Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil psicoemocional pós-abortamento: análise da abordagem institucional de um hospital público do Distrito Federal

Post-abortion psychoemotional profile: analysis of the institutional approach in a public hospital in the Federal District

Perfil psicoemocional post-aborto: analisis del abordaje institucional de un hospital público del Distrito Federal

Nívea Coelho Lastra[1], Gilmária Borges Sousa[1], Isabela Araújo Gonçalves[1], Rodrigo Ferraz Trufini[2], Rafaela Freire Camelo[1], Elisabete Lopes Feijão[1], Bruna de Melo Rodrigues Marques Nunes[1].

RESUMO

Objetivo: Definir a abordagem institucional com foco no perfil psicoemocional pós-abortamento em pacientes de um hospital público do Distrito Federal, identificando lacunas no acolhimento e na assistência humanizada. **Métodos:** Estudo transversal, retrospectivo e qualitativo com 81 mulheres (18 - 40 anos) atendidas por abortamento entre 2023 e 2025. A coleta de dados incluiu prontuários eletrônicos e questionário anônimo sobre a abordagem emocional da equipe e o perfil profissional da equipe assistente. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Não se observou diferença significativa entre as idades, sendo a menos frequente abaixo de 24 anos (17,3%). Constatou-se que 80,5% das pacientes não receberam suporte emocional adequado. Entre a minoria que recebeu acolhimento (16,9%), a assistência foi distribuída entre enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, sem a prevalência de um perfil profissional específico de destaque. **Conclusão:** Há evidente fragilidade na atenção psicoemocional, demonstrando que o abortamento exige suporte emocional além do manejo clínico. É necessário aprofundar o tema em políticas públicas e expandir ambulatórios especializados para garantir o acompanhamento integral dessas pacientes no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Pós-abortamento, Acolhimento psico-emocional, Atenção humanizada.

ABSTRACT

Objective: To define the institutional approach focusing on the post-abortion psycho-emotional profile of patients in a public hospital in the Federal District, identifying gaps in supportive care and humanized assistance. **Methods:** A cross-sectional, retrospective, and qualitative study conducted with 81 women (ages 18-40) treated for abortion between 2023 and 2025. Data collection included electronic medical records and an anonymous questionnaire regarding the team's emotional approach and the profile of the professionals involved. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** No significant difference was observed regarding age, with the group under 24 years being the least frequent (17.3%). It was found that 80.5% of the patients did not receive adequate emotional support. Among the minority who received care (16.9%), assistance was distributed among nurses, physicians, and nursing technicians, with no prevalence

[1] Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), Brasília – DF.
[2] Universidad Privada del Este, Ciudad del Este, Paraguay.

SUBMETIDO EM: 1/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 3/2026**

of a specific professional profile. **Conclusion:** There is an evident fragility in psycho-emotional care, demonstrating that abortion requires emotional support beyond clinical management. It is necessary to deepen the theme within public policies and expand specialized outpatient clinics to ensure comprehensive care for these patients in the Unified Health System.

Keywords: Post-abortion, Psycho-emotional support, Humanized care.

RESUMEN

Objetivo: Definir el abordaje institucional con enfoque en el perfil psicoemocional postaborto en pacientes de un hospital público del Distrito Federal, identificando brechas en la acogida y en la asistencia humanizada. **Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo y cualitativo con 81 mujeres (18-40 años) atendidas por aborto entre 2023 y 2025. La recolección de datos incluyó prontuarios electrónicos y un cuestionario anónimo sobre el abordaje emocional del equipo y el perfil de los profesionales involucrados. Estudio aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa. **Resultados:** No se observó una diferencia significativa entre las edades, siendo el grupo menor de 24 años el menos frecuente (17,3%). Se constató que el 80,5% de las pacientes no recibieron un soporte emocional adecuado. Entre la minoría que recibió atención (16,9%), la asistencia se distribuyó entre enfermeros, médicos y técnicos de enfermería, sin que prevaleciera un perfil profesional específico destacado. **Conclusión:** Existe una evidente fragilidad en la atención psicoemocional, lo que demuestra que el aborto exige apoyo emocional más allá del manejo clínico. Es necesario profundizar en el tema dentro de las políticas públicas y ampliar los consultorios especializados para garantizar el seguimiento integral de estas pacientes en el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Postaborto, Acogida psicoemocional, Atención humanizada.

INTRODUÇÃO

O abortamento, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS), é definido como a interrupção da gestação antes de 22 semanas completas ou com o produto da concepção pesando menos de 500g. Já o termo “aborto” designa o produto resultante desse processo. (AGOSTINHO A, et al., 2022; ZUGAIB M, et al., 2023).

Aproximadamente 25% das mulheres sofrem abortamento espontâneo durante o período reprodutivo (menacme), o que, por sua vez, o torna a principal causa de perda gestacional (DINIZ D, et al., 2017; ZUGAIB M, et al., 2023). Essa relevância é corroborada por dados do MS, que indicam que o evento afeta cerca de 10% a 15% das gestações clinicamente confirmadas, destacando a necessidade de um entendimento mais profundo sobre suas implicações biopsicossociais (BRASIL, 2022).

No Brasil foram registradas mais de 180 mil internações por abortamento no ano de 2022, sendo 156 mil no Sistema Único de Saúde (SUS), correspondendo a nove de cada dez casos de hospitalização por perda gestacional (ALVES S e ROCHA DN, 2023). O perfil das mulheres que buscam o SUS por complicações gestacionais é marcado por vulnerabilidades socioeconômicas, sendo composto majoritariamente por mulheres negras e com menor escolaridade (AQUINO EML, et al., 2012; DINIZ D, et al., 2017; SOARES PSM e MEUCCI RD, 2020).

Para essas pacientes, o hospital muitas vezes é o único ponto de suporte, com primeiro contato com médico e enfermeiro (SANTOS LS, et al., 2019), e a falta de um acolhimento empático acaba por aprofundar as desigualdades já existentes. Quando a equipe de saúde falha em oferecer uma orientação clara e um ambiente seguro, ela não está apenas descumprindo um protocolo teórico, mas também negando o direito à saúde digna para uma população que já vive em situação de fragilidade social (ANJOS KF, et al., 2013; FARIA DSC, et al., 2021).

No entanto, é importante ressaltar que os dados sobre esse tema são escassos e frequentemente subestimados, devido ao estigma social que envolve o aborto no Brasil, e que também afeta a atuação dos

profissionais de saúde e a qualidade do registro dos dados (BARBOSA ASSF, 2012; ANJOS KF, et al., 2013; LIMA LM, et al., 2017; FARIA DSC, et al., 2021). Somado a isso, nota-se a carência de estrutura física adequada para comportar e fornecer a atenção humanizada nas maternidades do serviço público (ALVES MTSSB, et al., 2014).

Historicamente, em 1.947, a OMS definiu "saúde" como "*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*" (BRASIL, 2025). Para garantir um atendimento humanizado e qualificado a mulheres que vivenciam o abortamento, é fundamental que haja acolhimento e uma orientação adequada (LUPEPSA TA, 2021; BRASIL, 2022; AGOSTINHO A, et al., 2022). Portanto, é fundamental que o atendimento à saúde da população aborde não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais e sociais da pessoa que experienciou o abortamento.

O abortamento é uma intercorrência obstétrica complexa e, por vezes, traumática, cujas repercussões podem se estender a longo prazo (NOMURA RMY, et al., 2011; MENDONÇA COR e CUNHA GF, 2025). Decorrente dele, são desencadeadas inúmeras reações emocionais e psicológicas, que podem variar desde sensação de alívio até tristeza profunda, medo, insegurança, culpa e luto.

Essa condição impacta diretamente a saúde mental da mulher e podendo ser um gatilho para o desenvolvimento de transtornos mentais, como o transtorno depressivo maior (TDM), o transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), entre outros, principalmente sem o suporte adequado (NOMURA RMY, et al., 2011; AQUINO EML, et al., 2012; VOLGSTEN H, et al., 2018; SOARES PSM e MEUCCI RD, 2020; LUPEPSA TA e AZEVEDO SA, 2021; AGOSTINHO A, et al., 2022; MOREIRA EFC, et al., 2024; MENDONÇA COR e CUNHA GF, 2025).

O luto é um processo natural, vivenciado pelas pessoas quando se perde um ente querido. Porém, quando ele é causado pelo aborto, muitas vezes não é reconhecido pela sociedade, principalmente pelo fato de ser uma "perda invisível", o que traz prejuízos a longo prazo para essa família (VOLGSTEN H, et al., 2018; MENDONÇA COR e CUNHA GF, 2025).

Durante a formação acadêmica na área da saúde, os profissionais da saúde estiveram imersos em conteúdos técnicos e nos dedicamos ao estudo da anatomia, da fisiologia humana e das patologias, sempre focados em identificar os diagnósticos e tratamentos corretos. A carga horária extensa e as cobranças em decorar protocolos e livros-texto tornam-se rotina, deixando-os focados em compreender a parte biológica e técnica da saúde. Neste cenário, percebe-se que os aspectos emocionais e o cuidado com o sofrimento da paciente são, muitas vezes, deixados em segundo plano. Na prática, a graduação os prepara muito bem para tratar a patologia, mas pouco ensina sobre como acolher a mulher que está vivenciando o trauma de um aborto (AQUINO EML, et al., 2012; LUPEPSA TA e AZEVEDO SA, 2021; AGOSTINHO A, et al., 2022).

Em 2022 o MS fundamentou a atenção humanizada ao abortamento em três pilares essenciais: o acolhimento e a orientação, a atenção clínica ao abortamento e o planejamento reprodutivo pós-abortamento. Recentemente, a lei nº 15.126 de 2025 reforçou a atenção humanizada ao incluí-la como princípio fundamental no âmbito do SUS (BRASIL, 2025).

O acolhimento e a orientação implicam em um tratamento digno e respeitoso, na escuta ativa, na aceitação das diferenças e no respeito incondicional ao direito de decidir da mulher. É garantir acesso e resolutividade à assistência, além de fornecer todas as informações necessárias para que ela possa conduzir seu processo de saúde, tomar decisões autônomas e praticar o autocuidado, em conformidade com o princípio ético da autonomia, das diretrizes do SUS (LIMA LM, et al., 2017; BRASIL, 2022).

O profissional de saúde deve se certificar que todas as dúvidas e preocupações da mulher sejam esclarecidas para assegurar uma decisão informada e consciente, garantindo a qualidade da relação profissional de saúde/paciente (BRASIL, 2022; AGOSTINHO A, et al., 2022).

Nesse contexto, deve haver diversos profissionais da saúde envolvidos no atendimento dessas mulheres, compondo uma equipe multiprofissional, para que cada profissional possa acolher e orientar com foco em sua formação. É de responsabilidade da equipe de saúde respeitar a comunicação da mulher, entendendo que

ela vai além das palavras e ajudando a processar suas emoções e a fortalecer sua autoconfiança; organizar o acesso da mulher ao serviço, dando prioridade conforme suas necessidades; identificar e avaliar os riscos e problemas de saúde; oferecer soluções para os problemas apresentados; e garantir a privacidade durante o atendimento e a confidencialidade das informações (BRASIL, 2022; AGOSTINHO A, et al., 2022).

A equipe de saúde deve utilizar linguagem simples, acessível, compreensível e adequada ao universo de cada mulher. Deve informar detalhadamente sobre todos os procedimentos e como serão realizados, as condições clínicas da mulher, os resultados dos exames, os cuidados para evitar complicações futuras e o acompanhamento pós-abortamento, fornecendo também orientações quanto à contracepção (BRASIL, 2022).

Sendo assim, um atendimento de qualidade e humanizado se inicia com a capacidade da equipe de saúde em acolher a mulher sem julgamentos, oferecendo escuta qualificada, além de orientá-la com informações claras sobre os procedimentos e direitos. Essa abordagem assegura uma assistência integral à saúde, que contempla os cuidados físico, psicológico e social da paciente (BRASIL, 2022).

Logo, é imprescindível que os profissionais da saúde envolvidos no atendimento a essa população adotem uma abordagem empática e cuidadosa, priorizando um ambiente seguro e respeitando os direitos humanos, fornecendo o suporte emocional necessário (OMS, 2022; AGOSTINHO A, et al., 2022).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, qualitativo e descritivo realizado com mulheres entre 18 e 40 anos, que sofreram abortamento entre 01/01/2023 e 30/06/2025 e foram atendidas na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital público do Distrito Federal, excluindo aquelas com perda gestacional acima de 22 semanas, com prontuários com informações insuficientes e sem contato telefônico possível.

Após autorização da instituição, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa (CEP), com número do parecer 7.986.979 e CAAE: 91840825.4.0000.5553.

A coleta de dados iniciou-se no prontuário médico eletrônico *Trakcare* para seleção das pacientes e envio do convite para participar da pesquisa via telefônica por meio do aplicativo *WhatsApp.* Após o aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em PDF para leitura e links para autorização e resposta ao questionário anônimo via *Google Formulários*, onde incluiu perguntas sobre a abordagem emocional dos profissionais de saúde e o detalhamento do perfil do profissional envolvido.

A escolha pelo envio via WhatsApp e o uso do Google Formulários visou garantir a privacidade e o conforto das participantes, permitindo que respondessem ao questionário em ambiente seguro e em tempo oportuno, minimizando o risco de novos traumas durante a recordação dos fatos. O TCLE foi apresentado de forma digital, assegurando que o sigilo e o anonimato fossem preservados em todas as etapas, conforme as exigências éticas para pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Durante a coleta de dados em prontuários eletrônicos foram identificadas 1.009 pacientes atendidas no pronto socorro de ginecologia e obstetrícia do hospital em questão, com diagnóstico de abortamento no período de janeiro de 2023 a junho de 2025. Aplicados os critérios de inclusão, 571 mulheres foram convidadas a participar do projeto via mensagem de texto por *WhatsApp*.

Dessas, 17 pessoas informaram não ter interesse em participar, 57 demonstraram interesse, porém não deram continuidade à pesquisa com resposta ao questionário e 81 participaram, com leitura e assinatura do termo de consentimento e respondendo às perguntas sobre o atendimento recebido no serviço e qualificando o tipo de profissional que prestou o atendimento. As demais 416 não responderam às mensagens.

A pesquisa analisou as respostas dessas 81 mulheres e, com base na distribuição etária, não se observou diferença estatística na distribuição de idades. Dentre todos os intervalos de selecionados, o que teve menor frequência foi de pacientes abaixo de 24 anos, configurando 17,3% das participantes (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Distribuição das participantes da pesquisa conforme faixa etária.

Variável	N	%
Idade		
18 a 24	14	17,3
25 a 30	23	28,4
31 a 35	20	24,7
36 a 40	24	29,6
Total	**81**	**100**

Fonte: Lastra NC, et al., 2026.

Em relação às respostas quanto à abordagem aos aspectos emocionais, a maioria das pacientes afirmaram não ter recebido o suporte emocional adequado nem orientação quanto ao impacto emocional do aborto, com uma média aproximada de 80,5%. Considerando as respostas daquelas que receberam esse suporte, temos a média de cerca de 16,6% apenas (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Avaliação do suporte emocional oferecido em um hospital público do distrito federal.

Variável	N	%
Você recebeu informações claras sobre os possíveis impactos emocionais do aborto (ex.: tristeza, ansiedade, luto)?		
Sim	15	18,5
Não	66	81,5
Não sei	0	0
Você sentiu que o atendimento recebido após o aborto considerou e respeitou suas emoções e necessidades emocionais?		
Sim	21	25,9
Não	57	70,4
Não sei	3	3,7
Após o diagnóstico de aborto, algum profissional de saúde (médico, médico residente, enfermeiro, etc.) perguntou como você estava se sentindo emocionalmente (ex.: se estava triste, ansiosa, etc.)?		
Sim	15	18,5
Não	64	77,8
Não sei	3	3,7
Algum profissional sugeriu que você buscasse suporte psicológico (ex.: conversar com um psicólogo ou serviço de apoio)?		
Sim	10	12,3
Não	68	84
Não sei	3	3,7
Algum profissional de saúde explicou/orientou COMO buscar ajuda caso você sentisse dificuldades emocionais após o aborto?		
Sim	7	8,6
Não	71	87,7
Não sei	3	3,7
Algum profissional de saúde perguntou se você tinha apoio familiar ou social após o aborto?		
Sim	13	16
Não	66	81,5
Não sei	2	2,5

Fonte: Lastra NC, et al., 2026.

Dentre as pacientes que receberam esse suporte, não foi possível destacar um perfil de profissional específico, sendo os votos distribuídos, sem variação estatística, entre médicos ginecologistas, residentes em ginecologia, enfermeiros e técnicos de enfermagem (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Avaliação do perfil de profissionais.

Variável	N	%
Qual profissional perguntou como você estava se sentindo? (Marque todas que se aplicam)		
Médico ginecologista	8	9,9
Médico residente	7	8,6
Enfermeiro	7	8,6
Técnico de enfermagem	5	6,2
Não sei	4	4,9
Não se aplica	60	74,1
Qual profissional sugeriu que você buscasse um serviço de apoio? (Marque todas que se aplicam)		
Médico ginecologista	2	2,5
Médico residente	4	4,9
Enfermeiro	6	7,4
Técnico de enfermagem	0	0
Não sei	5	6,2
Não se aplica	65	80,2
Qual profissional orientou COMO buscar ajuda? (Marque todas que se aplicam)		
Médico ginecologista	3	3,7
Médico residente	3	3,7
Enfermeiro	3	3,7
Técnico de enfermagem	1	1,2
Não sei	5	6,2
Não se aplica	67	82,7
Qual profissional perguntou sobre sua rede de apoio? (Marque todas que se aplicam)		
Médico ginecologista	4	4,9
Médico residente	4	4,9
Enfermeiro	5	6,2
Técnico de enfermagem	3	3,7
Não sei	4	4,9
Não se aplica	64	79

Fonte: Lastra NC, et al., 2026.

A melhor pontuação para cada uma das especialidades profissionais foi na investigação do estado emocional da paciente no momento do diagnóstico, com 8 pontos para “médicos ginecologistas” e 7 pontos para “enfermeiros” e para “médicos residentes de ginecologia”, e 5 pontos para “técnicos de enfermagem”. O quesito com maior divergência de categorias foi o de orientação para procura de suporte psicológico, com 6 pontos para “enfermeiros”, 4 para “médicos residentes de ginecologia”, 2 para “médicos ginecologistas” e nenhum voto para “técnicos de enfermagem”. As demais avaliações se mostraram equivalentes, não prevalecendo nenhum perfil de profissionais. É importante lembrar que nesses tópicos de avaliação, as participantes puderam selecionar mais de uma opção que se aplicam.

DISCUSSÃO

Considerando que o abortamento é a principal causa de perda gestacional e uma das intercorrências obstétricas mais frequentes, com uma importante taxa de internações no SUS, faz-se necessário identificar as fragilidades e fortalezas de cada unidade de saúde que presta esse atendimento. De acordo com a Nota Técnica do Ministério da Saúde de 2022, a atenção humanizada ao abortamento deve ser fundamentada em três pilares essenciais: o acolhimento e a orientação, a atenção clínica e o planejamento reprodutivo pós-abortamento. A falta de orientação sobre o impacto emocional do abortamento revela que o pilar de 'acolhimento e orientação' ainda é deficiente nas maternidades do SUS (AQUINO EML, et al., 2012; BRASIL, 2022).

Isso ficou evidente quando o tópico que obteve a melhor avaliação no questionário atingiu apenas 25,9% dos votos das participantes, representando um índice alarmante, que contrasta com as diretrizes e os princípios do SUS. Junto a isso, o índice de 80,5% de pacientes que não receberam suporte emocional adequado reflete uma realidade preocupante no acolhimento da rede pública de saúde. Esse dado corrobora com o que aponta Aquino EML, et al. (2012), ao observar que a equipe de saúde muitas vezes foca apenas no tratamento da patologia, ignorando que o acolhimento emocional é parte do cuidado.

O fluxo de encaminhamento para suporte psicológico também mostrou-se comprometido, contrastando com as orientações do MS de 2022 acerca do cuidado multiprofissional recomendado para a atenção às mulheres pós-abortamento. Os dados revelaram que apenas dez mulheres relataram indicação para suporte com psicólogo ou serviços de apoio, e somente sete foram orientadas a como buscar tal ajuda.

Este baixo índice de encaminhamento evidencia que a assistência está centrada apenas no manejo de causas orgânicas, com falhas na continuidade do cuidado emocional após a alta. Isso reforça a necessidade de reestruturar a unidade, melhorando o fluxo de encaminhamento para serviços de psicologia e serviço social. (AQUINO EML, et al., 2012; BARBOSA ASSF, et al., 2012; LUPEPSA TA e AZEVEDO SA, 2021)

Quanto ao perfil profissional, não houve uma variação estatística significativa entre os profissionais que prestaram o suporte, a pontuação ligeiramente superior dos enfermeiros na orientação para seguimento psicológico (6 pontos) reforça o papel fundamental desta categoria no cuidado beira-leito. Contudo, a ausência de indicações para suporte psicológico por parte dos técnicos de enfermagem e o baixo índice entre médicos e residentes (2 e 3 pontos, respectivamente) sugerem que o impacto psicoemocional não foi valorizado pelos profissionais assistentes, limitando a assistência ao procedimento de esvaziamento uterino. Portanto, não houve diferença na abordagem por parte de nenhum dos profissionais referidos. A literatura tem poucas informações sobre a qualidade do atendimento médico, porém, como Agostinho A, et al. (2022) apontou, existe o desconhecimento por parte da equipe de enfermagem das diretrizes de manejo desse perfil de paciente, sendo destacado a necessidade de capacitação das equipes.

Inclusive, vale ressaltar a atuação do médico e do enfermeiro como protagonistas na atenção dessas pacientes, como primeiro contato dentro do serviço de saúde (SANTOS LS, et al., 2019). A primeira impressão daquela paciente pode mudar todo o paradigma de seus sentimentos quanto à sensação de segurança em todo o processo e melhorar sua visão em relação ao acolhimento da equipe, ajudando ainda no seguimento pós-abortamento com suporte psicológico.

Considerando que os efeitos traumáticos podem persistir a curto e longo prazo, uma rede de apoio estruturada e especializada assegura o encaminhamento e o suporte psicológico contínuo. Propostas como matriciamento de equipes e criação de protocolos concisos podem reduzir essas lacunas garantindo uma abordagem multiprofissional humanizada (BARBOSA ASSF, et al., 2012; AGOSTINHO A, et al., 2022).

Assim, essa assistência psicossocial não deve se limitar apenas ao ambiente hospitalar, embora este represente, muitas vezes, o único ou principal contato daquele indivíduo com o sistema de saúde. Estudos indicam que atendimentos direcionados, com o acompanhamento psicoterapêutico, com sessões individuais e/ou coletivas e grupos de apoio possuem um impacto positivo significativo no enfrentamento do luto e prevenção de doenças mentais. Porém, para que o cuidado seja eficaz, se faz necessário o direcionamento para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), para um acompanhamento horizontal, longitudinal e integral (BARBOSA ASSF, et al., 2012, LUPEPSA TA e AZEVEDO SA, 2021).

Estudos para implementação de protocolos com fluxogramas claros podem ser de suma importância para termos uma diminuição no abandono ao acolhimento. Visto que esta falta de atenção inicial vem de diversos profissionais, a adaptação a programas de atualização direcionado para cada área pode se fazer necessário, organizando o papel de cada agente de saúde e aumentando a aceitação dos profissionais (AGOSTINHO A, et al., 2022).

Logo, é importante considerar todas as repercussões psicológicas e emocionais que ocorrem após o abortamento, bem como seu impacto no bem-estar biopsicossocial das mulheres (LUPEPSA TA e AZEVEDO SA, 2021; SOARES PSM e MEUCCI RD, 2020). A negligência quanto ao estado psicoemocional da paciente acaba sendo um problema frequente na área da saúde, principalmente nos hospitais da rede pública, podendo

estar vinculado à naturalização do sofrimento por parte da equipe frente à rotina exaustiva, à precariedade das condições de trabalho e à superlotação dos setores (AQUINO EML, et al., 2012; BARBOSA ASSF, et al., 2012).

O estudo corrobora com essa realidade, destacando as lacunas no atendimento humanizado e digno por parte dos profissionais. Observou-se a falta de sensibilização dos profissionais quanto ao aspecto emocional do paciente, principalmente se tratando de um tema tão sensível como o abortamento, momento em que a paciente se encontra frágil e vulnerável, muitas vezes vivenciando o luto.

Também identificamos a escassez de pesquisas sobre o tema e o baixo interesse de profissionais em investigar e aprimorar a abordagem institucional. Assim, se faz necessário a realização de novos estudos na área para corroborar os dados da pesquisa para agregar conhecimento científico e confirmar que essa situação está presente inclusive em outros cenários da medicina.

Este estudo não apenas identifica as falhas no atendimento hospitalar, mas também serve como um diagnóstico da necessidade urgente de programas de educação continuada. A implementação de protocolos que incluam o rastreio sistemático de sintomas depressivos no momento da internação e o encaminhamento automático para a rede de apoio psicossocial são passos fundamentais, assim como já apontou (BARBOSA FSSA, et al., 2012 e AGOSTINHO A, et al., 2022).

A humanização, portanto, exige que a equipe de saúde rompa com o silenciamento do luto e compreenda o abortamento como um evento que necessita de cuidado biopsicossocial longitudinal, respeitando os direitos humanos e a dignidade reprodutiva da mulher.

Limitações do estudo

Sabendo da prevalência de abortamento no nosso país, durante a coleta de dados de todas as pacientes atendidas no período de 2 anos e meio foi compatível com os dados epidemiológicos, sendo identificadas 1050 pacientes com diagnóstico de abortamento. Porém, o número de pacientes que cumpriram com os critérios de inclusão foi comprometido devido aos prontuários estarem desatualizados, com dados incorretos/incompletos, classificadas com CIDs (Classificação Internacional de Doenças) incorretos.

Além disso, a abordagem via WhatsApp pode ter limitado a participação de mulheres sem acesso digital, desconfiança nas mensagens devido ao grande índice de golpes. Outro ponto importante pode ter alterado a avaliação do perfil de profissionais, pois muitas pacientes não sabem diferenciar bem os integrantes da equipe, muitas vezes enquadrando a todos como “enfermeiros”, sendo um viés para a pesquisa.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a assistência ao abortamento na unidade de saúde em questão ainda se encontra centrada no manejo clínico-cirúrgico, negligenciando a integralidade do cuidado preconizada pelas diretrizes do SUS. A fragilidade no cumprimento do pilar de acolhimento e orientação demonstra que as repercussões emocionais do abortamento são subestimadas no ambiente hospitalar. Diante do impacto do abortamento na saúde mental feminina, faz-se necessária a reestruturação dos serviços e fluxos de encaminhamento, para melhor seguimento das pacientes com equipe multiprofissional, seguimento com profissional especializado como psicólogo, terapias em grupo e acompanhamento em unidade básica de saúde podem ser uma forma de atenção e cuidado, ajudando a diminuir o sofrimento e demais complexidade presente nesta experiência. Conclui-se que a humanização da assistência não deve ser apenas um ideal teórico, mas uma prática enraizada no cotidiano de atendimentos dos profissionais, que assegure à mulher o suporte emocional e a orientação necessários para o enfrentamento da perda gestacional com dignidade e respeito à sua autonomia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as 81 mulheres que aceitaram participar da presente pesquisa e compartilharam sua experiência.

REFERÊNCIAS

1. AGOSTINHO A, et al. Mulher em situação de abortamento: um olhar de uma equipe de enfermagem. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15: e10790.
2. ALVES MTSSB, et al. Atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde no Nordeste Brasileiro: a estrutura dos serviços. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2014; 14(3):229-39.
3. ALVES S, ROCHA DN. SUS atende 9 de cada 10 internações por aborto. Gênero e Número, 31 out. 2023. Disponível em: https://www.generonumero.media/reportagens/sus-internacoes-aborto/. Acesso em: 7 jul. 2025.
4. ANJOS KF, et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. Saúde debate. 2013; 37(98):504-15.
5. AQUINO EML, et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1765-1776, 2012.
6. BARBOSA ASSF, et al. Representação dos profissionais da saúde pública sobre o aborto e as formas de cuidado e acolhimento. Revista SPAGESP, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 44-55, 2012.
7. BRASIL. Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025. Dispõe sobre a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, 2025a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/lei/l15126.htm. Acesso em: 06 jan. 2026.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. 05/08 – Dia Nacional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/?p=3261. Acesso em: 20 maio 2025b.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Magnitude do Aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/magnitude_aborto_brasil.pdf.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção técnica para prevenção, avaliação e conduta nos casos de abortamento. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
11. BRITO RCF, et al. Perfil sociodemográfico e reprodutivo de mulheres com complicações do aborto em hospital no Recife. Esc Anna Nery. 2013;17(3):491-5.
12. DINIZ D, et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2017; 22(2): 653.
13. FARIA DSC, et al. As perspectivas dos direitos humanos sobre aborto e saúde pública no Brasil: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021; 13(12): e9297.
14. LIMA LM, et al. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. Revista de Enfermagem UFPE, 2017; 11(12): 5074-5078.
15. LUPEPSA TA, AZEVEDO SA. Saúde mental da mulher frente ao aborto espontâneo: uma revisão integrativa. Revista Saúde e Meio Ambiente, Três Lagoas, v. 12, n. 1, p. 63-71, 2021.
16. MENDONÇA COR, CUNHA GF. O impacto do aborto na saúde mental das mulheres: revisão integrativa. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2025; 19: e082568.
17. MOREIRA EFC, et al. Impacto psiquiátrico do aborto em mulheres com diagnóstico de câncer ginecológico. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; 6(11): 4297-4323.
18. NOMURA RMY, et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. Revista da Associação Médica Brasileira, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 652-657, 2011.
19. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). Abortion care guideline. Genebra: OMS, 2022.
20. SANTOS LS, et al. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. Enfermagem Brasil, 2019; 18(4): 504-511.
21. SOARES PSM, MEUCCI RD. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(8): 3087-3095.
22. VOLGSTEN H, et al. Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. Midwifery, v. 64, p. 23-28, set. 2018.
23. ZUGAIB M, et al. Obstetrícia. 5. ed. Barueri, SP: Manole, 2023.