

Percepção de Profissionais Após Capacitação para o Acolhimento de Mulheres em Situação de Abortamento

Perceptions of Professionals Perceptions After Training for the Care of Women in Abortion Situations
Percepción de Profesionales Tras la Capacitación para la Acogida de Mujeres en Situación de Aborto

RESUMO

Objetivo: Conhecer as percepções de profissionais da Rede de Atenção Primária após capacitação sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, realizado com 5 profissionais de uma Unidade Básica de Saúde do município de Porto Alegre (Brasil). A pesquisa está vinculada ao projeto de extensão "Acolhimento para Situações de Abortamento na Atenção Primária à Saúde" que ofereceu capacitação à profissionais que atuam no atendimento de mulheres no território. Resultados: A análise emergiu em duas categorias temáticas: "Percepções sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento" e "Proteção profissional, legislação e conduta pós capacitação". **Conclusão:** O debate sobre o aborto desafia estruturas estabelecidas culturalmente. Os cuidados de saúde envolvem concepções pessoais e religiosas. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos são negligenciados, impedindo a garantia de acesso das mulheres aos cuidados de saúde.

DESCRIPTORIOS: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Relações Profissional-Paciente; Acolhimento; Aborto Legal; Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To understand the perceptions of Primary Care Network professionals following training on the care of women in abortion situations. **Method:** A qualitative, exploratory-descriptive study conducted with five professionals from a Primary Health Care Unit in Porto Alegre (Brazil). The research is linked to the extension project "Care for Abortion Situations in Primary Health Care," which provided training to professionals working in the local healthcare service. **Results:** The analysis yielded two thematic categories: "Perceptions on the care of women in abortion situations" and "Professional protection, legislation, and post-training conduct." **Conclusion:** The debate on abortion challenges culturally established structures. Healthcare involves personal and religious conceptions; thus, sexual and reproductive rights are neglected, hindering women's guaranteed access to healthcare.

DESCRIPTORS: Primary Health Care; Women's Health; Professional-Patient Relations; User Embrace; Legal Abortion; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

RESUMEN

Objetivo: Conocer las percepciones de profesionales de la Red de Atención Primaria tras una capacitación sobre la acogida de mujeres en situación de aborto. **Método:** Estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado con cinco profesionales de una Unidad Básica de Salud del municipio de Porto Alegre (Brasil). La investigación está vinculada al proyecto de extensión "Acogida para Situaciones de Aborto en la Atención Primaria de Salud", que ofreció capacitación a profesionales que actúan en la atención de mujeres en el territorio. **Resultados:** Del análisis surgieron dos categorías temáticas: "Percepciones sobre la acogida de mujeres en situación de aborto" y "Protección profesional, legislación y conducta poscapacitación". **Conclusión:** El debate sobre el aborto desafía estructuras establecidas culturalmente. Los cuidados de salud involucran concepciones personales y religiosas; por lo tanto, los derechos sexuales y reproductivos son descuidados, impidiendo la garantía de acceso de las mujeres a los servicios de salud.

DESCRIPTORIOS: Atención Primaria de Salud; Salud de la Mujer; Relaciones Profesional-Paciente; Acogimiento; Aborto Legal; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

RECEBIDO EM: 08/06/2026 APROVADO EM: 14/07/2026

Como citar este artigo: Kafruni LS, Schlemmer JT, Duarte MSN, Silva VR, Maffaccioli R, Pereira MSS. Percepção de Profissionais Após Capacitação para o Acolhimento de Mulheres em Situação de Abortamento. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2026 [acesso ano mês dia];18 (111):20606-20619. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2026v18i11p20606-20619



Larissa Santos Kafruni

Enfermeira. Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8868-5633>



Jêssica Teles Schlemmer

Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2428-3140>



Mirela de Sousa Nunes Duarte

Mestranda em Saúde Coletiva. Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9724-2016>



Vanessa Rodrigues da Silva

Titulação máxima e a instituição a que pertence.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4405-4820>



Rosana Maffaccioli

Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem. Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5846-6001>



Mariana Seabra Souza Pereira

Doutora em Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8725-8287>

INTRODUÇÃO

O aborto é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana de gestação^(1,2). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como abortamento inseguro procedimentos que objetivam interromper uma gestação quando realizado por pessoas sem habilidades técnicas e/ou em ambientes inadequados, ou ambos⁽³⁾.

O abortamento inseguro é uma das principais causas de morte materna evitável no Brasil, o que torna a redução da mortalidade materna um desafio persistente⁽³⁾. A garantia do direito ao aborto seguro é uma questão de saúde pública, pois a restrição ou proibição do aborto não impede que ele aconteça, mas aumenta as taxas de abortamento inseguro e, conseqüentemente, de morbidade e mortalidade materna⁽¹⁾.

A média de mulheres hospitalizadas decorrentes por complicações do abortamento inseguro é de 230 mil a cada ano no Brasil, com este sendo responsável por 5% do total das internações hospitalares

de mulheres em idade reprodutiva⁽⁴⁾. Em países com em que houve legalização ou políticas não criminalizatórias ao aborto, a realização de abortos inseguros é menos comum e a taxa de mortalidade materna é significativamente menor⁽⁵⁾.

Em 2021, o DATASUS registrou pouco mais de 130 abortos legais realizados em meninas de até 14 anos, enquanto o número de nascidos vivos de mães na mesma faixa etária foi superior a 17.400 no mesmo período^(6,7). A relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) é evidente em um cenário em que apenas um número muito reduzido de mulheres acessa um cuidado essencial à sua saúde⁽⁸⁾.

O atendimento oferecido na APS muitas vezes é insuficiente, inadequado e até mesmo discriminatório, especialmente quando se trata de mulheres em situação de vulnerabilidade social, econômica ou analisando o recorte raça-cor⁽⁹⁾. O potencial das unidades de saúde e de seus profissionais poderia ser direcionado para reduzir significativamente as mortes maternas relacionadas a abortos inseguros, em consonância com os protocolos brasileiros e

com recomendações da OMS⁽¹⁰⁾.

Esta pesquisa está vinculada a um projeto de pesquisa e de extensão proposto pelas autoras executado junto a uma Unidade Básica de Saúde. O projeto de extensão propôs à comunidade uma capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde através de parceria com a organização Bloco A, que estruturou e desenvolveu o curso AMPARA - Acolhimento de Pessoas em situação de abortamento e pós-aborto. Assim, esta investigação buscou conhecer quais são as percepções dos profissionais de saúde após capacitação sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento.

MÉTODO

Estudo qualitativo, exploratório-descriptivo, que seguiu o Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ), instrumento com 32 itens que propõe um relato completo e transparente de pesquisas qualitativas do tipo entrevistas⁽¹¹⁾.

Foram incluídos 5 profissionais atuantes

tes em uma Unidade Básica de Saúde no município de Porto Alegre (Brasil). Os critérios de inclusão foram: ter participado do projeto de extensão universitária, concluído a capacitação e estar atuando na Rede de Atenção Primária há pelo menos 6 meses. O estabelecimento de um período mínimo de atuação junto à população é justificado pela necessidade de incluir profissionais que possuam imersão no serviço, vivência de seus entraves e vínculo com a gestão e a equipe da unidade.

A capacitação contou com o curso AMPARA, desenvolvido pela Organização Feminista Bloco A em parceria com o *Safe Abortion Action Fund* e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Posteriormente ao momento de capacitação, os profissionais participantes do estudo foram convidados presencialmente a participar da pesquisa, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada sobre experiências dos serviços e práticas profissionais sobre o tema e sobre o processo e resultado da intervenção. As cópias das transcrições das entrevistas serão mantidas pelas pesquisadoras responsáveis por cinco anos para então serem destruídas. A análise de dados foi conduzida em cinco etapas, segundo Minayo (2012).

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido a dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) com o parecer número 6.166.044 e o CAAE 70133523.6.0000.5347. Houve a necessidade de tramitar no Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e também da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre (Brasil).

RESULTADOS

A idade média dos profissionais foi 37 anos, variando entre 25 e 47 anos. Quanto à formação: dois médicos (2), uma enfermeira e um enfermeiro (2) e um agente comunitário de saúde (1), totalizando cinco profissionais sendo que apenas uma mulher compôs o grupo. O tempo médio

de atuação foi de três anos, variando entre 10 meses a 7 anos. Dos cinco participantes, três tinham pós-graduação.

A análise das entrevistas resultou em duas categorias temáticas: "Percepções sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento" e "Proteção profissional, legislação e conduta pós-capacitação". Os participantes serão referenciados por código conforme segue: C1, C2, C3, C4 e C5.

Percepções sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento

O acolhimento às mulheres em situação de abortamento está relacionado ao domínio de habilidades que possibilitem reconhecer esses casos. Nesta pesquisa, quando questionados a respeito dos casos atendidos no território, em um primeiro momento, os profissionais declararam não ter atendido mulheres que desejavam interromper uma gravidez ou mesmo que teriam direito ao aborto legal.

Eu, particularmente, nunca peguei nenhum caso assim, sabe? Eu nunca tive essa prática, pra mim nunca chegou (C1).

...não tenho assim nenhuma experiência (...) nem de abortamento e nem de esse desejo por interromper uma gestação voluntariamente também não costumo receber (C4).

Após declarar que nunca haviam se parado com casos de abortamento em suas trajetórias profissionais, alguns participantes voltaram atrás e revisaram suas afirmações. Mesmo sabendo que esses casos poderiam se tratar de abortos provocados, os profissionais evitaram verbalizar essa possibilidade, preferindo narrativas mais palatáveis e socialmente aceitas, relatando como abortos espontâneos e eventual aceitação de gestações não desejadas

Eu não recebi até agora... Ontem recebi na verdade, mas foi um abortamento espontâneo (C4).

O que eu já passei foi assim: mulheres que tiveram uma gestação não planejada e ao buscar a consulta, no primeiro momento, sinceramente elas não sabiam. Elas não sa-

biam se queriam levar adiante, né, essa, esta gestação. Mas eu as acolhi, deixei ela bem à vontade e ambas levaram gestação. E depois uma acabou perdendo o filho, mas não foi proposital, não foi algo intencional. Foi realmente porque aconteceu. (C1).

As situações que chegam aqui, nenhuma das vezes que eu realizei atendimento presenciei situações que pudessem ter encaminhamentos quanto a violência sexual, abuso. A única que teve foi uma adolescente que foi dado os devidos encaminhamentos pela rede. Enfim, não é uma coisa muito usual esse tipo de situação no território (C2).

Percebeu-se que o roteiro de acolhimento de primeira consulta no pré-natal não é comum informar às mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos ou os critérios para o acesso ao aborto legal. Para isso, é necessário que elas solicitem explicitamente essas informações, mediante confiança de violência sexual e desejo pela interrupção.

Tá, eu vou ser sincero: Eu não cito opções [ênfase em 'opções'] assim no meu ponto de vista, sabe? Eu não entro nesse meio, sabe? Pergunto se foi planejado ou não, se ela, como ela está nesse momento e independente da resposta eu deixo elas falarem, elas conduzirem mais a conversa ali. E eu sinceramente eu não dou a minha opinião no sentido de opção, de você quer levar ou não quer levar essa gestação, eu não passo pra esse lado (C1).

Claro que a gente não vai perguntar 'tá pensando em abortar?' mas a gente vai sentindo conforme... na minha experiência, a maioria das gestações, mesmo aquelas que não são planejadas, são aceitas. Ainda não chegou alguma situação que tem essa manifestação [de desejar abortar] (C5)

A abordagem dos profissionais em questionar se a gravidez foi planejada e/ou desejada pode não ser eficaz em garantir que se identifique quem são as mulheres que desejam uma interrupção. O aconselhamento qualificado e direcionado apresentaria possibilidades às mulheres, independentemente do relato inicial de cada uma.

Proteção profissional, legislação e conduta pós-capacitação

Nas entrevistas, os profissionais justificaram a omissão dessas informações com a intenção de um acolhimento "neutro", que não pendesse "nem para um lado, nem para o outro", mas que, na prática, parece eximir o profissional da responsabilidade de apresentar as informações necessárias para que as usuárias tomem decisões informadas e com autonomia sobre a sua saúde:

Enfim, e assim, eu fiz meu trabalho de acolhimento, né. Não tendenciosa nem pra um lado, nem pro outro. Mas eu as acolhi, deixei ela bem à vontade e ambas levaram gestação (C1).

...eu sempre tive esse cuidado de não julgar a pessoa, de escutar ela, de deixar ela expor suas necessidades, seus medos, suas vontades. De não forçar nenhuma opinião assim dela (C3).

Percebe-se que os profissionais acreditam não ser parte do escopo do seu trabalho falar sobre direitos sexuais e reprodutivos. Confundindo essa tarefa com a expressão de suas opiniões ou crenças pessoais. O que deveria ser uma questão de impessoalidade e garantia de direitos humanos, parece ser frequentemente interpretado como "ofertar" ou incentivar um procedimento estigmatizado. Fica para as mulheres a responsabilidade de solicitar informações das quais não têm conhecimento, gerando uma barreira intransponível para o acesso aos direitos ao aconselhamento qualificado e ao abortamento previsto em lei, e impedindo assim a unidade básica de saúde (UBS) de reconhecer essa demanda em seu território. Outro ponto relevante mencionado nas entrevistas foi o tempo exíguo destinado às consultas de pré-natal, citado como mais uma justificativa para não abordar o assunto com as mulheres.

A gente tem vinte minutos de consulta de pré-natal. Então assim, a gente teria bastante coisa pra abordar, mas infelizmente parece que [para] o município não é uma prioridade a gente fazer uma consulta de pré natal adequada como deveria ser. A gente tem que se adaptar à nossa realidade. (C5)

Tabela 1. Resultado de questionário aplicado durante a coleta de dados.

Pergunta	%	
Gravidez resultante de violência sexual é um caso em que a interrupção da gestação é permitida	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam SIM
Para acessar o direito à interrupção da gestação por violência sexual é necessário apresentar boletim de ocorrência, exame de corpo delicto ou decisão judicial	SIM: 0% NÃO: 100%	Todos os participantes responderam NÃO
O aconselhamento sobre aborto é permitido na Atenção Primária em Saúde	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam que SIM
O aconselhamento é permitido também em casos que não se enquadram nos critérios de encaminhamento para o aborto legal	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam que SIM
O aconselhamento sobre aborto seguro na APS pode promover redução na mortalidade materna	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam que SIM
O aconselhamento sobre abortamento faz parte do cuidado integral à saúde das mulheres na APS juntamente com informação sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam que SIM
Conheço quais são os critérios para acesso ao aborto legal	SIM: 100% NÃO: 0%	Todos os participantes responderam que SIM
Evito ao máximo instruir sobre opções disponíveis por receio de responder criminalmente por isso	SIM: 0% NÃO: 100%	Todos os participantes responderam que NÃO
Já encaminhei pessoas para serem atendidas em um serviço de aborto legal	SIM: 0% NÃO: 100%	Todos os participantes responderam que NÃO
A conduta correta a ser adotada frente a um caso em que a gestante manifeste desejo pela interrupção da gravidez é orientá-la quanto aos riscos do abortamento inseguro e conduzi-la ao pré-natal	SIM: 80% NÃO: 20%	4 de 5 participantes responderam que SIM
Tenho a prática de informar a todas as gestantes que atendo sobre as opções disponíveis	SIM: 20% NÃO: 80%	4 de 5 participantes responderam que NÃO
Considero que o aborto deve ser prevenido até mesmo por medidas legais	SIM: 60% NÃO: 40%	3 de 5 participantes responderam que SIM
Considero que o aborto é assassinato/pecado	SIM: 40% NÃO: 60%	3 de 5 participantes responderam que NÃO
Tenho a prática de instruir as gestantes que atendo sobre direitos sexuais e reprodutivos e as legislações que as amparam	SIM: 60% NÃO: 40%	3 de 5 participantes responderam que SIM
Procuo incentivar a manutenção da gravidez mesmo quando é indesejada, falando sobre os benefícios da manutenção da gravidez	SIM: 40% NÃO: 60%	3 de 5 participantes responderam que NÃO

De acordo com a tabela de respostas acima, todos os participantes afirmam conhecer as leis e os critérios para abortamento legal. Todos referem saber que o aconselhamento quanto ao abortamento faz parte do cuidado integral à saúde da mulher e que é permitido em todos os casos, promovendo redução na mortalidade materna. Nenhum participante afirma ter receio de responder criminalmente por instruir as usuárias quanto às opções disponíveis.

Foi possível identificar nas entrevistas algumas possibilidades para justificar a

discrepância entre o conhecimento dos profissionais e suas condutas. Busca-se explorar por que motivos ocorrem as dinâmicas presentes nos atendimentos que geram a invisibilidade dos casos constatados acima e o consequente não encaminhamento aos serviços especializados ou acompanhamento adequado a situações mais desafiadoras. Se os profissionais sabem que há impactos positivos no aconselhamento qualificado, por que não o realizam?

As respostas ao questionário combinadas com as falas das entrevistas demons-

tram que os profissionais não temem a responsabilização criminal, especialmente após a realização do curso, mas sim as potenciais sanções sociais envolvidas. Apesar de terem o conhecimento sobre critérios, legislação, direitos e ética profissional, parece haver a percepção de potenciais consequências negativas à saúde do trabalhador e à coesão e apoio social entre membros da equipe quando um profissional decide realizar o acolhimento ético às gestações não desejadas. Em contrapartida, não orientar aparenta não acarretar em consequências adversas na percepção desses trabalhadores. Os profissionais entrevistados trazem nos seus discursos falas protetivas que explicitam medo da violência institucional e medo de julgamento entre seus pares.

A gente sabe que a gente pode fazer isso [informar as mulheres], mas a gente fica meio... né? Mais pelo julgamento do resto da equipe, né (C4).

Bom, o que eu sei é que eu não posso incentivar alguém a praticar um aborto. Menores de 13 anos tem direito, né (...) Mas aí eu acredito assim que vai muito [ênfase no “muito”] do profissional [orientar sobre redução de danos ou esclarecer quem tem direito ao aborto legal] (...) Mas tudo medindo muito as minhas palavras (C4).

O receio de como a usuária vai receber essas orientações também foi citado como uma dificuldade e uma possível consequência negativa da mudança de conduta na percepção dos profissionais:

Eu digo que é bem difícil abordar esse tipo de assunto porque tem outras situações que a gente vai orientando o usuário e acaba tendo uma percepção diferente do que a gente quer passar. Então eu acredito que seja um assunto que eu teria dificuldade de conversar com a pessoa (C2).

Acho que muitas vezes a gente não se dá conta que [a gravidez de] uma adolescente com menos de quatorze anos na verdade é [resultado de] um estupro mas fica focado mais na gestação de alto risco e a gente acaba deixando passar essa situação de violência (C5).

Observa-se que as punições sociais e as consequências negativas percebidas

pelos profissionais, juntamente com a falta de apoio institucional, são fatores determinantes da forma como o acolhimento às mulheres é realizado. Embora os profissionais possuam o conhecimento necessário para oferecer o aconselhamento qualificado às meninas e mulheres, esse conhecimento, por si só, não é suficiente para promover as mudanças necessárias.

Assim, eu particularmente [em relação a] antes do curso o meu atendimento pessoal não mudaria, sabe? Nem antes, nem depois, eu nunca tive nada pessoal na minha consulta, eu sempre fui e procuro ser o mais profissional possível, independente da idade, eu sempre levo como uma naturalidade médica, no sentido de fazer meu trabalho como médico e não julgar ou nada no sentido, de idade, né?(...) E eu sinceramente eu não dou a minha opinião no sentido de opção, de ‘você quer levar ou não quer levar essa gestação?’, eu não passo pra esse lado (C1)

Outro problema identificado como uma possível razão para a insuficiência no acolhimento é a desarticulação entre os serviços, demonstrado pela falta de familiaridade dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) com o funcionamento dos hospitais de referência e os procedimentos lá realizados. Esse desconhecimento e dificuldade de diálogo gera uma falta de confiança na continuidade do cuidado.

Teve essa paciente que atendi [por um aborto] espontâneo que ela foi lá no hospital e disseram ‘ah não, a gente não tem como te atender agora, não tem jejum’. Ela é enfermeira. Ela disse que voltou no outro dia, em jejum, e falaram ‘ah não, está cheio aqui, não vai dar’. Uma gestante enfermeira, em sua quarta gestação e tudo, e não teve esse acesso. Ela conversou comigo, se sentiu super mal, desvalorizada. Eu imagino como vai ser isso com uma adolescente de menos de 14 anos (C5).

(...) Eu acredito que como não existem fluxos na rede de forma transparente, estabelecida, é tu dar uma solução entre aspas pra pessoa, não é bem essa palavra, mas pra exemplificar, é você dar uma solução e tu não dizer por onde, como e tu pode frustrar

o usuário: ‘ah, tu disse que podia, que tá previsto, e aí como é que eu faço’, né? Situações normais, via regulação, a gente já tem dificuldade, situações corriqueiras. Uma situação mais pontual, deste nível, acredito que não seja fácil encaminhar, né (C2).

Bem, na verdade, assim, eu tinha pouco, muito pouco conhecimento [sobre os métodos seguros utilizados para o abortamento]. Os métodos que eu tive contato... Eu tinha informação que a medicação era somente no câmbio paralelo, assim, que era clandestino. Que não se tinha em farmácia comercial isso, não tinha informação de ainda ter ou estar previsto. Mas até perguntei pra alguns colegas se sabiam e tal e aí alguns colegas me disseram que em alguns hospitais de convênio utilizam o outro método a não ser curetagem (C2).

A sensação de abandono institucional também foi mencionada pelos profissionais como um dos fatores contribuintes na criação da invisibilidade que os permite eximir-se de assumir a responsabilidade pelo cuidado nas gestações indesejadas e realizar o aconselhamento qualificado.

Pelo que eu entendo, assim, a gente não tem nenhuma orientação quanto a isso. Não está previsto nenhum informativo que eu tive contato, um protocolo, etc. Tem a questão do encaminhamento quando é abuso de incapaz para centro de especialidades, mas em nenhum momento é citada a possibilidade de encaminhamento para aborto (C2).

Eu acredito que este curso deveria ser feito pelos gestores da atenção primária, pra realmente [ênfase em “realmente”] estar descrito em algum fluxo de atendimento e pactuado com os hospitais da rede, porque o conhecimento sem os meios, ele vai de certa forma causar sofrimento pra equipe que não vai conseguir implementar. Além de ser um tema bem delicado e ele tem que ter uma linha de conduta institucional para evitar que um assunto de saúde vire um assunto político (C2).

DISCUSSÃO

As mulheres não expressam abertamente o desejo de abortar, visto que, no

Brasil, o tema é cercado por tabus e tratado como uma questão criminal. Há no Brasil um desconhecimento generalizado tornando a falta de informação uma barreira importante para o acesso ao aborto legal⁽¹²⁾. Assim, as mulheres buscam proteção da criminalização e do julgamento moral através do silêncio, o que afeta o modo como são acolhidas, resultando em abortamentos clandestinos ou gestações forçadas⁽¹³⁾.

Frete a essa situação, surge a questão: seriam "aceitas" as gestações não planejadas mencionadas anteriormente nas falas dos profissionais se essas mulheres tivessem ciência de outras opções? De acordo com o que está previsto nos códigos de ética médica e da enfermagem e nos manuais da OMS, consentimento livre e informado é aquele obtido mediante o esclarecimento de cada opção disponível, o oferecimento de alternativas e o esclarecimento de suas respectivas implicações, riscos e benefícios^(14,15).

A literatura confirma a percepção de que o tempo destinado às consultas pré-natais é insuficiente para o desenvolvimento das ações preconizadas pelos órgãos de saúde^(16,17). O cumprimento de roteiros estabelecidos, focado na manutenção da gravidez e no desenvolvimento do feto, é priorizado pelos profissionais em detrimento do direito das mulheres em compreender plenamente seus direitos.

Acolher de forma adequada e manter o vínculo com os usuários fortalece a eficácia e a continuidade das ações de saúde⁽¹⁸⁾. O "acolhimento" ao qual se refere essa pesquisa se relaciona ao ato de escuta que fornece orientações adequadas às demandas dos usuários, com resolutividade e responsabilização. Conceituação esta que, por vezes, conflitua com os relatos dos profissionais deste estudo em relação à sua atuação.

Nas falas dos profissionais, fica evidente que há uma preferência pela manutenção da gestação e que de certa forma há a expectativa implícita de que o profissional convença essa gestante desta manutenção. Esta conduta parece não ser

vista como imposição ou influência sobre a decisão da mulher, não se observando nas falas dos trabalhadores o receio de estar obstruindo seu acesso a um direito básico⁽¹⁹⁾.

As falas revelaram que os profissionais se sentem mais à vontade para encaminhar casos de gestações envolvendo meninas menores de 14 anos, o que pode ser explicado pelo fato de que crianças são mais prontamente vistas como vítimas inocentes⁽⁷⁾. O aconselhamento qualificado nestes casos está condicionado a uma manifestação direta e de antemão da menina ou de seus responsáveis pelo desejo de interrupção.

O regime de patrulhamento, isolamento e punições sociais infringidas pelas próprias equipes aos profissionais que se dispõem a acolher os casos de abortamento causam uma desestruturação intencional, consciente ou inconsciente⁽¹⁹⁾. Os profissionais, no entanto, não podem ser responsabilizados integralmente, posto que estão reproduzindo o contexto cultural e histórico de misoginia e conservadorismo religioso e que mantém o Brasil sob constante risco de retrocesso⁽¹²⁾.

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (MS)⁽²⁾ diz que "A atenção humanizada às mulheres em abortamento é direito de toda mulher e dever de todo(a) profissional de saúde" e que "A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)". A OMS preconiza não só o aconselhamento mas inclusive a oferta do abortamento legal na APS como sendo seguro, conveniente e capaz de proporcionar redução de custos pela acessibilidade e disponibilidade dos serviços ambulatoriais^(1, 20). O aconselhamento qualificado é viável e encontra respaldo nas normas vigentes. Adaptações simples na APS podem ampliar ações eficazes na redução da mortalidade materna por abortamentos inseguros no Brasil⁽⁹⁾.

CONCLUSÃO

Conhecer as percepções de profissionais da Rede de Atenção Primária após capacitação sobre o acolhimento de mulheres em situação de abortamento. Os resultados evidenciaram o acolhimento de mulheres e de meninas e resultando na invisibilidade dos casos. A preocupação com possíveis repercussões individuais e a necessidade de evitar conflitos sobreponem-se à preocupação maior de proteger a vida e a saúde das usuárias.

O temática do aborto desafia estruturas estabelecidas e envolve concepções pessoais e religiosas profundamente enraizadas em uma sociedade que frequentemente negligencia os direitos e a saúde das mulheres. Essa dinâmica é permeada por elementos de machismo e de misoginia e pela restrição do poder de decisão das mulheres sobre seus próprios corpos. As autoras sugerem o uso do termo "aconselhamento qualificado" para denotar o cuidado intencional e qualificado em acolher, vincular, identificar, informar adequadamente e encaminhar ou orientar os casos de gestações indesejadas na APS.

Necessita-se de uma reestruturação de políticas públicas relativas ao abortamento, para que o aconselhamento qualificado seja incluído e explícito nos manuais e protocolos disponibilizados para aos profissionais de saúde.

Como limitações deste estudo destaca-se a dificuldade em efetivá-lo. O estudo levou mais de dois anos desde o seu primeiro projeto até a sua finalização, por haver inúmeros entraves institucionais e subjetivos durante a sua trajetória. A sensibilização dos profissionais para a participação foi desafiadora, implicando a necessidade de apoio da gerência da unidade em questão. Assim, destaca-se o número reduzido de profissionais participantes e especialmente, o fato de apenas uma mulher ter aceitado participar do projeto de extensão e de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. IFF/Fiocruz Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente - Conteúdo para profissionais de saúde, voltado para prática clínica e baseado em evidências científicas [Internet]. Abortamento seguro: Orientação técnica e de políticas para...; [citado 29 jul 2024]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/abortamento-seguro-orientacao-tecnica-e-de-politicas-para/>.
2. BRASIL.Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. Atenção humanizada ao abortamento; [citado 2 fev 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
3. Cardoso BB, Vieira FM, Saraceni V. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais? Cad Publica [Internet]. 2020 [citado 13 fev 2023];36(supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01002-311x00188718>
4. Uliana MD, Marin DF, Silva MB, Giugliani C, Iser BP. Interações por aborto no Brasil, 2008-2018: estudo ecológico de série temporal. Epidemiol Serv [Internet]. 2022 [citado 28 jul 2023];31(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742022000100017>
5. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdts C, Tunçalp Ö, Johnson BR, Johnston HB, Alkema L. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. Lancet [Internet]. Jul 2016 [citado 19 fev 2025];388(10041):258-67. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30380-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30380-4)
6. Observatório da Criança e do Adolescente [Internet]. Número de nascidos vivos de mães de até 19 anos de idade; [citado 23 fev 2023]. Disponível em: <https://observatoriocrianca.org.br/Indicador/Grupo/b8903ad7-8883-414b-a3be-919b248f587b?T=b7e23e85-b462-4251-a414-9cc9b5dfd614>
7. Diniz D, Dios VC, Mastrella M, Madeiro AP. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. Rev Bioet [Internet]. Ago 2014 [citado 28 jul 2024];22(2):291-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
8. Maia MN. Oferta de aborto legal na atenção primária à saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 26 jan 2021 [citado 14 fev 2023];16(43):2727. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2727](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2727).
9. Giugliani C, Ruschel AE, Belomé da Silva MC, Maia MN, Pereira Salvador de Oliveira DO. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 23 fev 2019 [citado 10 abr 2025];14(41):1791. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791)
10. BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde MS [Internet]. [citado 14 fev 2023]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Care [Internet]. 16 set 2007 [citado 11 mar 2023];19(6):349-57. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Pereira C. Entre a Cruz e a espada: a (des)penalização do aborto na América Latina: Insular; 2021. 164 p.
13. Ruschel AE, Machado FV, Giugliani C, Knauth DR. Mulheres vítimas de violência sexual: rotas críticas na busca do direito ao aborto legal. Cad Saude Publica [Internet]. 2022 [citado 28 jul 2024];38(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt105022>
14. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
15. World Health Organization (WHO) [Internet]. Abortion care guideline; [citado 17 dez 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
16. Livramento DD, Backes MT, Damiani PD, Castillo LD, Backes DS, Simão AM. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. Rev Gauch Enferm [Internet]. 2019 [citado 28 set 2024];40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>
17. Amorim TS, Backes MT, Carvalho KM, Santos EK, Dorosz PA, Backes DS. Gestão do cuidado de Enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Esc Anna Nery [Internet]. 2022 [citado 28 set 2024];26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0300>
18. Rio Grande do Sul. Acolhimento na Atenção Primária do RS [Internet]. Nov 2022 [citado 28 set 2024]. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/23095813-acolhimento-na-aps-3.pdf>
19. Branco JG, Brilhante AV, Vieira LJ, Manso AG. Objeção de consciência ou instrumentalização ideológica? Uma análise dos discursos de gestores e demais profissionais acerca do abortamento legal. Cad Saude Publica [Internet]. 2020 [citado 28 jul 2024];36(supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00038219>
20. Santos VC, Anjos KF, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev Bioet [Internet]. Dez 2013 [citado 28 jul 2024];21(3):494-508. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1983-80422013000300014>