, ago. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3eSNIXs>. Acesso em: 13 maio 2021.

MARANHAO, T. A.; GOMES, K. R. O.; BARROS, I. C. Fatores preditores do abortamento entre jovens com experiência obstétrica. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 494-508, set. 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3yajYx6>. Acesso em: 13 maio 2021.

MATTOS, S. B. **Causas relacionadas ao aborto espontâneo**: uma revisão de literatura. 2015. 000 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2015.

MEDEIROS, W. de C. M. **A clínica psicológica e a experiência da espiritualidade de pacientes em cuidados paliativos**. Recife: UNICAP, 2012.

MENEZES, G.; AQUINO, E.M.L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p. s193-s204, 2009.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista pesquisa qualitativa**, v.5, n.7, p.01-12, abr. 2017

MUZA, J.C., *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.15, n.3, p. 34-48, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003. Acesso em: 28 jun. 2021.

OLIVEIRA, M. N.; CATAO, C. G. B.; DUTRA, E. M. S. Produção acadêmica sobre a desocupação em jovens recém-graduados: análise fenomenológico-existencial. **Rev. abordagem gestalt.**, v. 24, n. 3, p. 390-401, dez. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3iS6bVw>. Acesso em: 28 jun. 2021.

OLIVEIRA, M. T. S. *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 20, n. 2, p. 361-372, jun. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2WhwZqu>. Acesso em: 12 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. Local: OMS, 2013.

PEREIRA, A. de J. O Papel do Profissional Enfermeiro Frente ao Aborto em seus Aspectos Jurídicos, Físico e Emocionais. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 03, ed. 08, v. 07, p. 95-115, ago. 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/profissional-enfermeiro>. Acesso em: 16 maio 2020.

REBOUCAS, M. S. S.; DUTRA, E. M. do S. Não Nascer: algumas reflexões fenomenológico-existenciais sobre a história do aborto. **Psicol. estud.**, v. 16, n. 3, p. 419-428, set. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3x94M1I>. Acesso em: 12 maio 2021.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. de O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 4, p. 761-766, ago. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3i9I0Tn>. Acesso em: 21 maio 2021.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro: editora Guanabara Koogman, 2016.

ROCHA, W. B. *et al.* Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, 2015pp. 387-399. Disponível em: <https://bit.ly/3i2xiOb>. Acesso em: 17 jun. 2021.

RODRIGUES, W. F. G., *et al.* Abortamento: protocolo de assistência de enfermagem: relato de experiência. **Revista de Enfermagem UFPE**, v.11, n.8, p.3171-3175, ago. 2017.

SANTOS, D. L. A. dos; BRITO, R. S. de. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1293-313, 2014.

SILVA, B. A.; OLIVEIRA, G.S.; BRITO, A. P. G. Análise de conteúdo: uma perspectiva metodológica qualitativa no âmbito da pesquisa em Educação. **Cadernos da FUCAMP**, v.20, n.44, p.52-66, 2021.

SILVA, L. *et al.* Percepção das mulheres em situação de abortamento frente ao cuidado de enfermagem. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 44-55, fev. 2020.

TRONCO, C. S. *et al.* Significados da permanência do recém-nascido na UTI após a alta da mãe: estudo fenomenológico heideggeriano. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, abr. 2019

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 12, n. 3, p. 1-16, dez. 2017. Disponível em <https://bit.ly/2W8PVHJ>. Acesso em: 21 maio 2021.

ZANELLO, V.; PORTO, M. **Conselho Federal de Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s):** questões para a Psicologia. Brasília: CFP, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista**ROTEIRO DE ENTREVISTA****TÍTULO DO PROJETO: Ser-mulher na vivência do abortamento: um estudo Fenomenológico Existencial****PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Prof^a Dr^a: Jovânia Marques de Oliveira e Silva
Mestranda: Aysla Kalliny dos Reis****HOSPITAL:** _____**DATA:** _____**DADOS PESSOAIS**

Nome: _____

Como deseja ser chamada:

Idade: _____

Raça/ cor: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Paridade: _____

Profissão: _____

Nº de consultas de pré-natal: _____

Outros:

PERGUNTA NORTEADORA DA ENTREVISTA

Como foi para você vivenciar o processo de abortamento?

APÊNDICE B – Carta de autorização / Anuência



**HOSPITAL
VEREDAS**

Avenida Fernandes Lima s/nº, km 5
Parol
57055-000 Maceió, Al.
(82) 3218 0100 | 3218 0101
www.hospitalveredas.com.br

CARTA DE AUTORIZAÇÃO / ANUÊNCIA

Eu, Dr. João Lourival de Souza Junior CRM 4034, abaixo assinado, Gerente de Ensino da Fundação Hospital da Agro Indústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas inscrita no CNPJ, 12.291.290/0001-59, tenho ciência e autorizo a realização do estudo "O SER MULHER NEGRA NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO: UM ESTUDO À LUZ DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL" a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição ao qual represento.

Declaro ainda, que esta pesquisa somente terá início após a aprovação pelo **Comitê de Ética em Pesquisa – UFAL** qual deverá ser apresentado a mim; conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução **CNS 466/12**. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Maceió, 03 de Fevereiro de 2020.

João Lourival de Souza Junior
Gerente de Ensino



LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES

Pesquisador principal:

Profª Dra. Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Orientandas:

Aysla Kalliny dos Reis

APÊNDICE C -Termo de Concordância



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

Termo de Concordância

Maceió, 17 de fevereiro de 2020

Ilmo(a) Sr(a) Chefe da Maternidade:

Assunto: Autorização para realizar pesquisa científica no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL/EBSERH. Solicito sua autorização para realizar o projeto de pesquisa "O SER-MULHER NEGRA NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO UM ESTUDO À LUZ DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL", cadastrado na Gerência de Ensino e Pesquisa sob protocolo 907, obteve parecer favorável inicial do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH, sendo imprescindível o de acordo da viabilidade desta pesquisa neste setor.

Esclarecemos que esta pesquisa só será **AUTORIZADA** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

Jovânia Marques de Oliveira e Silva,

Coordenadora de Ensino e Pesquisa
CRAM 588
HUPAA/EBSERH/UFAL

Assinatura e carimbo do (a) Chefe da Maternidade

Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica
Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes
Av. Lourival Melo Mota, S/N
Tabuleiro do Martins – Maceió - AL
CEP: 57072-900
Fone: 3202-3719 / 8121-1808

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **Ser-mulher na vivência do abortamento: um estudo à luz da fenomenologia existencial** que está sob a responsabilidade dos pesquisadores Prof^ª Dr^ª Jovânia Marques de Oliveira e Silva e Aysla Kalliny dos Reis. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a compreender a vivência de mulheres diante do processo de abortamento espontâneo;
2. A importância deste estudo é a necessidade de melhoria da assistência, aproximando os profissionais de enfermagem à assistência em saúde desse grupo, de acordo com a vivência de cada mulher.
3. A coleta de dados iniciará após aprovação do Comitê de Ética e está prevista para começar em Julho/2020 e terminar em Setembro/2020;
4. O estudo será feito da seguinte maneira: As mulheres que atendam aos critérios de inclusão serão convidadas a participar da pesquisa através de rodas de conversa, momento de primeira aproximação entre a pesquisadora e as participantes. As participantes serão entrevistadas, em uma sala reservada, a entrevista será gravada em aparelho eletrônico, as falas serão transcritas e analisadas pelo pesquisador. A entrevista não terá um tempo definido e poderá ser interrompida quando a participante desejar.
5. A sua participação será nas seguintes etapas: Lendo e assinando o TCLE; e participando da entrevista.
6. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental:
Podem ocorrer em decorrência do constrangimento em responder a entrevista. Para minimizá-lo, a entrevista acontecerá em ambiente reservado, será respeitada a sua autonomia e dignidade. Pode sentir-se emocionado, ansioso ao falar e relembrar os fatos, para minimizar esses incômodos será respeitada o tempo do participante, pausando a entrevista quantas vezes for necessário, e retornará a entrevista assim que possível.

7. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: Conhecer como são as vivências de mulheres que passaram pelo abortamento espontâneo; Contribuir com a ciência da enfermagem para uma assistência direcionada a mulher que vivencia o abortamento, respeitando a cultura, crenças, valores, saberes e práticas.

9. Você poderá contar com a seguinte assistência: caso ocorra qualquer problema de saúde, a pesquisadora verificara seus sinais vitais, e caso seja necessário, solicitará avaliação da equipe do setor hospitalar do qual se encontre.

10. Você será informado do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

14. Você será indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.

15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,
tendo

compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa (OBRIGATÓRIO): Instituição: Universidade Federal de Alagoas - UFAL Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade universitária.

Complemento: Escola de Enfermagem – Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF

Cidade/CEP: Maceió – AL, 57072- 970

Telefone: (82) 3214- 1171

Ponto de referência: Ao lado do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes

Contato de urgência: Sr(a).

Endereço:

Complemento:

Cidade/CEP:

Telefone:

Ponto de referência:

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

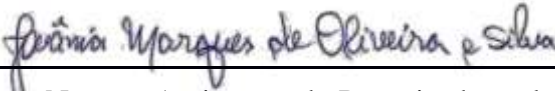
Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

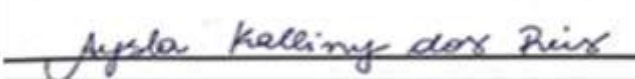
Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária

Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 às 12:00hs.

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió _____ de _____ de _____.

	
<p>Assinatura ou impressão datiloscópica d(o, a) voluntári(o, a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas</p>	<p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p> <p>Orientadora</p>


<p>Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p> <p>Mestranda</p>

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: O SER-MULHER NEGRA NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO: UM ESTUDO À LUZ DA FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Pesquisador: Jovânia Marques de Oliveira e Silva

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30578520.3.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.257.462

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica e referencial teórico proposto por Martin Heidegger. Em se tratando de aspectos não quantificáveis, optou-se pela fenomenologia como ferramenta metodológica, pois essa possibilita a compreensão do fenômeno à medida que o mesmo se apresenta em sua essência (HEIDEGGER, 2011)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a vivência da mulher negra frente o abortamento espontâneo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode ocorrer o constrangimento dos participantes em responder os questionamentos. Para minimizá-lo, a realização entrevista acontecerá numa sala reservada, sendo respeitada a autonomia e dignidade dos participantes. Os participantes da pesquisa poderão sentir-se emocionado, ansiosos ao falar e relembrar os fatos, para minimizar os incômodos será respeitada o tempo do participante, pausando a entrevista quantas vezes for necessário, e retornará a entrevista assim que possível.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.257.462

Benefícios:

Os benefícios advindos desta pesquisa permeiam pelas vertentes de fomentação de novos conhecimentos para comunidade científica e para sociedade em geral acerca do tema e apresentando um estudo confiável e disponível para uso na pesquisa e na prática profissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda, na qual as pesquisadoras sentiram a necessidade de ampliar os cenários para o estudo, tendo em vista o contexto de pandemia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados (documento de autorização do cenário), bem como os demais estão de acordo com os solicitados pela plataforma e me conformidade com as resoluções 466/12 e 510/16.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda apresentada e os documentos anexados atendem ao proposto pelas pesquisadoras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio; V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.257.462

protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_159394_6_E1.pdf	12/08/2020 14:01:16		Aceito
Outros	EMENDA.pdf	12/08/2020 13:59:40	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONCORDANCIA_HU.pdf	13/07/2020 00:06:43	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CARTADEACEITEHU.pdf	13/07/2020 00:04:59	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
Outros	CARTARESPPOSTACEP.pdf	05/05/2020 22:38:48	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMODIFICADOCEP.pdf	05/05/2020 22:37:22	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	05/05/2020 22:34:10	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	07/04/2020 17:30:40	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PUBLICIZACAO.pdf	07/04/2020 17:28:56	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	AUTORIZACAO.pdf	01/04/2020 18:36:59	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.257.462

Ausência	AUTORIZACAO.pdf	01/04/2020 18:36:59	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANUENCIA.pdf	01/04/2020 18:35:52	Jovânia Marques de Oliveira e Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 03 de setembro de 2020

Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com