

ATENDIMENTO HUMANIZADO NO ABORTO ESPONTÂNEO: PILARES PARA UMA ASSISTÊNCIA INTEGRAL

HUMANIZED CARE IN SPONTANEOUS ABORTION: PILLARS FOR COMPREHENSIVE CARE

Tamires Nikita Viana Pacini

Graduanda em Medicina

Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS

Email: tamires.pacini@uscsonline.com.br

RESUMO

Objetivo: Este relato de experiência tem como objetivo refletir sobre aspectos essenciais a serem priorizados na assistência à mulher em situação de aborto espontâneo, a partir de vivências acadêmicas em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). **Introdução:** O aborto espontâneo é uma das principais causas de perda gestacional e representa uma experiência com impactos significativos físicos, emocionais e sociais. Apesar disso, muitos serviços de saúde ainda adotam uma abordagem centrada exclusivamente em aspectos clínicos, desconsiderando o sofrimento emocional da mulher. A ausência de práticas humanizadas pode agravar o trauma e dificultar o processo de luto. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido entre outubro e dezembro de 2024, durante estágios supervisionados do curso de Medicina em ambulatórios de ginecologia e unidades de urgência obstétrica do SUS. As vivências foram registradas em diário de campo e discutidas em grupos tutoriais. A análise foi fundamentada em diretrizes do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização (PNH) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), respeitando os princípios éticos de anonimato e confidencialidade. **Resultados:** Foram identificados elementos fundamentais para a humanização da assistência à mulher em situação de aborto espontâneo, como: acolhimento respeitoso, escuta qualificada, comunicação sensível da perda gestacional, manejo adequado da dor, apoio psicológico e orientações pós-evento. Observou-se que a ausência desses elementos contribui para o agravamento do sofrimento emocional e para a sensação de desamparo por parte das pacientes. Em contrapartida, condutas centradas na mulher demonstraram que é possível aliar o cuidado técnico ao respeito pela dor da perda, promovendo uma assistência mais humanizada, e fortalecimento do vínculo com a equipe. **Discussão:** A literatura e a experiência de campo evidenciam que práticas humanizadas estão associadas à melhora da saúde física e mental das mulheres. No entanto, a efetivação desse cuidado ainda enfrenta desafios no contexto do SUS, como escassez de recursos, sobrecarga das equipes e falta de capacitação contínua. A atuação de equipes multiprofissionais e a implementação de protocolos baseados em diretrizes são estratégias viáveis para qualificar o atendimento e reduzir o sofrimento associado à perda gestacional. **Conclusão:** O cuidado humanizado à mulher em situação de aborto espontâneo é uma necessidade urgente. A

incorporação de práticas que valorizem a escuta, a empatia e a integralidade pode transformar uma experiência potencialmente traumática em um momento de cuidado e acolhimento. Para isso, é fundamental o investimento em formação continuada, fortalecimento da atenção básica e compromisso institucional com a humanização da assistência à saúde da mulher.

Palavras-chave: Aborto espontâneo; Humanização da assistência; Saúde da mulher; Perda gestacional;

INTRODUÇÃO

O abortamento é uma síndrome hemorrágica que ocorre na primeira metade da gestação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definido como a interrupção da gravidez antes das 22 semanas, ou quando o feto apresenta peso inferior a 500 gramas ou comprimento menor que 16,5 centímetros, ou seja, antes de atingir a viabilidade fetal (FEBRASGO, 2018).

O abortamento espontâneo ocorre de forma natural, sem a realização de qualquer intervenção externa. Pode estar relacionado a condições maternas ou a alterações genéticas e morfológicas do embrião ou feto. Trata-se de uma condição de origem multifatorial, muitas vezes inevitável, que pode estar associada a alterações cromossômicas, infecções, distúrbios hormonais, fatores imunológicos, anatômicos ou causas indeterminadas. Estima-se que sua incidência clinicamente reconhecida na população geral varia entre 10% e 15% (FEBRASGO, 2018).

O abortamento pode ser classificado como precoce ou tardio, de acordo com a idade gestacional. Considera-se precoce quando ocorre até a 12ª semana de gestação, e tardio quando acontece entre a 13ª e a 20ª semana. Os casos precoces correspondem a cerca de 80% dos abortamentos. Apesar de sua alta ocorrência, a vivência do aborto espontâneo é marcada por sofrimento físico e emocional, exigindo uma abordagem clínica cuidadosa, humanizada e acolhedora (FEBRASGO, 2018).

No contexto da atenção à saúde, ainda são frequentes relatos de desassistência, comunicação inadequada, abordagens mecanicistas e falta de acolhimento diante da dor e da perda vivida pelas pacientes. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reforçam a importância da atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento, com foco em acolhimento, escuta qualificada, manejo adequado da dor, suporte emocional e garantia dos direitos reprodutivos.

A partir de experiências acadêmicas em unidades de saúde que atendem casos de aborto espontâneo, observou-se a necessidade de um protocolo assistencial que una a abordagem técnica com o cuidado humanizado, buscando minimizar o sofrimento da mulher e seus familiares e garantir um atendimento integral, ético e respeitoso.

O objetivo deste relato de experiência é refletir sobre a importância do cuidado humanizado no atendimento a mulheres em situação de aborto espontâneo, com base nas vivências acadêmicas em unidades de saúde do SUS. Busca-se destacar os aspectos prioritários para uma assistência integral, ética e humana, levando em consideração as dimensões emocionais, clínicas e sociais da perda gestacional, e enfatizando a necessidade de uma abordagem que respeite as necessidades e sentimentos da mulher nesse momento delicado.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência acadêmica desenvolvido durante atividades práticas do curso de Medicina, no contexto de estágios supervisionados realizados entre outubro de 2024 e dezembro de 2024 em unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o ambulatório de ginecologia e serviços de urgência obstétrica. As vivências relatadas referem-se ao atendimento de mulheres em situação de aborto espontâneo.

A descrição da experiência foi sistematizada a partir de registros em diário de campo acadêmico e discussão em grupos tutoriais, preservando o anonimato das pacientes e respeitando os princípios éticos da confidencialidade e do sigilo. A proposta de protocolo assistencial humanizado surgiu como resultado da análise crítica das práticas observadas, com base em diretrizes do Ministério da Saúde e referenciais de atenção humanizada ao abortamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o estágio realizado em um hospital de referência regional, foi possível acompanhar diferentes casos de aborto espontâneo, atendidos principalmente nos serviços de pronto-atendimento de ginecologia e obstetrícia. Observou-se que a assistência prestada às mulheres em situação de abortamento espontâneo estava centrada, em grande parte, na estabilização clínica, e confirmação diagnóstica por ultrassonografia transvaginal. No entanto, aspectos subjetivos e psicossociais, fundamentais para o enfrentamento da perda gestacional, eram frequentemente negligenciados.

A escuta qualificada, o acolhimento empático e uma comunicação sensível mostraram-se ausentes ou pouco presentes na maioria dos atendimentos observados, comprometendo a integralidade do cuidado. O contato com a paciente, por vezes, se limitava a perguntas objetivas, sem espaço para acolhimento emocional ou escuta qualificada. A comunicação da perda gestacional, por sua vez, nem sempre era conduzida com a delicadeza necessária, o que acabava gerando insegurança e agravando o sofrimento da mulher.

Essas deficiências assistenciais refletem, os desafios estruturais enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a sobrecarga de trabalho, a escassez de profissionais e a limitação de recursos materiais e humanos. O tempo reduzido destinado às consultas e a alta demanda dificultam o desenvolvimento de vínculos e a abordagem integral, que deveria considerar não apenas o cuidado físico, mas também o sofrimento emocional vivenciado pela paciente. Essa realidade compromete diretamente a qualidade da assistência e intensifica o sofrimento da mulher, especialmente em um momento de vulnerabilidade e luto.

O aborto espontâneo, é uma experiência marcada por grande impacto emocional. Diversos estudos apontam que a perda gestacional pode desencadear quadros de depressão, ansiedade, culpa e, em alguns casos, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Quando esse evento não é acompanhado por uma rede de apoio acolhedora e por profissionais capacitados, o sofrimento tende a se prolongar, prejudicando a saúde mental e a capacidade de resiliência da mulher.

A Política Nacional de Humanização (PNH) e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem que o acolhimento e a escuta qualificada são componentes essenciais de uma assistência integral. Estudos reforçam que o reconhecimento das emoções da paciente, a validação de sua dor e o cuidado empático são determinantes para o processo de recuperação. No entanto, essas práticas ainda não estão plenamente incorporadas na rotina de muitos serviços, seja por limitações institucionais, seja pela falta de formação adequada dos profissionais em competências relacionais.

Outro ponto crítico observado foi a forma como a perda gestacional é comunicada. Em muitos casos, o anúncio do abortamento ocorre de maneira direta, sem preparação prévia ou sensibilidade às reações emocionais da paciente. A comunicação ineficaz, sem escuta e sem espaço para expressão da dor, pode gerar sentimentos de frustração, abandono e revolta, dificultando o processo de aceitação e elaboração do luto. A literatura destaca que a comunicação

humanizada deve ser individualizada, considerando o contexto emocional, social e psicológico da mulher.

Além disso, o manejo da dor foi identificado como uma lacuna importante na assistência. Embora a dor física seja geralmente tratada com analgésicos e condutas clínicas apropriadas, a dor emocional frequentemente permanece sem abordagem específica. A ausência de apoio psicológico imediato e de encaminhamentos para acompanhamento multiprofissional reflete a invisibilização do sofrimento psíquico no contexto do abortamento. A inclusão de psicólogos e assistentes sociais nas equipes pode representar um avanço significativo, promovendo o enfrentamento saudável do luto e prevenindo complicações emocionais futuras.

Em contraponto, também foi possível vivenciar situações em que a equipe atuou com empatia e escuta ativa, explicando com clareza o quadro clínico, respeitando o tempo da paciente para lidar com a notícia e oferecendo suporte psicológico inicial. Essas experiências positivas demonstraram que é possível aliar o cuidado técnico ao respeito pela dor da perda, promovendo uma assistência mais humanizada.

A superação dessas barreiras exige não apenas investimentos estruturais, mas também mudanças culturais e institucionais. A adoção de protocolos clínicos baseados em evidências, como os da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da OMS, pode padronizar condutas, assegurar direitos e orientar profissionais sobre como oferecer um cuidado centrado na paciente. Protocolos específicos para o atendimento em situações de perda gestacional devem incluir diretrizes para a escuta ativa, comunicação sensível, manejo da dor e encaminhamento para suporte psicológico.

A partir dessas vivências, surgiu a reflexão sobre a importância de desenvolver um protocolo assistencial com enfoque humanizado, que possa orientar os profissionais de saúde na condução de um cuidado integral à mulher em situação de aborto espontâneo, contemplando não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores emocionais e sociais envolvidos.

Nesse contexto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, da Política Nacional de Humanização (PNH), destacam-se seis aspectos centrais que devem ser considerados e valorizados no atendimento a essas mulheres, respeitando as particularidades de cada serviço e suas condições de estrutura e equipe:

1. Acolhimento inicial e escuta qualificada

- Receber a paciente com empatia, respeito e livre de julgamentos.
- Garantir privacidade durante a escuta e o exame físico.

- Identificar precocemente sinais de sofrimento emocional ou psicológico.
2. Avaliação clínica e diagnóstica humanizada
- Realizar a anamnese e o exame físico com linguagem acessível, evitando termos técnicos sem explicação.
 - Solicitar exames (como beta-hCG, ultrassonografia transvaginal, hemograma) com consentimento informado.
 - Certificar-se de que a paciente compreende o diagnóstico e participe ativamente das decisões sobre a conduta.
3. Comunicação da perda gestacional
- Informar com sensibilidade e clareza, adaptando a linguagem ao contexto e perfil da paciente.
 - Oferecer tempo e espaço para que a mulher possa assimilar a notícia.
 - Validar os sentimentos expressos, como tristeza, culpa ou frustração.
4. Manejo clínico com respeito e cuidado integral
- Apresentar as opções terapêuticas (expectante, medicamentosa ou cirúrgica) de forma transparente e compartilhada.
 - Tratar adequadamente a dor, considerando tanto o aspecto físico quanto emocional.
 - Evitar intervenções desnecessárias ou decisões precipitadas, respeitando o tempo e o contexto da paciente.
5. Apoio emocional e encaminhamentos
- Oferecer suporte psicológico imediato, sempre que disponível, ou orientar para seguimento.
 - Avaliar a necessidade de afastamento laboral e fornecer atestado de forma discreta.
 - Encaminhar para redes de apoio, como a atenção básica, grupos de acolhimento e serviços de saúde mental.
6. Orientações pós-evento e seguimento
- Informar sobre os cuidados pós-aborto, sinais de alerta e a importância do retorno ao serviço, se necessário.
 - Abordar a contracepção de forma respeitosa e não coercitiva, considerando o momento emocional da paciente.
 - Reforçar que o aborto espontâneo é uma condição comum e, na maioria das vezes, não compromete futuras gestações.

Por fim, a formação contínua das equipes de saúde é imprescindível. A capacitação técnica deve ser acompanhada do desenvolvimento de competências emocionais e

comunicacionais, essenciais para o cuidado humanizado. Instituições de ensino e serviços de saúde devem investir na sensibilização dos profissionais, promovendo uma cultura de empatia, acolhimento e respeito à subjetividade da mulher.

CONCLUSÃO

A vivência acadêmica da medicina em contextos de atenção à mulher em situação de aborto espontâneo evidenciou a urgência de um cuidado mais sensível, empático e integral. Trata-se de uma experiência que envolve dor física, sofrimento emocional e, em muitos casos, sentimentos de solidão e estigmatização. Diante disso, torna-se imprescindível que o atendimento prestado considere não apenas os aspectos clínicos, mas também as necessidades emocionais e sociais da paciente nesse momento de vulnerabilidade.

Com base nessas experiências, identificaram-se aspectos fundamentais a serem priorizados na assistência, tais como o acolhimento respeitoso, a escuta qualificada, a comunicação sensível da perda, o manejo adequado da dor, o apoio psicológico e as orientações pós-evento. Tais diretrizes, quando incorporadas à prática cotidiana, contribuem para um cuidado mais humanizado e centrado na paciente, promovendo a dignidade, o respeito e a escuta ativa como pilares da atuação profissional.

Entretanto, a consolidação de uma assistência verdadeiramente humanizada requer o comprometimento das instituições com a formação continuada das equipes, o fortalecimento da atenção básica e a promoção de ambientes de trabalho acolhedores e colaborativos. O investimento em educação permanente e políticas de cuidado integral é essencial para que essas diretrizes não se limitem à teoria, mas se traduzam em ações concretas no cotidiano dos serviços.

Assim, reforça-se a importância de um olhar mais atento e compassivo no atendimento à perda gestacional, reconhecendo o aborto espontâneo não apenas como um evento clínico, mas como uma experiência complexa, que exige escuta, empatia e responsabilidade profissional em todas as suas dimensões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às equipes de saúde do SUS pelo acolhimento durante as atividades práticas, que contribuíram significativamente para minha formação acadêmica e humana. Agradeço também às mulheres que, mesmo em um momento de dor e vulnerabilidade, permitiram o

acompanhamento de suas experiências, possibilitando reflexões profundas sobre o cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 40 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 26 fev. 2025.

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de; ANDRADE, Juvenal Barreto B. de. Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO – Obstetrícia, nº 21/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Diretriz sobre cuidados no aborto. Genebra: OMS, 2022. Disponível em:
<https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789240045163>. Acesso em: 20 fev. 2025.