



O impacto do aborto não induzido em gestantes

The impact of spontaneous abortion on pregnant women

El impacto del aborto espontáneo en gestantes

Thyla do Valle¹, Natalia Gleici Teixeira da Silva Sousa¹, Lilia Pimenta de Moraes Britto¹, Paula Valéria Dias Pena Costa¹, Joaquim Gabriel Lima dos Santos¹, Sarah Rodrigues Pinheiro¹, Stefane Mayana Menezes de Souza¹, Débora de Cássia Quaresma Silva¹, Gabrielly Bezerra Diniz¹, Noemy Thayane Duarte da Silva¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o impacto do aborto não induzido na vida das gestantes. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado no ambulatório de uma cidade no Estado do Pará. Participaram do estudo 17 gestantes com história obstétrica de abortamento não induzido. As entrevistas obtidas compuseram um *corpus* a ser analisado pelo software IRaMuTeq e o produto identificado a partir da análise de propostas por Bardin (2016), norteou o processo de análise de conteúdo das entrevistas. **Resultados:** O *corpus* criado a partir do IRaMuTeq foi constituído por um conjunto de 40 textos, correspondendo à coleção de entrevistas realizadas. Identificou-se 245 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 203 ST, a ocorrência de 8.195 palavras ou formas em destaque, totalizando 82,86%, os ST foram avaliados e classificados a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerando seis classes mediante o dedograma, que foram organizadas em duas categorias para apresentar os resultados e discuti-los posteriormente. **Conclusão:** Por fim, o trabalho alcançou os objetivos propostos e apresentou achados que ressaltam a relevância da temática abordada, contribuindo para estudos baseados em evidências científicas com foco no binômio mãe-bebê.

Palavras-chave: Gestantes, Aborto espontâneo, Luto materno, Impacto psicossocial.

ABSTRACT

Objective: To analyze the impact of spontaneous abortion on the lives of pregnant women. **Methods:** This is a descriptive qualitative study conducted at a clinic in a city in the state of Pará. The study included 17 pregnant women with a history of miscarriage. The interviews obtained formed a corpus to be analyzed using IRaMuTeq software, and the product identified from the analysis proposed by Bardin (2016) guided the process of content analysis of the interviews. **Results:** The corpus created from IRaMuTeq consisted of a set of 40 texts, corresponding to the collection of interviews conducted. A total of 245 text segments (TS) were identified, with 203 TS utilized, an occurrence of 8,195 words or highlighted forms, totaling 82.86%. The TS were evaluated and classified based on Descending Hierarchical Classification (DHC), generating six classes through the dendrogram, which were organized into two categories to present and discuss the results. **Conclusion:** Finally, the study achieved the proposed objectives and presented findings that highlight the relevance of the addressed theme, contributing to evidence-based studies focusing on the mother-baby dyad.

Keywords: Pregnant women, Miscarriage, Maternal grief, Psychosocial impact.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el impacto del aborto espontáneo en la vida de las gestantes. **Métodos:** Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, realizado en una clínica en una ciudad del estado de Pará. Participaron en el estudio 17 gestantes con historia obstétrica de aborto espontáneo. Las entrevistas obtenidas compusieron un corpus a ser analizado por el software IRaMuTeq y el producto identificado a partir del análisis de propuestas por Bardin (2016) orientó el proceso de análisis de contenido de las entrevistas. **Resultados:** El corpus creado

¹ Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém - PA.

a partir del IRaMuTeq se constituyó por un conjunto de 40 textos, correspondiendo a la colección de entrevistas realizadas. Se identificaron 245 segmentos de texto (ST), con un aprovechamiento de 203 ST, la ocurrencia de 8.195 palabras o formas destacadas, totalizando el 82,86%. Los ST fueron evaluados y clasificados a partir de la Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), generando seis clases mediante el dendrograma, que se organizaron en dos categorías para presentar los resultados y discutirlos posteriormente. **Conclusión:** Finalmente, el trabajo alcanzó los objetivos propuestos y presentó hallazgos que resaltan la relevancia de la temática abordada, contribuyendo a estudios basados en evidencias científicas con foco en el binomio madre- bebé.

Palabras clave: Gestantes, Aborto espontáneo, Duelo materno, Impacto psicosocial.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Código Internacional de Doença-11 (CID-11) definem abortamento como a interrupção de uma gravidez antes de 20 semanas de gestação. No contexto de aborto não induzido, ele acontece quando há morte do feto ou embrião dentro do útero de maneira involuntária e sem nenhuma intervenção externa. Essa perda perinatal para a mãe e seu entorno está associada a um processo doloroso que gera um enorme impacto emocional, de difícil manejo e que ocorre em casos de luto disfuncional e/ou complicado (VIDAL LLT e MILLÁN SB, 2023).

Cerca de 23 milhões de gestações em todo mundo terminam em aborto espontâneo a cada ano, isso corresponde a 15% do total ou 44 a cada minuto, de acordo com novas estimativas publicada por Katia Hunt (2021) na revista médica *The Lancet*. Uma pesquisa realizada pelo professor Tom Bourne, publicada na revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, estudou mais de 650 mulheres que sofreram uma perda precoce de gravidez, revelou que um mês após a perda da gravidez, quase um terço das mulheres (29%) sofreu estresse pós-traumático, enquanto uma em cada quatro (24%) experimentou ansiedade moderada a grave e uma em cada dez (11%) teve depressão moderada a grave.

Nove meses depois, 18% das mulheres apresentaram estresse pós-traumático, 17% ansiedade moderada a grave e 6% tiveram depressão moderada a grave. Bebê arco-íris ou criança arco-íris é o termo utilizado para quem nasce após um aborto espontâneo, morte de recém-nascidos ou prematuras, fazendo referência ao fenômeno que colore o céu com sete cores após dias de chuvas e tempestades, apesar de não saber quem inventou essa expressão, ela tem se tornado cada vez mais comum na internet (RAMOS E, 2023), e de grande significado para muitas mulheres. Embora não saibamos muito sobre as origens do termo “bebê arco-íris”, vemos que a comunidade científica vem investigando como se dá a experiência materna após uma perda gestacional/neonatal (SILVA MC, 2020).

O reconhecimento pelos profissionais da existência de fatores de risco que envolvem as mulheres, como família, ambiente e rede de apoio, é um primeiro passo para não ignorar essas situações, que em muitos casos são silenciadas devido às graves implicações emocionais que acarretam (VIDAL LLT e MILLÁN SB, 2023). Espera-se que o acolhimento humanizado possa ter a função de ao menos delinear simbolicamente um marcador concreto que representaria o bebê que chegou a nascer. Assim, o objetivo desse estudo, foi analisar o impacto do aborto não induzido na vida das gestantes de bebês arco-íris. Dessa forma, esta pesquisa torna-se relevante por oferecer um espaço de fala para essas mulheres, corroborando isso, pretende-se com o trabalho conhecer mais a problemática por meio da análise de casos de gestantes de bebês arco-íris, considerando que nos possibilitará explicitar melhor as questões envolvidas na gestação e perda do filho (PIZARRO LX, 2022).

MÉTODOS

A presente pesquisa teve como local o Ambulatório da Mulher da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, instituição de grande porte localizada no centro Belém/PA, sendo essa, referência na atenção à saúde da mulher e da criança, com destaque ao atendimento à gestação de alto risco e neonatologia, por meio do pré-natal de alto risco. Participaram do estudo 17 gestantes com história obstétrica de abortamento não induzido, esse quantitativo foi definido por critério de saturação de dados (FALQUETO JMZ, et al., 2019)

constatado pelas pesquisadoras quando novos relatos não foram encontrados e já não se faziam necessários para analisar o propósito do estudo, todas se dispuseram a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Consentimento Para Utilização de Voz (TCUV) e foi aprovado com número CAAE 74918623.6.0000.5171 e parecer 6.477.604.

A coleta de dados ocorreu após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, bem como, com a autorização para coleta de dados da mesma. A obtenção de dados se deu de forma individual por meio da utilização de um formulário semiestruturado, no entanto, por se tratar de um tema delicado e difícil de lidar por algumas mulheres que passaram pela situação e para preservar a identidade delas, todas foram identificadas por cores que escolheram, porém, como houveram repetição de algumas cores, as pesquisadoras atribuíram números também (p. ex., rosa 1, rosa 2, rosa 3, e assim sucessivamente).

Para a análise dos dados foi adotado a técnica de análise de conteúdo, seguindo a proposta de Bardin; as etapas de análise de conteúdo são as seguintes: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN L, 2016). As entrevistas obtidas mediante gravação foram transcritas e compuseram o corpus a ser analisado no software IRaMuTeq (Interface de R pour lês Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). O IRaMuTeq é um programa gratuito que se ancora no software R, e juntos permitem o processamento e análises estatísticas de textos produzidos, possibilitando os seguintes tipos de análises: pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análise de similitude e nuvem de palavras.

Para a análise dos conteúdos textuais foram utilizadas as técnicas de classificação hierárquica descendente, ou seja, a análise das palavras que mais se repetem nas respostas e, portanto, mais significativas e carregadas de sentidos para os entrevistados (SOARES MCRA, et al., 2020). Com o conteúdo da transcrição e da entrevista semiestruturada, os dados construídos ao longo do processo foram tabulados de acordo com a análise de conteúdo desenvolvida por Bardin L (2016).

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico das gestantes

Participaram do estudo 17 gestantes, a análise dos dados para traçar o perfil dessas participantes se deu mediante a observação dos aspectos sociodemográficos, clínicos e obstétricos (**Quadro 1, 2,3 e 4**). No que concerne à distribuição das participantes por idade, verificou-se que se sobrepõe as que possuem 33 a 37 anos, a tabela detalha que foram entrevistadas mulheres de 20 a 38 anos. Acerca de seu município de origem, 13 são da região metropolitana (Belém, Benevides, Santa Isabel e Castanhal). Em relação ao estado civil, prevaleceu as participantes que possuem união estável.

Quadro 1 – Dados sociodemográfico das gestantes.

Pseudônimos	Idade	Município	Estado Civil	Renda Familiar	Escolaridade
Preto 01	20	Oeiras do Pará	União estável	< 1 Salário Mínimo	Ensino médio incompleto
Rosa 01	21	Belém	Solteira	1 Salário Mínimo	Ensino médio completo
Lilás 03	22	Belém	Solteira	3 Salário Mínimo	Ensino superior completo
Lilás 02	24	Salinas	União estável	1 Salário Mínimo	Ensino médio completo
Rosa 04	24	Belém	Solteira	1 Salário Mínimo	Ensino superior incompleto
Laranja 01	27	São Domingos do Capim	União estável	1 Salário Mínimo	Ensino fundamental incompleto
Verde 03	27	Capitão Poço	União estável	2 Salário Mínimo	Ensino superior incompleto
Vermelho 01	30	Belém	União estável	1 Salário Mínimo	Ensino médio completo

Rosa 03	31	Santa Isabel	Casada	1 Salário Mínimo	Ensino superior completo
Amarelo 01	31	Belém	União estável	1 Salário Mínimo	ensino médio incompleto
Verde 01	34	Oeiras do Pará	Casada	> 3 Salário Mínimo	Ensino superior completo
Azul 01	35	Benevides	União estável	1 Salário Mínimo	Ensino médio completo
Lilás 01	35	Belém	Solteira	< 1 Salário Mínimo	Ensino médio completo
Azul 02	35	Belém	União estável	3 Salário Mínimo	Ensino superior completo
Verde 02	36	Curuçá	Solteira	1 Salário Mínimo	Ensino médio incompleto
Rosa 2	36	Belém	Casada	3 Salário Mínimo	Ensino médio completo
Verde 04	38	Marabá	União estável	1 Salário Mínimo	Ensino médio completo

Fonte: Valle T, et al., 2024.

No **Quadro 2** apresentamos os dados clínicos das entrevistadas, acerca do uso de cigarros, consumo de bebidas alcoólicas e a presença de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Das 17 gestantes, 5 eram tabagistas antes da gestação e 10 consumiam bebidas alcoólicas, 5 delas bebiam e fumavam e apenas 4 das 17 mulheres tinham algum tipo de DCNT, seja hipertensão, diabetes ou asma.

Quadro 2 – Dados clínicos das gestantes.

Pseudônimos	Tabagismo	Etilismo	DCNT
Azul 01	Não	Não	Não
Verde 02	Sim	Sim	Não
Vermelho 01	Não	Não	Hipertensão
Rosa 01	Não	Sim	Não
Rosa 03	Não	Sim	Diabetes
Rosa 2	Não	Não	Hipertensão e diabetes
Lilás 01	Não	Não	Não
Lilás 02	Não	Não	Não
Preto 01	Sim	Sim	Não
Verde 01	Não	Sim	Não
Laranja 01	Sim	Sim	Não
Verde 03	Não	Sim	Não
Azul 02	Não	Não	Não
Rosa 04	Não	Não	Asma
Lilás 03	Sim	Sim	Não
Amarelo 01	Sim	Sim	Não
Verde 04	Não	Sim	Não

Fonte: Valle T, et al., 2024.

O **Quadro 3** mostra que das 17 gestantes abordadas na pesquisa, 9 estavam na terceira gestação e 3 na quinta. Acerca do número de nascidos vivos, 10 delas não possuem nenhum filho nascido vivo, enquanto 6 tem pelo menos um filho que nasceu e sobreviveu.

Quadro 3 – Dados obstétricos das gestantes.

Pseudônimos	Nº gestações	Nº de abortos
Azul 01	5	4
Verde 02	4	1
Vermelho 01	4	2
Rosa 01	3	2
Rosa 03	4	2
Rosa 02	3	1
Lilás 01	3	1
Lilás 02	4	3

Preto 01	3	1
Verde 01	3	2
Laranja 01	5	4
Verde 03	3	2
Azul 02	5	4
Rosa 04	3	2
Lilás 03	2	1
Amarelo 01	3	1
Verde 4	3	2

Fonte: Valle T, et al., 2024.

Em relação a intercorrências durante a gravidez, foi possível analisar que a infecção no trato urinário (ITU) prevaleceu entre as respostas das pacientes, assim como a maioria delas não teve nenhuma complicação pré e pós aborto. Quando questionadas sobre realizarem algum procedimento após a perda, 6 delas fizeram curetagem o procedimento (**Quadro 4**).

Quadro 4 – Dados obstétricos das gestantes.

Pseudônimos	Intercorrência Na gestação	Complicação pré e pós Aborto	Procedimento pós Perda
Azul 01	Hemorragia	Hemorragia	Curetagem/amiu
Verde 02	Não	Não	Não
Vermelho 01	Itu	Não	Ctg
Rosa 01	Não	Não	Não
Rosa 03	Não	Não	Ctg
Rosa 02	Itu	Não	Não
Lilás 01	Itu	Não	Não
Lilás 02	Não	Não	Ctg
Preto 01	Não	Não	Não
Verde 01	Itu/anemia	Hemorragia	Amiu
Laranja 01	Itu/sangramento	Hemorragia	Ctg
Verde 03	Itu	Hemorragia	Ctg
Azul 02	Sangramento	Não	Não
Rosa 04	Não	Sangramento	Ctg
Lilás 03	Não	Não	Amiu
Amarelo 01	Itu	Não	Ctg
Verde 4	Não	Não	Ctg

Fonte: Valle T, et al., 2024.

Entrevistas com as gestantes

O corpus foi constituído por um conjunto de 40 textos, correspondendo a coleção de entrevistas realizadas. Identificou-se 245 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 203 ST, a ocorrência de 8.195 palavras ou formas em destaque, totalizando 82,86%. Utilizando o IRaMuTeQ, os ST foram avaliados e classificados a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerando seis classes mediante o dedograma, que foram organizadas em duas categorias (**Gráfico 1 e 2**).

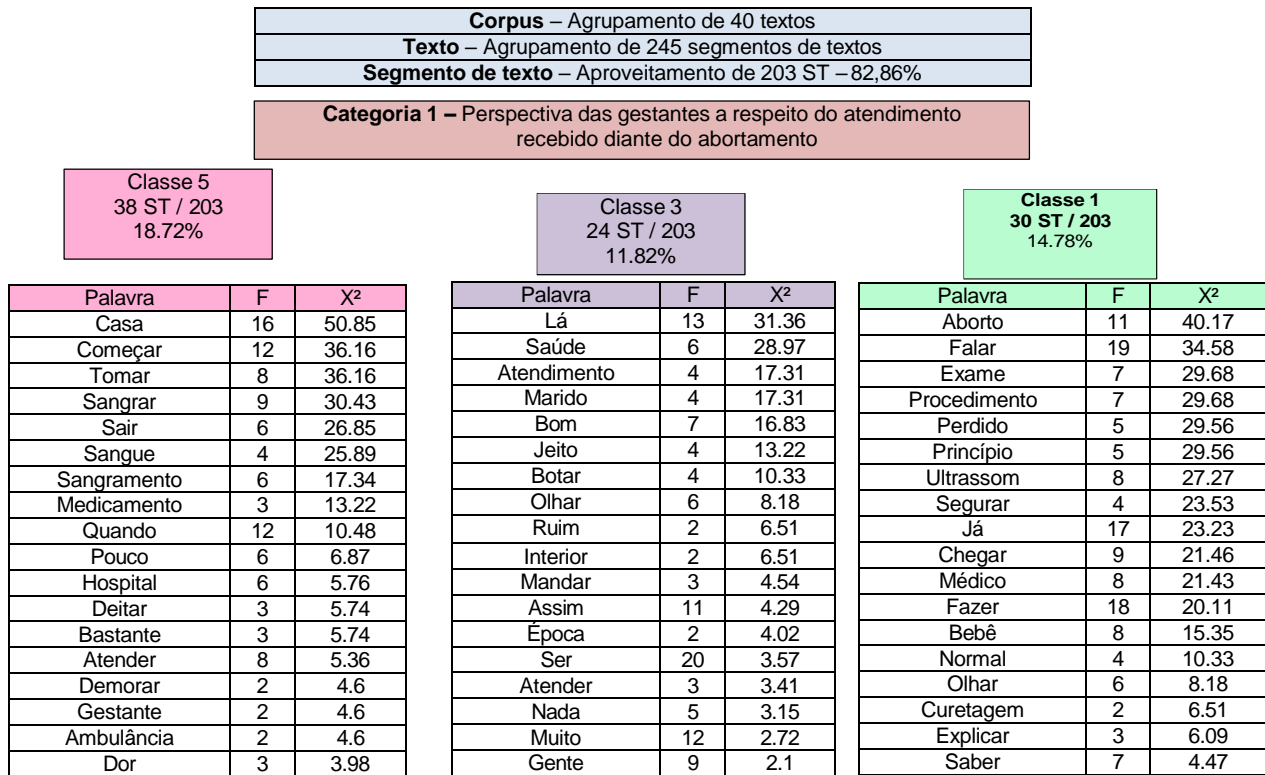
Categoria 1

Reúne as classes um, quatro e cinco **Gráfico 1**, onde juntas elas abordam a perspectiva das gestantes a respeito do atendimento recebido diante do abortamento. A classe um foi construída com 30 ST (14.78%), a classe quatro foi constituída com 30 ST (14.78%) e a classe cinco com 38 ST (18.72%), cada uma delas apresenta 18 palavras em destaque, com maior frequência – f e maior força – teste qui-quadrado (X^2).

As palavras aborto (f=11; $X^2=40.17$), falar (f=19; $X^2=34.58$), lá (f=12; $X^2=31.36$), saúde (f=16; $X^2=28.97$), atendimento (f=4; $X^2=17.31$), casa (f=16; $X^2=50.85$), começar (f=12; $X^2=36.16$) estão no alto do dedograma.

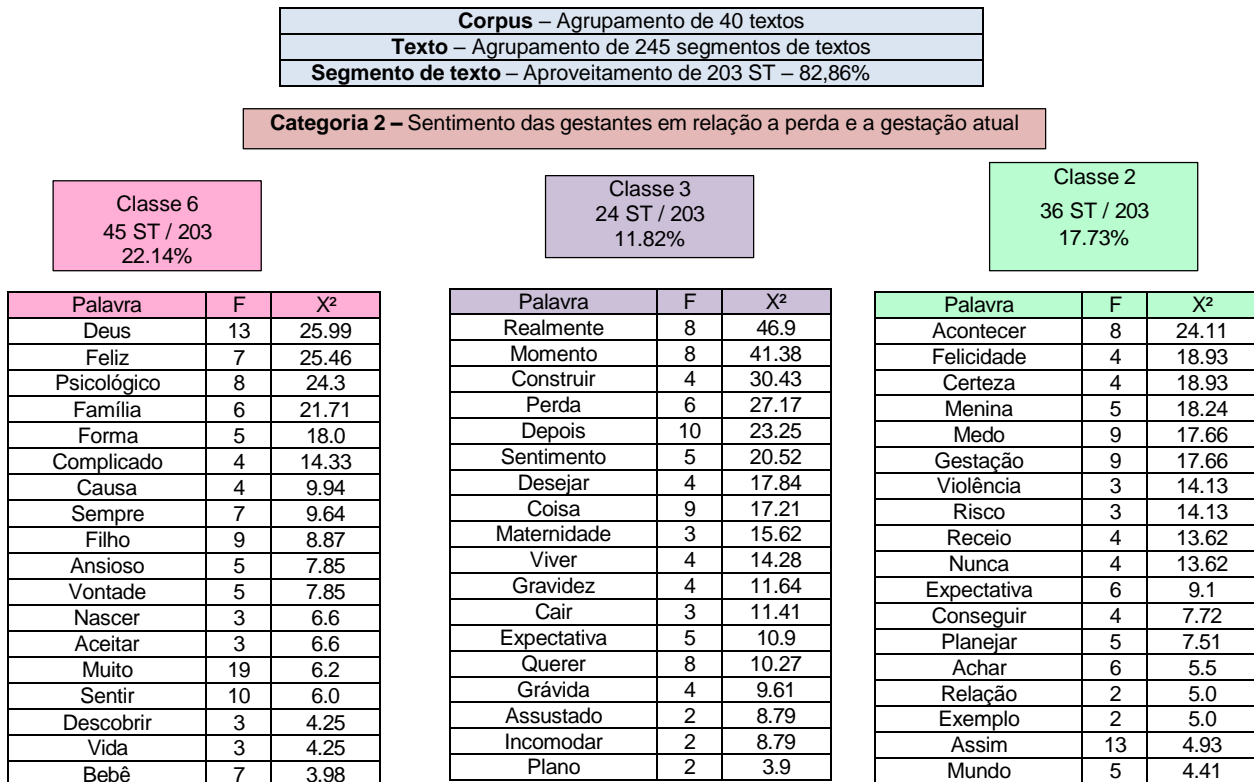
Ao decorrer da entrevista, quando questionadas sobre como foi a assistência hospitalar que elas receberam antes, caso já estivessem no hospital no momento, durante e depois, observou-se por meio das respostas e do modo como elas se portaram um misto de sentimentos, conforme o relatado a seguir:

Gráfico 1- Dedograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Valle T, et al., 2024.

Gráfico 2- Dedograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Valle T, et al., 2024.

“bati uma ultrassom tipo umas 5 horas da tarde, quando deu umas 10 horas da noite eu perdi o bebê, sendo que ele falou que estava tudo normal” (Rosa 01).

“espera só para fazer uma ultrassom pra gente fazer AMIU, porque tu já perdeu” (Lilás 01).

“teve uma doutora que foi muito grossa comigo, ela disse que já era o terceiro aborto, que estava bom de eu trocar de marido, aí fiquei assim sabe? Chocada com isso, porque a gente não espera né? Fiquei até sem reação, fiquei chocada” (Azul 01).

“eles tiveram todo o cuidado, todo o procedimento certinho, foi tudo certinho, chegaram e falaram pra mim que eu tinha perdido, eles explicaram tudo direitinho” (Laranja 01).

“Só me contaram, não chegaram e não conversaram nada, aí eles viram que eu tinha ficado muito nervosa e sugeriram me dar um calmante, e aí tornaram a falar o que tinha acontecido” (Amarelo 01).

“falaram “olha, você perdeu seu bebê, você vai ter que fazer uma curetagem” na época eu era leiga no assunto, não sabia nem o que era não me explicaram nada, só me botaram numa sala” (Verde 03).

“fui muito bem acolhida muito bem, enfermeiro, médico, fui muito bem orientada sobre muitas coisas, as dúvidas que eu tinha na época foram tiradas” (Lilás 03).

Ademais, as participantes ainda mostraram certa indignação em relação ao atendimento corriqueiro dos profissionais, sendo evidenciado nos trechos a seguir:

“é que pra alguns profissionais de saúde o processo é tão comum que pra gente não é, então tipo assim, quando eu cheguei aqui eles disseram “não, você não está mais grávida, não tem nada aí” (Verde 01).

“eu acho que eles já lidam com isso tanto, né? Que nem todo mundo consegue entender que quem está ali do outro lado talvez não esteja preparada para aquela notícia” (Verde 01).

“são profissionais que não são profissionais humanizados com a gente, joga a gente lá, é coisa rotineira para eles, eles acostumaram com aquela rotina, só que pra quem tá perdendo filho, é algo muito dolorido, muito sofrido, eles não têm empatia com a grávida” (Verde 03).

Categoria 2

Agrupam as classes dois, três e seis **Gráfico 2**, as quais juntas versam sobre o sentimento das gestantes frente a perda e a gestação atual. A classe dois foi constituída por 36 ST (17.73%), a classe três foi formada por 24 ST (11.82%) e a classes seis com 45 ST (22.14%), cada uma delas apresenta 18 palavras em destaque, com maior frequência – f e maior força – teste qui-quadrado (X^2). As palavras acontecer (f=8; $X^2=24.11$), felicidade (f=4; $X^2=18.93$), realmente (f=8; $X^2=46.9$), momento (f=8; $X^2=41.38$), Deus (f=13; $X^2=25.99$), feliz (f=7; $X^2=25.46$) e psicológico (f=11; $X^2=24.3$) estão no alto do dedograma.

As gestantes relevaram os mais variados sentimentos, pensamentos e sensações quando foi abordado sobre como elas se sentiam estando em uma nova gestação após o aborto, os quais são comprovados conforme as falas abaixo:

“eu sinto muita felicidade, eu já nem esperava mais eu pensava que ia ser difícil, só que aí depois de um ano eu consegui de novo engravidar, é muita realização” (Rosa 02).

“extremamente com medo e ansiosa, muito ansiosa, é um misto de sensação de novo, são vários gatilhos que eu fico sentindo, são lembranças quando eu entro aqui são muitas lembranças do que eu já vivi” (Lilás 02).

“com um pouco de medo de acontecer novamente, principalmente nos primeiros meses que a gente ficou pensando que poderia acontecer de novo” (Rosa 03).

“eu me sinto uma pessoa com medo de acontecer o que aconteceu novamente, eu ainda não estou preparada me apegar a uma gestação como eu perdi os outros, aí tudo isso me preocupa, mas tem muita coisa que eu não consigo falar” (Vermelho 01).

“mais aliviada porque as minhas perdas eram sempre no início então eu nunca tinha evoluído da gestação” (Verde 01).

“feliz e ansiosa com medo de perder de novo, mas agora eu estou mais calma porque eu estou vendo que ele está evoluindo então, eu tô me sentindo mais segura agora” (Azul 01).

“me senti muito abençoada, sempre orei pedindo para Deus que eu não queria morrer sozinha porque eu vivi em uma família muito grande, são 10 mulheres e 16 homens e todos eles tem muitos filhos e eu nunca tinha” (Verde 03).

“Esperançosa, mas com medo porque eu sei os riscos, eu sei o que aconteceu e aí eu tenho medo de acontecer de novo” (Lilás 03).

Quando questionadas se o aborto trouxe alguma mudança para vida delas, as participantes responderam da seguinte forma:

“trouxe, trouxe, tipo no aborto anterior eu conseguia manter relação agora eu não consigo porque eu fiquei com medo, com trauma não consigo não ter relação” (Rosa 01).

“psicológico, eu não dormia eu tinha crise de ansiedade direto eu fechava o olho e escutava choro de criança afetou muito o psicológico muito mesmo” (Lilás 01).

“sim bastante, principalmente da família do meu esposo porque quando uma pessoa chegar contigo e falar que não é mulher pro meu filho porque tu não dá filho pra ele, aí é complicado né” (Lilás 02).

“eu falei pra psicóloga que eu ainda não me curei do que eu passei, eu passo até hoje eu choro” (Vermelho 01).

“bom no meu sentido mudou muitas coisas pra mim tudo, a vida né? O modo de pensar tudo” (Laranja 01).

“Abalou muito meu psicológico no início, eu não saía de casa só vivia trancada em um quarto escuro, eu só chorava, quase com depressão, tive que procurar ajuda de profissionais” (Verde 03).

“muitas mudanças, principalmente na forma de ver a vida na forma de aceitar as coisas de entender e logo depois disso teve o meu relacionamento, o relacionamento que eu tava com o pai do outro bebê, de certa forma foi por causa disso porque era o primeiro filho dele também, era um sonho dele ser pai e aí ele se afundou tanto, o bebê de certa forma era algo que ia melhorar que a gente esperava que fosse melhorar” (Lilás 03).

“mais uma psicológica né? Que a gente se sente meio que assim, triste né? A gente fica se culpando achando que foi por algum motivo nosso que a gente não teve um cuidado” (Rosa 04).

Por fim, as gestantes dissertarem se tinham expectativas em relação a gestação atual e o bebê que estão gerando, conforme apresentadas nas narrativas a seguir:

“é muita felicidade mesmo muita realização, pra todo mundo que eu conto a minha história assim, diz que é um testemunho né? Um milagre de Deus então é muita felicidade” (Rosa 02).

“olha no início eu rejeitei bastante a gravidez eu não queria, diziam pra conversar com a neném, pegar na barriga e eu dizia que não ia fazer isso não” (Lilás 01).

“muito milhões, todos os dias assim vem pensamentos de meu Deus eu tô grávida, meu Deus como é que vai ser agora? Será que eu vou ser uma boa mãe? Será que eu vou conseguir? É muita expectativa” (Lilás 02).

“eu não tô botando expectativas porque eu quero que seja da vontade de Deus, eu não quero dizer que ela vai ser assim que vai ser de alguma forma, não eu quero que ela seja do jeito que ela queira ser” (Rosa 03).

“nenhuma expectativa eu quero que venha bem mas eu tenho medo” (Vermelho 01).

“sobre ele eu tenho muitos medos, ainda não tenho expectativas né? Eu tento fazer com que ele se construa da maneira que ele desejar, a gente só tem um pouquinho de aflição, será que a gente vai criar bem se ele vai ser uma pessoa boa, não vai ser uma pessoa egoísta, uma pessoa desrespeitosa né?” (Verde 01).

“a gente vem com quatro abortos na costa né? Aí vem com questão de pressão alta que começou a aparecer agora, de vez em quando tá dando uns picos né? A gente já fica com aquele receio de ai meu Deus, e agora? Vai ou não vai? Entendeu? Só quero venha com saúde né? Agora que eu vi tá tudo bonitinho, perfeitinho a gente já começa a sonhar né?” (Azul 02).

“eu tenho medo eu quero muito, mas eu acho que uma palavra é medo mesmo insegurança, então eu não tenho expectativas” (Verde 04).

“Já vejo ele na escolinha, indo para a escolinha, tendo idade para fazer curso de inglês, como uma menina indo para o balé, indo fazer tudo que é para fazer” (Lilás 03).

“não, só espero que ele venha bem e saudável que ele tenha saúde que é isso que importa somente” (Rosa 04).

DISCUSSÃO

Sobre os fatores de risco não genéticos para o aborto espontâneo, destacaram-se, neste levantamento: fatores sociodemográficos (idade materna, raça, condições de moradia, estado civil, escolaridade e renda), estilo de vida (tabagismo, etilismo e DCNT) e histórico gestacional (nascidos vivos, número de filhos, idade da primeira gravidez, procedimentos pós aborto). Neste estudo, (39%) das mulheres tinham entre 32 a 37 anos, pesquisas revelam que podem ocorrer adversidades em uma gestação depois dos 30 anos. Dentre elas, a dificuldade para engravidar, por conta da diminuição da quantidade de óvulos e rebaixamento da qualidade, sendo mais difícil a fertilização, além disso, o risco de aborto espontâneo é maior (BRASIL, 2022).

Outrossim, apesar de (53%) das mulheres possuírem ensino médio completo e ensino superior, foi notório a desinformação dessas mulheres, o qual é um importante fator de risco para a ocorrência do aborto espontâneo. A falta de conhecimento gera inúmeros problemas, como a não ocorrência do pré-natal de qualidade, o que dificulta a identificação precoce de complicações gestacionais, tornando difícil a realizações de ações preventivas e terapêuticas em tempo de evitar o aborto (BRASIL, 2022).

Ademais, 10 mulheres tinham pelo menos 2 ou 3 filhos (56%), no entanto, (59%) das entrevistadas não tinham nenhum filho nascido vivo, (59%) delas engravidaram pela primeira vez entre 17 a 20 anos,

considerado uma idade precoce. A Organização Mundial de Saúde considera gravidez precoce sempre que a menina engravida antes dos 19 anos, sendo que a maioria dos casos acontece entre os 15 e os 19 anos, a gravidez precoce geralmente se deve à cultura, ao baixo nível econômico e à dificuldade de acesso a métodos contraceptivos (SILVA PM e MILANI DRC, 2019).

Concomitante a isso, o nível socioeconômico mais baixo está associado a fatores de risco para aborto espontâneo, o menor acesso às informações e serviços de saúde está relacionado também com essa problemática (SOARES AM e CANÇADO FMAA, 2018). No estudo foi possível observar que 11 delas (59%), sobreviviam com apenas 1 salário mínimo. Com isso, faz-se necessário repensar a ampliação da assistência integral a mulher acometida por aborto espontâneo, no cenário socioeconômico.

Entre os fatores de risco associados ao estilo de vida, o tabagismo e etilismo materno proporcionam um efeito aditivo no desenvolvimento do aborto espontâneo, devido à calcificação e insuficiência placentária com hipóxia fetal por privação de fluxo sanguíneo, além de desencadear placenta prévia, descolamento prematuro de placenta e, ainda, atravessar a barreira transplacentária, causando problemas ao feto como restrição do crescimento fetal (OLIVEIRA MTS, et al, 2020). Das entrevistadas (29%) eram fumantes, (59%) faziam uso de bebidas alcoólicas e (29%) fumavam e bebiam, antes da gestação e algumas até as primeiras semanas de gestação.

Durante as entrevistas com as gestantes de bebês arco-íris, foi possível observar diante do comportamento mais fechado e até mesmo difícil de expressar em palavras, tudo que elas sentiam, que o sentimento de perda envolve tristeza, ansiedade e medo, como foi evidenciado por elas mesmas nos discursos, reforçando que mesmo com a chegada de uma nova criança, o aborto sofrido não é esquecido. Ainda nos dias atuais, existe uma visão de que a maternidade é algo natural para todas as mulheres, que todas podem ser mães, e quando estas não conseguem, são acometidas pelo sentimento de julgamento, tornando-as inferiores por não conseguirem cumprir o seu papel biológico (ANDRADE FT, 2020).

Segundo Fonsêca MCRL (2021), a perda de um filho antes do nascimento representa a morte de um sonho, visto que, são crianças que as mães nunca vão conhecer, mas sabem que por um breve tempo, estiveram consigo, são crianças que foram geradas, esperadas e que não estarão com elas. Nos discursos apresentados pelas gestantes, fica evidente que além da culpa que elas mesmas carregam, existe a pressão da família e o medo de que elas nunca consigam dar filhos, fazendo com que os sentimentos de preocupação, tristeza e angústia, tornem-se parte da vida delas.

Quando o abortamento ocorre mais de uma vez, para essa mulher a situação é ainda mais conturbada (BAILEY SL, et al., 2019), como exemplificada anteriormente pelas mães que tiveram aborto de repetição, elas sempre esperam que a gestação vá acabar da mesma maneira, com mais uma perda, sendo assim, não conseguem aproveitar todo o momento de gerar uma criança, e somente quando passam do período onde tiveram o aborto encontram alívio e uma pequena esperança de que dará tudo certo.

Outro ponto de destaque, é a relação da mulher com o novo bebê que está por vir, nos relatos foi possível constatar que elas não lidam da mesma maneira, muito se dá pelo medo, pois mesmo com a gestação bem avançada, elas relatam que só se sentirão seguras quando a criança estiver bem e nos braços delas. Nessa perspectiva Costa SM e Tachibana M (2022) trazem uma reflexão em seu trabalho, retratam que a relação com a nova criança se dá em duas vias, onde essas mulheres são extremamente apegadas ao novo bebê, tornando-se superprotetora e não deixando com que eles criem a sua própria independência ou elas não conseguem interagir e se fazer presente, situação que foi declarada pelas entrevistadas.

Ademais, para Rosa BG (2020) a assistência humanizada na perda gestacional deve se fazer presente, oferecendo uma escuta ativa e acolhendo não somente a dor física, mas também a psicológica, dessa maneira, a forma como as gestantes recebem a notícia e são tratadas, impacta diretamente na qualidade da saúde dela. Um dos pontos de maior evidência e reflexão nas falas das entrevistadas é como ela enxergam o atendimento que receberam, estas elencam vastas opiniões, prevalecendo o discurso que na maioria dos casos, os profissionais não tiveram empatia ao lhes dar a notícia, chegando até mesmo a serem tratadas de maneira ríspida e sem ao menos saberem o que estava acontecendo.

Nesse contexto, elas ainda disseram sobre o quão corriqueiro é para os profissionais que atendem essa situação, apontando que nem todo mundo tem empatia para saber que naquele momento elas se encontram fragilizadas. Para Errico LSP, et al. (2020) um profissional qualificado é de extrema importância, acolher essa mulher, todos os seus medos, inseguranças e angústia, ameniza o processo tão doloroso pelo qual ela está passando, sendo assim, é necessário enfatizar que a maneira como os profissionais se portam nos casos de aborto, terá repercussão durante vida toda dessa mulher que acabou de perder o seu filho.

CONCLUSÃO

Com o resultado, o estudo mostrou em duas categorias nomeadas “perspectiva das gestantes a respeito do atendimento recebido diante do abortamento” e “sentimento das gestantes em relação a perda e a gestação atual”, a importância do olhar integral e do cuidado humanizado, enfatizando que a qualificação profissional é de total necessidade para alcançar esse efeito. Dessa maneira, os achados ressaltam a relevância de abordar essa temática e estimular novas pesquisas, visto que, apesar de o abortamento atingir inúmeras gestantes, não somente em questões fisiológicas, tendo repercussão direta também no âmbito psicológico, ainda é um tema pouco explorado, principalmente, levando em consideração o que as próprias mulheres relatam sobre suas experiências. Por fim, o estudo poderá contribuir para melhorar a qualidade da assistência prestada nas situações de abortamento, bem como numa gestação subsequente, permitindo que as gestantes sejam o centro do cuidado, desejando o melhor ao binômio mãe- bebê.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE FT. Puerpério e processos identitários maternos diante da perda gestacional e suas implicações psicossociais na parentalidade. Tese (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2021.
2. BAILEY SL, et al. Hope for the best but expect the worst: a qualitative study to explore how women with recurrent miscarriage experience the early waiting period of a new pregnancy. *BMJ Open* [Internet]. 2019; 9(5): 29354.
3. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2016. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa, 2016; 70.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risto.pdf. Acessado em: 5 jun. 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento. 1. ed. rev. 69p - Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_prevencao_avaliacao_conduta_abortamento_1en_drev.pdf. Acessado em: 20 jun. 2023.
6. CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO. Psicológicas em mulheres que sofrem perda gestacional ou neonatal. Monografia (Graduação) -, São Luís, 2021.
7. COSTA SM e TACHIBANA M. Somewhere over the rainbow: narrativas de mães de crianças arco- íris. *Revista da SPAGESP*. 2022; 44–58.
8. COSTA SM. Crianças arco-íris: A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal ,45.
9. ERRICO LSP, et al. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018; 71(3): 1257–64.
10. FALQUETO JMZ, et al. Saturação Teórica em Pesquisas Qualitativas: Relato de uma Experiência de Aplicação em Estudo na Área de Administração. *Revista de Ciências da Administração* [Internet]. 2019; 1(3): 40–53.
11. FONSÊNCIA MCRL. Luto materno no período gravídico-puerperal: as implicações.

12. HUNT K. Uma em cada dez mulheres sofrerá um aborto. CNN Brasil, 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/uma-em-cada-10-mulheres-sofrera-um-aborto-diz-pesquisa/>. Acessado em: 3 jul. 2023.
13. OLIVEIRA MTS, et al. Factors associated with spontaneous abortion: a systematic review. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2020; 20(2): 361–72.
14. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-11 Reference Guide. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019.
15. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Disponível em: Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo (who.int). Acessado em: 10 jan. 2024.
16. PIZARRO LX. Qual a perda implicada em um filho que não nasceu. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.
17. RAMOS E. Bebê arco-íris: a esperança após gestações complicadas. Disponível em: <https://lunetas.com.br/bebe-arco-iris/>. Acessado em: 29 jul. 2023.
18. ROSA BG. Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na elaboração do luto. *Revista psico FAE: pluralidade em saúde mental*. 2020; 9(2): 86-99.
19. SILVA PM e MILANI DRC. Gravidez na adolescência: um problema social. *Pedagogia em Foco*. 2019; 14(11): 111.
20. SOARES AM e CANÇADO FMAA. Perfil de Mulheres com Perda Gestacional. *Revista Médica de Minas Gerais*. 2018; 28.
21. SOARES MCRA, et al. Livro didático de Matemática como recurso curricular: percepções dos professores visibilizadas por meio do software Iramuteq-r. *Ensino da Matemática em Debate*. 2020; 7(3): 403–427.
22. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (Graduação em Psicologia) Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.
23. VIDAL LLT e MILLÁN SB. Nursing care plan for dealing with perinatal bereavement according to the theory of dysfunctional bereavement. *Clinical case. Enfermería Clínica (English Edition)*. 2023; 33(2): 149–156.