

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

**A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO ACOLHIMENTO DA EQUIPE
MÉDICA**

MOSSORÓ, RN

2019

MARIA AUXILIADORA SARAIVA DE ABREU NETA

Monografia apresentado ao curso de Enfermagem como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

Orientadora: Profa. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro

MOSSORÓ, RN

2019

A162d Abreu Neta, Maria Auxiliadora Saraiva de.
A descriminalização do aborto no acolhimento da equipe
médica / Maria Auxiliadora Saraiva de Abreu Neta. –
Mossoró, 2019.
42f. : il.

Orientadora: Prof.^a Esp. Ítala Emanuely de Oliveira
Cordeiro.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade
Nova Esperança de Mossoró.

1. Saúde da mulher. 2. Aborto. 3. Descriminalização do
aborto. 4. Atenção básica. I. Cordeiro, Ítala Emanuely de
Oliveira. II. Título.

CDU: 616-007.29:614

MARIA AUXILIADORA SARAIVA DE ABREU NETA

**A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO ACOLHIMENTO DA EQUIPE
MÉDICA**

Monografia apresentado pela aluna MARIA AUXILIADORA SARAIVA DE ABREU NETA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profa. Esp. Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro (FACENE/RN)
Orientadora

Profa. Ma. Sibeles Lima da Costa Dantas (FACENE/RN)

Profa. Ma. Laura Amélia Fernandes Barreto (FACENE/RN)

RESUMO

O aborto tem ocasionado diversas discussões no Brasil que suscitam reflexões relacionadas a aspectos sociais, culturais, morais, legais, econômicos, bioéticos, religiosos e ideológicos. Devido a sua ilegalidade, o referente tema é considerado uma questão de saúde pública em razão do elevado índice de morbimortalidade materna. Assim, o presente estudo objetiva discutir a criminalização e analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca do abortamento. Para isso, foi utilizado o método quanti-qualitativo. Os profissionais que contribuíram com a pesquisa estavam devidamente informados a respeito do objetivo, metodologia e hipótese da monografia. Desse modo, a pesquisa foi realizada com os profissionais da saúde, ou seja, médico (a), enfermeiro (a), técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem que trabalham efetivamente no Centro de Saúde José Nogueira de Melo em Areia Branca, localizado na Rua Machado de Assis, 153 – bairro centro. Sendo assim, foram estabelecidos, os critérios de inclusão: estar atuando há pelo menos 01 ano no serviço, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. E os critérios de exclusão: Estar de atestado ou licença médica. Logo depois de informa-los sobre a pesquisa, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando-os como voluntários para a pesquisa, respeitando a resolução 466/12 e a resolução 510/16, que considera e preza a ética diante de pesquisas relacionadas a ciências humanas e sociais. Os objetivos desta pesquisa foram alcançados, pois foi possível analisar e compreender a perspectiva dos profissionais da saúde diante dos estigmas relacionados ao aborto. A hipótese foi confirmada, pois o aborto é considerado um problema de saúde pública que o Brasil enfrenta, pois o mesmo pode colocar em risco a vida e integridade física e emocional das mulheres que realizam o abortamento.

Palavras-chave: Saúde da mulher; Aborto; Descriminalização do aborto; Atenção Básica;

ABSTRACT

The abortion has been evoking many discussions in Brazil that make reflexions related to social, cultural, moral, legal, economic, bioethics, religious and ideological aspects. Duo to its illegality, the theme is considered an issue of the public health service because of the high maternal mortality level. Thereby, this work intends to discuss and analyze the perception of the professionals of the health service about the abortion. Thereunto, the quantitative and qualitative method was used. The professionals that contributed to this research were aware of its goals, methodology and the assumption of a monography. Thereby, the research was performed with the professionals of the area, as doctors, nurses, nursing technicians and nursing assistants that work effectively in Centro de Saúde José Nogueira de Melo in the city of Areia Branca, which is located in Machado de Assis Street, number 153 - Centro. Therefore, the inclusion criteria were stablished: they should have been working in the area for at least one year, agree with the consent form, called Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Also the exclusion criteria: to be under medical excuse or medical statement. After informing them about the research, they were asked to sign the consent form, declaring themselves as volunteers to the research, respecting the resolution number 510/16, that considers and appreciate the ethic before researches related to human and social sciences. The goals of the research were achieved, because it was possible to analyze and understand the perspective of the professionals of health service before the stigmas related to the abortion. The hypothesis was confirmed that the abortion is considered a problem of public health service that Brazil deals with, because it endangers the life and physical and emotional integrity of the women who perfom abortion.

Key-words: Women's health; abortion; Discriminalization of abortion; Basic care;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CNS Cartão Nacional de Saúde

MS Ministério da Saúde

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS Unidade básica de saúde

PSF Programa Saúde da Família

STF Supremo Tribunal Federal

IPSOS Ipsos Group S.A.

CNBB Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

PNA Pesquisa Nacional de Aborto

G Grama

BEMFAM Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil

SUS Sistema Único de Saúde

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da UBS.....27

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico I. Educação Sexual.....	28
Gráfico II. Descriminalização do aborto.....	29
Gráfico III. Realização do aborto pelo SUS.....	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	13
1.2.HIPÓTESES.....	14
1.3.OBJETIVOS.....	15
1.3.1. Objetivo geral.....	15
1.3.2. Objetivo específicos.....	15
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	23
3.1. TIPO DE PESQUISA.....	23
3.2. LOCAL DA PESQUISA.....	23
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	24
3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.5. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	25
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	25
3.7.ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	37
ANEXOS.....	41

1. INTRODUÇÃO

“O conhecimento do processo histórico de conformação do sistema de saúde é um elemento de grande importância para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.” A primeira etapa corresponde ao período de construção dos primeiros recursos governamentais da saúde, ainda limitados aos centros urbanos e a poucas doenças epidêmicas que causaram impactos econômicos. No que diz respeito ao processo de modernização do Estado Nacional, estabelecido durante a era Vargas, ele regulamentou e modificou os vínculos de trabalho e a agenda da política de saúde, que se pôs a agregar os trabalhadores ao compor as bases do sistema previdenciário. A fundação do Ministério da Saúde e a integração da assistência médica extensiva, estruturando um modelo mais amplo de previdência social, são as características mais marcantes da terceira etapa (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O período entre o golpe militar de 1964 e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, está subdividido em quatro momentos. Primeiramente, o que se debate são os impactos do regime militar na saúde em sua primeira década, e as ideias que vão surgindo nos setores de medicina das universidades. O segundo momento se refere ao desenvolvimento de distensão do regime autoritário e a articulação do movimento sanitário. Depois, são estudados o último governo militar, juntamente com a crise da previdência social e as oportunidades que esta oferece para a inserção no aparelho de Estado de militantes da Reforma Sanitária. No período da Nova República, por fim, ganham destaque a ocupação feita por representantes da Reforma Sanitária à espaços de poder, a efetuação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o processo constituinte e o consentimento ao direito à saúde em 1988, finalizando com a legislação infraconstitucional que institui um novo programa de para atender a saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) (SCOREL, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) compõe as ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Guiado por um grupo de princípios e instruções ativas em todo o país, parte de uma ideologia pensada para que o Estado assumira o seu papel, e garanta o direito à saúde, integrando a sua política institucional meios para democratizar o sistema de saúde (SCOREL, 2012).

O SUS é introduzido no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990). Seguidamente, os papéis dos entes governamentais na execução

de serviços e na administração do sistema de saúde são refeitos, as instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão são fundadas e expandidas, agregando os profissionais da saúde, gestores, prestadores e usuários (CARVALHO; LIMA; CRISTIANI, VIEIRA, 2012).

No Brasil, a saúde da mulher foi introduzida às políticas nacionais de saúde no início do século XX, limitando-se, apenas, a questões relacionadas a gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50 e 70 foram criados os programas materno-infantis, estes apresentavam uma visão cerceada sobre a mulher, baseando-se em circunstâncias biológicas e no lugar que a mulher ocupava socialmente enquanto mãe, doméstica, responsável pelos cuidados dos filhos e da família como um todo (BRASIL, 2011).

No Brasil, o movimento das mulheres criticou fervorosamente esses programas pela forma com que as tratavam, uma vez que em sua maioria, pouco tinham acesso a cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, e em maior parte de suas vidas. Atuando vigorosamente no âmbito da saúde, o movimento das mulheres colaborou para que pautas, que até aquele momento não eram discutidas por serem vistas como particulares às relações privadas, fossem agregadas a agenda política nacional. Este foi o momento de denunciar as desigualdades entre homens e mulheres, as problematizações relacionadas a sexualidade e a reprodução, os obstáculos ligados a anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, e a os desafios de ter que conciliar o trabalho doméstico com a criação e cuidado dos filhos. (BRASIL, 2011 apud ÁVILA; BANDLER, 1991).

De acordo com Montenegro Rezende Filho (2008, p 218):

É abortamento a expulsão do ovo antes de 22 semanas de gestação ou com o concepto pesando < 500g. O abortamento pode ser espontâneo ou provocado. São formas clínicas de abortamento: Abortamento inevitável, abortamento completo, abortamento incompleto, abortamento infectado, abortamento retido, abortamento habitual.

O risco de abortamento está relacionado a gravidez clinicamente possível acompanhada de sangramento vaginal de origem intrauterina, decorrente, de modo geral, de um hematoma subcoriônico após o deslocamento parcial da placenta (REZENDE, 2008).

O abortamento inevitável é diagnosticado quando o sangramento dá-se pelo canal interno do colo dilatado, principalmente se acompanhado de líquido amniótico após a rotura das membranas (REZENDE, 2008).

Abortamento incompleto indica que algum fragmento do concepto ou da placenta foi repellido, mas não completamente, como no abortamento completo. Em casos assim, há mais possibilidade de haver infecção- abortamento infectado (REZENDE, 2008).

O abortamento retido sucede morte fetal sem sua excreção, e o sangramento vaginal é habitualmente ausente. O chamado ovo anembrionado, é o tipo de abortamento retido no qual não se identifica vesícula vitelina, embrião ou batimentos cardíacos ao ultrassom transvaginal a partir da 6ª semana de gravidez (REZENDE, 2008).

No entanto, sabe-se que em vários estados e municípios não há uma agenda direcionada a questões de gênero relacionadas a direitos sexuais, direitos reprodutivos, violência e outros pontos que são de extrema importância para a saúde das mulheres, visto que ainda se instruem por uma visão limitada e dão ênfase apenas ao grupo materno-infantil. Isto serve para elucidar que a democratização e o recrudescimento da descentralização estão acomodados à agenda dos administradores de vários setores do sistema, que majoritariamente não atende à agenda de saúde das mulheres e as suas necessidades (BRASIL, 2007).

1.1. PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A princípio, a visão do movimento feminista acerca desse tema, soma questões relevantes relacionados à saúde da mulher. A leitura de livros como “Bilhões e bilhões: reflexões sobre vida e morte na virada do milênio”, em especial o capítulo “Aborto: É possível ser ‘pró-vida’ e ‘pró-escolha’?” redigido por Ann Druyan, que aborda o assunto sob diferentes perspectivas, foi fundamental para este estudo.

O problema acerca do aborto gira em torno dos fatores que o levam a ser uma questão de saúde pública. Entre eles estão os tabus ligados a sexualidade da mulher, a influência da religiosidade nos aspectos morais relacionados ao aborto, as falhas contidas no planejamento familiar e o preconceito acerca da prática, que prejudica a integridade física e emocional da mulher, além de pôr sua vida em risco por estar sujeita a acatar métodos de abortamento clandestino. Desse modo, é vital refletir sobre a forma como a criminalização do aborto no Brasil se relaciona com esses fatores, para que se compreenda mais a fundo seus riscos.

Desse modo, a presente pesquisa é relevante à medida que nos leva a refletir sobre o referente assunto, proporcionando uma visão mais crítica diante dos tabus preconcebidos socialmente e possibilitando a construção de uma assistência mais eficaz e integral para a saúde das mulheres.

Levando em consideração a delicadeza de tratar um assunto como o aborto, é importante ter em mente que independentemente de sua descriminalização no Brasil, ele permanece acontecendo de forma insegura e tornando-se cada vez mais um problema de saúde pública, dessa forma, os profissionais têm de aprender a lidar com situações que envolvem o aborto de maneira humanizada e sensata.

1.2. HIPÓTESE

Diante do estigma social acerca do aborto é visto que as mulheres temem dialogar sobre o ocorrido, dessa forma, através do silêncio é gerado um sofrimento psicológico acarretado por sentimento de culpa, baixa-estima, vergonha e medo. Sendo assim, na medida em que ocorrem as mudanças fisiológicas e as consequências diante de um aborto, a ilegalidade do aborto pode ser considerado um dos problemas de saúde pública que o Brasil enfrenta, pois o mesmo pode colocar em risco a vida e integridade física e emocional das mulheres que realizam o abortamento.

1.3.OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo geral:

- Analisar e compreender a perspectiva dos profissionais da saúde diante dos estigmas relacionados ao aborto.

1.3.2. Objetivo específico:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados.
- Descrever as dificuldades e os desafios quanto à assistência da enfermagem.
- Compreender as diferentes perspectivas referentes ao aborto.

2. REFERENCIAL TEORICO

2.1.POLITICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA A MULHER

No início do século XX, a saúde da mulher passou a ser uma pauta introduzida às políticas nacionais da época, limitada apenas a questões associadas à gestação e ao parto. Em meados das décadas de 30, 50 e 70, os programas materno infantis foram desenvolvidos. Contudo, eles demonstravam a visão cerceada que se tinha da mulher, fundamentando-se no aspecto biológico e restringindo-a ao papel de mãe e doméstica, responsável por cuidar e educar os filhos e a família como um todo (BRASIL, 2011).

Durante a década de 50, os chamados ‘Estados de Bem’ (Welfare States), vindos da Europa, se concentravam nos grupos mais vulneráveis, por esse motivo, as ações da saúde sofriam com sua grande influência. Nessa época, sendo a maternidade o papel mais relevante da mulher na sociedade e a criação dos filhos tida como importante para o desenvolvimento econômico, no Brasil, seu objetivo era fazer dessas mulheres “melhores mães”. Desse modo, durante esse período foram articuladas medidas em combate à desnutrição e ao planejamento familiar (BRASIL, 2011).

Em meados da década de 70, questões relacionadas à equidade, tema na Conferência do Ano Internacional da Mulher (1975) e do Plano da Década da Mulher (1976 – 1985), ganharam um foco maior com o objetivo de inserir as mulheres na economia e na política, a fim de reduzir a desigualdade perante aos homens (BRASIL, 2011).

Por essa razão, em 1975, foi criado o programa materno-infantil, que abarcava pautas gerais sobre proteção e assistência materna, incluindo auxílio pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério. O programa recebia forte influência de instituições internacionais controladoras, como por exemplo a Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e assim, seguindo o padrão dos demais programas verticais e desarticulados de atuações e propostas mais abrangentes, não causou tanto impacto no que diz respeito a saúde da mulher (BRASIL, 2011).

Por sua vez, na década de 80, quando o movimento feminista ascendeu no Brasil, os programas inicialmente pensados para a saúde da mulher foram intensamente criticados, já que as mulheres obtinham poucos cuidados durante o ciclo gravídico-puerperal, resultando em falta de assistência ao longo de quase toda a vida (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a mobilização das mulheres afetou fortemente a área da saúde, contribuindo para que fossem incluídas na agenda política nacional questões até aquele momento deixadas em segundo plano, por serem consideradas responsabilidade individual de

cada mulher. O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2011; apud BRASIL, 1984).

Em 1984, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde e documentos técnicos que iriam conduzir as "As Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher", que se deu início a distribuição. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher atentou para urgência em promover, com a ajuda de outras áreas técnicas, atendimento mais eficaz as mulheres negras, rurais, deficientes, indígenas, presidiárias, lésbicas, e participação ativa nos debates ações que pautam a saúde da mulher e o meio ambiente (BRASIL, 2011).

Nos anos de 2004 a 2007, com o intuito de humanizar e alcançar melhorias para o atendimento, o Ministério da Saúde apresentou propostas, tendo como base condições exigidas por diversos setores da sociedade e, também, pelos dados epidemiológicos, para expor as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Em 2011, o Ministério da Saúde uniu-se a outros segmentos sociais, especialmente ao movimento construído pelas mulheres (feminismo), assim como o das trabalhadoras rurais e o movimento negro; e ademais, as sociedades científicas junto com seus pesquisadores e estudiosos, organizações não governamentais, agências de cooperação internacionais, dirigentes do SUS, juntos, construíram a 2ª reimpressão deste documento que enuncia várias instruções e designações gerais e particulares, à exemplo: a promoção de reparações e aperfeiçoamento da infraestrutura e saúde das mulheres brasileiras como um todo, tendo em vista a melhora ao acesso de serviços de promoção, prevenção, auxílio, e recuperação da saúde em todo o país, levando em consideração a garantia dos direitos presentes na legalmente na constituição; colaboração para a atenuação da morbidade e mortalidade feminina no país, principalmente por motivos evitáveis e/ou reversíveis, em todas as faixas etárias e classes/grupos sociais, sem quaisquer tipos de discriminação; expansão, competência e humanização voltadas para o cuidado integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

2.2. O ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

É considerado aborto quando a interrupção da gestação ocorre a 20ª ou 22ª semana, com o produto da concepção pesando menos de 500 g, sendo este eliminado no processo de abortamento. Há diversos fatores de risco que podem ocasionar o abortamento, contudo, na

maioria das vezes, permanecem indeterminadas e inúmeras gestações são interrompidas por decisão própria da mulher (BRASIL, 2010).

O aborto ocorre comumente entre as mulheres brasileiras. De acordo com os estudos feitos pela Pesquisa Nacional de Aborto do ano 2016, onde 2.002 mulheres de 18 a 39 anos foram entrevistadas, todas elas alfabetizadas, 251 (13%) declararam já ter tido no mínimo uma experiência abortiva. Considerando os espaços de confiança, esta pesquisa se assemelha a Pesquisa Nacional de Aborto do ano 2010, onde a porcentagem era de 15%. A pouca diferença é irrelevante, pois pode provir de razões diversas e ainda estar inclusa na margem de erro. Os índices tendem a ser mais elevados entre as mulheres de mais idade, já que as perguntas são direcionadas a realização do aborto ao decorrer de toda a vida. Das mulheres entre 35 a 39 anos, por volta de 18% das mulheres afirma já ter praticado um aborto. O percentual aumenta entre as mulheres de 38 a 39 anos para 19%. Tendo em vista esses dados, a previsão é de que aos 40 anos, o índice seja por volta de 19%. Isso significa que em 2016, aos 40 anos, aproximadamente uma em cinco mulheres, já passou por um aborto. (1 em cada 5,4) (DINIZ et al., 2017).

Estudos comprovam que nas últimas duas décadas o recurso mais utilizado no Brasil, para realizar o aborto, é o cytotec. Desenvolvido para extinguir úlceras gástricas, é um medicamento do qual o principal componente é o misoprostol. (DINIZ; MEDEIROS; 2012)

Perdurar a criminalização do aborto não desencoraja as mulheres de fazê-lo. Isto provoca um cenário de risco com graves consequências para elas, a medida em que estas situações: ameaçam a vida e saúde destas, haja vista que está realidade foge ao controle das autoridades sanitárias; prejudicam o desenvolvimento de ações para construir programas que atendam às necessidades deste problema com medidas de prevenção e afetam o conhecimento de sua condição epidemiológica; contribuem para um estigma social que culpabiliza e penaliza a mulher. Esses problemas são encarados pelas mulheres que enfrentam complicações durante o aborto ao procurarem assistência em servidores públicos (ADESSE et al., 2015).

Metade das mulheres que realizaram o aborto lidaram com a consequência de precisarem ser internadas para concluir o ato principiado de maneira insegura: 48% (115) das mulheres precisaram ser internadas para finalizar o abortamento. Considerando os 3% (10) de não-resposta, este número cai para 46%, e considerando, também, 2 pontos percentuais de intervalos de confiança, as internações diminuíram nos anos de 2010 (55%) a 2016 (48%). Das mulheres que constataram passar por um processo de abortamento no ano de 2015 (27), 67% (18) precisaram ser internadas para concluir o aborto (DINIZ et al., 2017).

Em municípios com mais de 100 mil habitantes, os índices de aborto são mais elevados (13%) do que em municípios uma população menor, de 20 mil habitantes (11%). Isso indica que em regiões rurais, as taxas são menos elevadas. Em contrapartida, os números aumentam entre as mulheres com níveis de escolaridade mais baixos, mais precisamente, as que estudaram até a quarta série (22%), do que as que possuem níveis de escolaridade mais altos (22%), ou seja, médio e/ou superior, isso indica que entre as mulheres analfabetas, as taxas são maiores (DINIZ et al., 2017).

Contudo, esses dados valem-se do pressuposto de que os índices de aborto entre as mulheres que não estão incluídas na pesquisa, coincide com as que foram analisadas, e isto pode ou não ser exato. Não há como determinar se os dados das mulheres rurais e analfabetas corresponde aos dados estudados na PNA 2016 (DINIZ et al., 2017).

2.3. PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AS MULHERES QUE PASSARAM POR EXPERIÊNCIAS ABORTIVAS.

Considerando que o aborto é um problema de saúde pública e uma das causas de mortalidade materna, a enfermagem, como integrante da equipe na Atenção Básica, tem importante papel no que se refere à orientação e acolhimento dessas mulheres, seja na ocasião da consulta de enfermagem ou nos grupos de planejamento reprodutivo (CARVALHO; PAES, 2014).

De acordo com o Código de Ética em Enfermagem, art. 41, por obrigação a enfermagem deve: dar assistência de enfermagem sem nenhuma discriminação e/ou preconceito de qualquer espécie. Portanto, é papel da enfermagem ao dar assistência a mulher que passa por uma experiência abortiva, trata-la sem julgamentos ou preconceitos, a fim de garantir a saúde e bem estar desta (COFEN, 2019).

Entretanto, o discurso que mais recorre entre os profissionais da área da saúde, é o de que a ética os proíbe de orientar e aconselhar as mulheres que pretendem abortar. Contudo, a ética já é afetada à medida que se omite informações médicas capazes de garantir um procedimento seguro a mulheres que estão determinadas a realizar o aborto, e que provavelmente irão recorrer a práticas que colocarão suas vidas em risco. Além disso, ao denunciar essas mulheres às autoridades por tentativa de aborto, prática comum entre os hospitais brasileiros, o código de sigilo médico também é violado (GIUGLIANI et al., 2019).

Por ser um tema polêmico, o aborto desperta o lado moral e ético dos profissionais da área da saúde, das escolas médicas e da sociedade como um todo. O Código de Ética Médica estabelece punições ao médico que violar a legislação que protocola os casos de

aborto específicos, prevendo pena de cárcere que vai de um a quatro anos, estabelecida pelo Código Penal em casos onde o aborto ocorre com o consentimento da gestante. As exceções se aplicam apenas a situações onde a mulher corre risco de vida ou a casos onde a gravidez se deu por consequência de um estupro. O Código Penal não determina nenhum artigo direcionado ao aconselhamento como uma forma de prevenir e reduzir os riscos que envolvem o aborto clandestino. Desse modo, não o caracterizando como um ato que infringe a legislação hodierna (GIUGLIANI et al., 2019).

As mulheres apresentaram reações negativas como remorso e arrependimento, assim como relataram também penar-se com o sentimento de peso na consciência e com a sensação de perda, circunstâncias que refletiam do processo de culpabilidade. Com receio de serem criminalizadas e sofrerem com o estigma em torno do aborto, muitas têm medo de recorrer aos serviços de saúde (CARVALHO; PAES, 2014).

Julgamentos morais e atos de reprovação são constantemente direcionados às mulheres em situação de aborto, que, por sua vez, desejam ser compreendidas nesse contexto sem que sejam censuradas recriminadas também. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde acolham essas mulheres de modo que elas sintam-se seguras e amparadas para lidar com as dificuldades que contornam este momento em suas vidas (CARVALHO; PAES, 2014).

Uma vez que esta mulher busca os serviços de saúde, o enfermeiro deve acolhê-la, atentando para as especificidades deste atendimento e prestando a ela os devidos cuidados de forma integral. Além disso, é importante que a paciente seja orientada para o planejamento reprodutivo bem como para a prevenção de novos possíveis episódios de aborto. O método de acolher é uma das amplas características da assistência integral oferecida pelos profissionais, ao atender o sofrimento manifestado, de modo a provir um cuidado espontâneo. Logo, a pôr o diálogo em prática para atender a essa demanda, é o que garante a conduta dos profissionais da saúde o recurso da conversação, do qual eles utilizam a fim de conhecer as particularidades de cada sujeito, para assim oferecer os devidos cuidados e serviços a sua saúde (CARVALHO; PAES, 2014).

2.4. DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO

Por lidar com diversos fatores econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos, falar sobre aborto incita passionalidade e conflitos. Entender sua dimensão para pensar soluções, requer investimento em educação e informação, e espera engajamento eficaz por parte dos profissionais da saúde, da sociedade como um todo e especialmente do Estado, com a

organização jurídica do Brasil e alguns de seus princípios primordiais: democracia, laicidade do Estado, igualdade de gênero e dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2011).

A deficiência na assistência de saúde oferecida a mulher, principalmente no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva, atrelada ao discurso hospitalar e medicalizador, tornou habitual a execução do parto hospitalar e cesariano. A negligência que ocorre no acesso à educação sexual e reprodutiva, e na falta de informação sobre o medicamento contraceptivo, são fatores que elevam a quantidade de gravidez indesejadas. Pode-se relacionar esta situação ao elevado número de casos de abortos induzidos. Isto ocorre, pois, o Estado brasileiro não oferece o amparo necessário para atender aos direitos da saúde das mulheres, e como no país o aborto é ilegal, livre apenas de algumas exceções, grande parte dessas mulheres se valem de métodos clandestinos e/ou de risco, especialmente as mulheres negras, de escolaridade e classe baixa. Atualmente, o aborto clandestino e/ou de risco é tido como um problema de saúde pública, e é um dos temas mais debatidos em relação a saúde da mulher. Um tema polêmico, que provoca opiniões e posicionamentos diversos diante de das perspectivas morais, culturais, sociais, entre outras (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

No dia 29 de dezembro de 2016 a Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal declarou o aborto praticado nos três primeiros meses da gestação, não seria considerado um crime. É importante ressaltar que os demais magistrados não tinham, obrigatoriamente, que concordar com isto em decisões futuras. No entanto, este fato servirá como referência e poderá servir como aporte para outras decisões acerca do mesmo tema. Depois de vários reveses, o ponto de vista do ministro Luís Roberto e a consideração de que os artigos do Código Penal que criminalizam o aborto não batem com os direitos humanos da mulher instituídos na Carta Magna Brasileira, prevaleceu. Ao determinar que até o terceiro mês de gravidez o aborto não é ilegal, o Supremo Tribunal Federal (STF), corroborou para o reconhecimento da autonomia das mulheres e para a igualdade de gênero. Contudo, este fato ratificado majoritariamente pela Primeira Turma do STF, não quer dizer que o aborto há de ter sido descriminalizado entre nós (BERTELLI, 2018).

A empresa Ipsos realizou uma pesquisa em 24 países, que revelou que a população brasileira, em sua maioria, é contra o aborto e em defesa da vida desde o momento da concepção. O Brasil ocupa um dos primeiros lugares que defendem a vida. Apenas 13% da população sai em defesa do aborto, se essa for a escolha da mulher, e está atrás apenas do Peru, onde a porcentagem de pessoas que defendem o aborto é de 12%. Comparado ao ano passado (16%), os números de 2017 demonstraram que os percentuais caíram três pontos e

regrediram em relação aos dois últimos anos, quando os índices de apoio ao aborto estavam crescendo (BERTELLI, 2018).

Há criminalistas que asseguram que a legalização do aborto possibilitará a instrução correta sobre o uso de contraceptivos. Para estes, a ilegalidade contribui para o crescimento do mercado que fornece medicamentos abortivos. Há, também, juristas que defendem que “criminalizar o aborto é criminalizar a pobreza” (BERTELLI, 2018).

O ministro Luís Roberto Barroso, ao defender a interrupção da gravidez até o terceiro mês de gestação, se baseou no método empregado na Alemanha, França e Espanha. E argumentou que: “Durante o período de três meses o córtex cerebral, que permite que o feto desenvolva sentimentos e racionalidade, ainda não foi formado, nem há potencialidade alguma de vida fora do útero materno” (BERTELLI, 2018).

Em 1º de dezembro de 2016, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), emitiu uma nota intercedendo pela vida, e censurando toda e qualquer forma de tentar descriminalizar o aborto, opondo-se a maneira com que o STF tratou a prática em um julgamento de habeas corpus (BERTELLI, 2018).

A criminalização do aborto transgrede direitos que deveriam ser garantidos essencialmente as mulheres: liberdade sexual e reprodutiva, integridade e emancipação, além de impactar sua vitalidade reprodutiva. Pois, ao praticar um abortamento clandestino, a mulher corre o risco de não poder engravidar novamente (BERTELLI, 2018).

Em novembro de 2016, em sua carta apostólica Misericórdia et Misera, o Papa Francisco declarou que os envoltos em situações que implicaram num aborto, seriam absolvidos se acatassem a decisão de se confessar. Noutra tempo, uma deliberação como esta, precisava passar pelo consentimento de um bispo. “Para que nenhum obstáculo se interponha entre o pedido de reconciliação e o perdão de Deus, de agora em diante concedo a todos os sacerdotes, em razão de seu ministério, a faculdade de absolver a quem tenha procurado o pecado do aborto”, disse o Papa (BERTELLI, 2018).

O presidente da CNBB alega ser a favor do projeto de Lei 478/2007 – ‘Estatuto do Nascituro’, em tramitação no Congresso Nacional, que atesta o direito à vida desde o momento da concepção (BERTELLI, 2018).

Incitado pelo STF a se posicionar a respeito da descriminalização do aborto dentro dos três meses de gravidez, o governo Temer formulou um documento dirigido a Advocacia Geral da União (AGU), defendendo que a decisão sobre a vida do nascituro deve preceder de acordo com as intenções das gestantes. O planalto concorda com as decisões tomadas até então a respeito deste assunto (BERTELLI, 2018).

3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa ocorreu de maneira exploratória e descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa exploratória é utilizada quando existe pouco conhecimento sobre o assunto estudado, sendo o primeiro contato com o tema que está em análise, buscando conhecê-lo profundamente, fazendo com que ele fique mais claro, onde seu objetivo principal é o aperfeiçoamento ou a aprovação de ideias, buscando entender as razões e motivações para determinadas atitudes e comportamentos das pessoas (MUNARETTO; CORRÊA; CUNHA; 2013).

Os desacordos entre as abordagens qualitativa e quantitativa cogitam diferentes epistemologias, modos de pesquisa e formas de construção teórica. Convém reiterar, no entanto, que os métodos quantitativos e qualitativos, apesar de suas especificidades, não se afastam, pois, a pesquisa quantitativa permite medir as opiniões, reação, hábitos e atitudes em um mundo por meio de amostras que represente estatisticamente e a qualitativa serve para interpretar fenômenos, acontece por meio de observação e formulação conceitual, entre pesquisa empírica e desenvolvimento teórico, entre percepção e explicação. (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO; 2006).

3.2. Local da Pesquisa

O presente estudo foi realizado com os profissionais da saúde que trabalham efetivamente no Centro de Saúde José Nogueira de Melo em Areia Branca, localizado na Rua Machado de Assis, 153 – bairro Centro. A UBS foi escolhida como ponto de pesquisa porque é na atenção básica que é realizado o Planejamento Familiar e também por se tratar de uma UBS onde funcionam 04 equipes das Estratégias de Saúde da família, portanto essa unidade foi suficiente para a realização da coleta de dados.

3.3. População e amostra

A Unidade Básica de Saúde referenciada conta, atualmente, com, 02 enfermeiras, 09 Médico, 05 Técnicos de enfermagem, 03 Auxiliares de Enfermagem. Os critérios de inclusão: estar atuando há pelo menos 01 ano no serviço, aceitar participar da pesquisa e assinar o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. E os critérios de exclusão: Estar de atestado ou licença médica.

3.4. Instrumento de Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados, de acordo com os métodos qualitativo e quantitativo, foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, construído pelas pesquisadoras para os profissionais de saúde do Centro de Saúde José Nogueira de Melo acerca da perspectiva deles diante do aborto. Os questionamentos abordados no questionário se referiram a sua profissão e a sua percepção como cidadão comum na sociedade diante da legalização do aborto.

Um das mais úteis técnicas de recolhimento de dados a disposição das ciências sociais é a entrevista. Isso porque a partir dela, podem ser determinados tipos diferentes de se fazer a entrevista, de acordo com seu nível de estruturação. O tipo de entrevista mais estruturada é a que pré define as respostas que serão utilizadas. Já a menos estruturada, é a que deixe que a entrevista ocorra de forma espontânea, sem que a pré-determinação das respostas seja uma prioridade (Gil, 2009).

As entrevistas variam de acordo com o propósito do entrevistador, há dois tipos: Padronizada ou estruturada e despadronizada ou não estruturada. A padronizada, o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; Os questionamentos direcionados ao entrevistado são predeterminados. Dessa maneira, é realizado de acordo com um formulário elaborado e é aplicada com pessoas selecionadas de acordo com o planejamento (MARCONI; LAKATOS; 2015).

Marconi e Lakatos, afirmam que:

O motivo da padronização é obter, dos entrevistados, respostas as mesmas perguntas, permitindo “que todas elas sejam comparadas com o mesmo conjunto de perguntas, e que as diferenças devem refletir diferenças entre os respondentes e não diferenças nas perguntas” (Pág. 82).

A despadronizada permite que o entrevistado tenha liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada. Dessa maneira pode-se explorar mais amplamente uma questão (MARCONI; LAKATOS; 2015).

3.5.Procedimento para Coleta de Dados

Os profissionais que contribuíram com a pesquisa estavam devidamente informados a respeito do objetivo, metodologia e hipótese da pesquisa, logo após, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), declarando-os como voluntários para a pesquisa. Dessa maneira, foi possível aplicar o questionário semiestruturado, a fim de obter as informações que fazem parte do objetivo dessa pesquisa.

3.6.Análise de Dados

A partir dos dados obtidos através do questionário semiestruturado, foi realizada uma leitura analítica, os dados foram colocados em tabelas e gráficos e a distribuição foi analisada em estatística descritiva simples. Para o processamento dos dados foi utilizada a planilha de Excel 2010 para sumarizar os resultados da pesquisa e em seguida discutir o texto.

A estratégia utilizada na pesquisa se deu através da análise dos questionários semiestruturados entregues aos participantes. De acordo com as falas de cada um dos 11 participantes, e das respostas para as perguntas objetivas e subjetivas.

3.7.Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

O estudo foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos afirmados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da importância da assinatura do TCLE para que uma pesquisa seja realizada com seres humanos, e a resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que afirma que toda pesquisa que apresente riscos em desasias a seres humanos deve ser interrompida, visando à integridade do participante. A presente pesquisa teve por benefício a abrangência dos conhecimentos populacionais e profissionais a respeito da descriminalização do aborto e enriquecimento científico. Tendo em vista que a discricção é uma característica do ser humano, um dos riscos que os entrevistados correram, foi o constrangimento ao responderem algum questionamento feito, tendo o direito de negar-se a responder e desistir de participar da pesquisa. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da FACENE.

4. REULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões foram apresentados por meio de tabelas e gráficos. A tabela 1 contém os dados e características sociodemográficos dos participantes desta pesquisa, com o intuito de informar, de modo geral, o perfil dos profissionais que fizeram parte da

análise. A tabela em questão contém sexo, idade, titulação profissional e estado civil, conforme descrito abaixo:

4.1 ANÁLISES DOS RESULTADOS QUANTITATIVOS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos profissionais da UBS

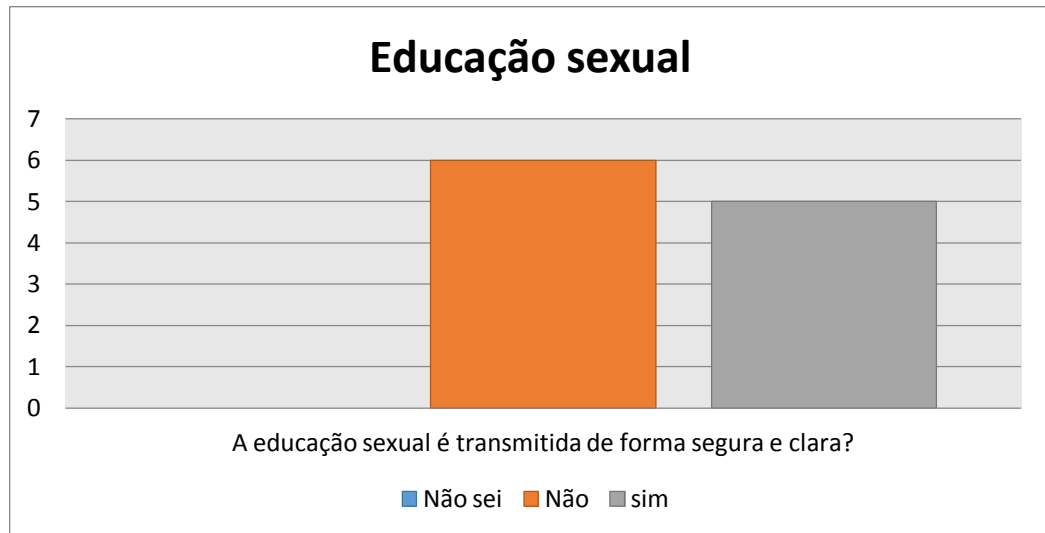
Característica sociodemográficas	Nº	%
Sexo		
Feminino	9	82%
Masculino	2	18%
Idade		
20-30	1	9%
30-40	6	55%
40-50	1	9%
50-60	3	27%
Estado civil		
Casado(a)	5	45%
Solteiro(a)	4	36%
Divorciado(a)	1	9%
Viúvo(a)	1	9%
Profissão		
Médico(a)	1	9%
Enfermeiro(a)	2	18%
Técnico(a) de Enfermagem	5	45%
Auxiliar de Enfermagem	3	27%

Os resultados da coleta de dados demonstraram que, dos 11 profissionais que se submeteram responder o questionário semiestruturado, em sua maioria era do sexo feminino (82%), casadas (60%). De acordo com a tabela 1, em relação à profissão, as que obtiveram mais prevalência foram os técnicos de enfermagem (45%) e os auxiliares de enfermagem (27%). A idade entre os participantes variou entre 25 e 59 anos.

O gráfico I abaixo, em resposta a categoria relacionada à educação sexual, apresenta a resolução das respostas dos 11 participantes sobre o modo como e se a educação sexual é

transmitida de maneira adequada pelas instituições escolares e pelos familiares, como pode ser observado no gráfico:

Gráfico I. Educação Sexual



Há, em nossa sociedade, espaços que cumprem respectivas funções sociais. No caso da escola, sua responsabilidade é formar o indivíduo social, física e culturalmente. Percorrendo todas essas etapas, está à sexualidade, que é um dos aspectos mais importantes durante o desenvolvimento do aluno e sua evolução terá grande influência da escola e do que será aprendido através da família. Além disso, deve ser trabalhada ao lado de profissionais capacitados, para que não haja conflitos e manifestações pessoais vindas da equipe escolar (DESSEN; POLONIA, 2007; GAVA; VILLELA, 2016 Apud FURLANETTO et al., 2018). O que torna a educação sexual imprescindível nas escolas são as diversas formas de se relacionar com o mundo, os padrões sociais e culturais, e as diferentes visões que surgirão a partir disso. No entanto, ainda que haja materiais para se trabalhar isso, grande parte dos professores não tem acesso a esse material. O tabu envolta da educação sexual, que decorre da própria constituição histórica da sexualidade, dificulta seu ensino no Brasil (NARDI; QUARTIERO, 2012; GESSER; OLTRAMARI; PANISSON, 2015 Apud FURLANETTO et al., 2018).

A abordagem médico-informativo está relacionada a isso, tendo marcado o princípio das práticas de educação sexual no Brasil, continua buscando espaço para ser inserida nas escolas, por ser importante quando se trata de saúde coletiva e, também, por ser um meio de controle e abstinência para com as práticas sexuais. Esse modo de intervir se reforça ao se

unir a prevenção de doenças transmitidas sexualmente, e aos índices de gravidez durante a adolescência, que têm aumentado (FURLANETTO et al., 2018).

Conforme o gráfico I, dos 11 participantes avaliados 6 declararam que a educação sexual não é transmitida como deveria pelas instituições de ensino e família, e 5 declararam que sim, ela é transmitida da forma como deveria. O gráfico seguinte, responde a próxima categoria, que corresponde à descriminalização do aborto e apresenta o posicionamento dos profissionais acerca do tema em questão:

Gráfico II. Descriminalização do aborto



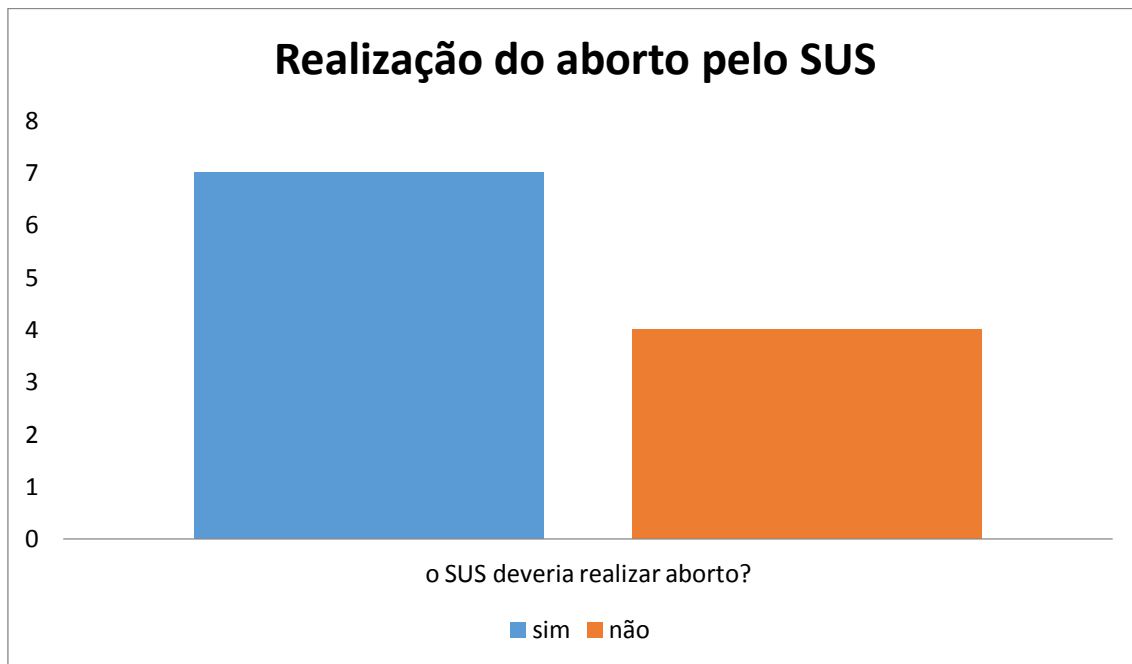
Entender o aborto como um problema de saúde pública, é também encara-lo como uma questão de cuidado a saúde ao invés de vê-lo como uma transgressão moral cometida por mulheres. Para que essa forma de pensar seja aplicada, existem estudos que se dedicam a estudar as experiências de mulheres que passaram pelo aborto e isso não se aplica apenas as mulheres que abortam ou abortaram, mas as mulheres como um todo. Desse modo, pensar o aborto dessa maneira possibilita uma nova linha de argumentações que viabiliza o debate a respeito da saúde pública brasileira (DINIZ, 2007 Apud ANJOS et al., 2013).

Com relação a um dos argumentos contra o debate a respeito da descriminalização do aborto, para que se considerem os dois posicionamentos, há a justificativa dos métodos contraceptivos e o porquê de não serem tomados. A mulher, muitas vezes, é julgada como irresponsável por não ter evitado a gravidez através do método contraceptivo, sendo obrigada,

assim, a assumir a gravidez indesejada. Vale ressaltar que todo método contraceptivo, ainda minimamente, tem sua chance de falhar.

Nesse sentido, segundo o gráfico, dos 11 participantes apenas 1 se manifestou a favor da descriminalização do aborto. Os outros 10, disseram ser contra sua legalização. No entanto, quando questionados, disseram ser contra por ser ilegal no país, e defenderam a prática apenas em situações em que a mulher tenha sofrido abuso sexual.

Gráfico III. Realização do aborto pelo SUS



Para o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), se baseia em três princípios: universalização, equidade e integralidade. Esses princípios garantem que todos tenham direito a saúde e acesso aos seus serviços, a fim de extinguir as desigualdades e melhorar a qualidade da saúde em diversas áreas, sem levar em consideração raça, sexo, ocupação ou quaisquer outros fatores de natureza distinta, pessoal ou social. Portanto, entender a assistência desempenhada pelo SUS como obrigação em vista desses princípios, inclui disponibilizar auxílio as mulheres que passam pelo abortamento respeitando, sobretudo, o livre-arbítrio da mulher diante de uma decisão como a do aborto.

O livre-arbítrio é necessário ao ser humano, incluindo à decisão da mulher diante às questões que dizem respeito ao aborto, visto que todos têm direitos e deveres perante o Estado, que deveria oferecer apoio e amparo antes de julgar e condenar. Também, o planejamento familiar não atua com qualidade no Brasil, desse modo, o Estado não pode

exigir da mulher algo que ele não pratica conforme os direitos da mesma. Logo, rever a legislação brasileira para repensar o aborto pode beneficiar a realização de ações que proporcionem mais autonomia reprodutiva para as mulheres (ANJOS et al., 2013).

Sobre isso, conforme mostra o gráfico III, através do questionário semiestruturado, a maioria dos participantes defendeu a realização do aborto pelo SUS. Dos 11 participantes, 7 saíram em defesa da realização do aborto pelo Sistema Único de Saúde e 4 não defenderam a situação em questão.

4.2 DADOS QUALITATIVOS

Os participantes foram identificados por pseudônimos de p1 a p11 e foram utilizadas apenas as falas que não se repetiam em resposta a categoria que fala sobre a situação de abortamento.

4.2.1 Conduta profissional diante de uma situação de Abortamento

Para analisar esta categoria, que tem por objetivo avaliar a postura dos profissionais ao se deparar com uma situação de abortamento, foram selecionadas as falas que mais se repetiram e a partir delas foi feita a análise qualitativa da pesquisa. Para isso, foram consideradas as reflexões propostas ao decorrer da pesquisa, para analisar devidamente quais os efeitos da conduta descrita pelos participantes.

“Sendo abortamento provocado comprovado encaminharia para o serviço obstétrico e denunciaria aos órgãos de justiça competentes.”P1

“Orientaria a paciente a procurar uma unidade de saúde (o hospital).”P2

“Realizar a anamnese do paciente, dependendo das semanas de gestação preencher a ficha de óbito fetal, encaminhar para uma unidade de alta complexidade.” P3

“Eu procuraria conversar com a paciente para tentar descobrir o porque de ter causado o aborto e orientaria os riscos de quando o aborto é provocado.”P5

“Diante da conduta do aborto, sendo profissional é que o aborto é crime, diante da situação, em casos de estupro sou a favor, pois a geração foi de um ato brutal.”P6

“Se o aborto for espontâneo exerço função que me compete. Se for pacífico de planejamento me recuso, pois não sou obrigada a participar de um crime e tenho respaldo em lei para isso”P7

É tida como aborto a intercepção da gestação durante a 20^a ou 22^a semana, com o produto da geração pesando menos de 500 g, sendo este expedido no processo de abortamento. O aborto pode ser provocado por diferentes fatores, no entanto, é comum permanecerem indeterminados e inúmeras gestações são interrompidas por decisão própria da mulher. (BRASIL, 2010).

Retomando este conceito do que é considerado aborto no Brasil e dando início a análise da postura profissional dos participantes desta pesquisa, de acordo com as respostas coletadas a partir dos questionários semiestruturados, foi avaliada as falas que mais se repetiram.

O problema em torno desses posicionamentos, é que também foi constatado, a partir da avaliação das respostas dos participantes, que em uma situação de abortamento a opinião pessoal dos profissionais prejudicaria a assistência a paciente. Visto que a maioria das respostas apresentou imprecisões, parciais ou completas, no modo de agir diante de uma situação em que fosse preciso lidar com um aborto. Desse modo, impossibilitando a paciente de receber a devida assistência e infringindo um dos principais deveres de um profissional da saúde, conforme o Conselho Regional de Enfermagem de Sergipe (COREN, 2015):

Os profissionais de enfermagem da unidade demandante devem ter em mente que, faz parte dos seus deveres, assegurar uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, art. 12), ao mesmo tempo em que é PROIBIDO negar assistência de enfermagem nas situações de urgência ou emergência (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, art. 26).

Ao lidar com uma situação de abortamento, os profissionais devem oferecer assistência de maneira acolhedora, sem discriminação de qualquer espécie. Pois ainda que o aborto seja ilegal perante a legislação brasileira, é direito de a mulher receber assistência e ser cuidada sem ser julgada e dever dos profissionais prestar o cuidado humanizado e livre de julgamentos, de integralmente e com qualidade (LIMA et al., 2017).

4.2.2 Questões religiosas e o aborto

Feito a análise dos questionários, foi observado que a maioria dos profissionais da Unidade Básica de Saúde José Nogueira de Melo, escolhida para o estudo dessa pesquisa, são

contra a prática do abortamento. A maioria nega que seu posicionamento seja motivado por crenças religiosas, ainda que elas condenem a prática. No entanto, é intrínseco o fato de que questões como a religiosidade motivam a construção de opiniões a respeito de métodos ligados ao aborto que em nossa estrutura social são tidos como uma violação ao corpo e a vida, ainda que de maneira inconsciente.

“Sim, minha crença condena a prática.” P1

“Não, O fato de ser contra implica diretamente nas políticas públicas, acredito que o país não seja preparado para atender tais demandas.” P3

“Não, Para os casos de estupro e/ou algo semelhante sim” P4

“Não para os casos espontâneos.” P10

“Não, entretanto minha crença condena a prática.” P11

O Estado brasileiro é declaradamente laico, isso requer a percepção de entender que a liberdade de consciência faz parte da constituição do país, que garante a todas as religiões o direito de divergir entre si e dentro da mesma religião. Nesse sentido, sem considerar os aspectos morais influenciados pela religião, não há respaldo em lei para que os profissionais venham a se apoiar em sua crença religiosa de modo a comprometer a assistência a paciente em uma situação de abortamento.

Seguindo esse raciocínio, para que se possa recorrer ao que é garantido na própria constituição brasileira, é preciso que os legisladores repensem a respeito da descriminalização do aborto, para que se atenda ao que se espera das organizações responsáveis pela defesa e proteção dos direitos humanos e pelo cumprimento da liberdade laica assumida pela Brasil.

A religião não foi citada com frequência como um fator para o abortamento, prevalecendo os aspectos econômicos e sociais. No entanto, os resultados confirmam a hipótese levantada neste trabalho de que existem vários fatores que influenciam diretamente na decisão da mulher em realizar um abortamento. Por outro lado, constatou-se na fala dos participantes a indicação de que a religião também se constitui num fator que influencia moralmente o posicionamento com relação ao abortamento.

Não podemos nos esquecer, no entanto, que a religião também exerce um papel muito importante na sociedade, sendo visto por seus integrantes como um ambiente de apoio emocional para seus conflitos. Nesse sentido, a religião pode ser um espaço de acolhimento e alívio das angústias que a prática do aborto pode acarretar à mulher (SILVA; FLORA, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se a partir desta pesquisa, que através das muitas lutas do movimento feminista, principalmente, as mulheres obtiveram conquistas significantes no que diz respeito ao direito e acesso aos serviços públicos de saúde. Também, avanços relevantes quanto à forma como a mulher sempre foi silenciada ao se tratar de seus direitos reprodutivos e sexuais. Contudo, ainda que alguma autonomia tenha sido conquistada, o Brasil é um dos países com maior índice de mortalidade materna e de abortamentos. O que indica que há muitos avanços e mudanças a serem alcançadas no sistema de saúde brasileiro.

A carência e ineficácia da assistência de saúde ofertada no país, como foram apontadas durante a pesquisa (como por exemplo, a deficiência do planejamento familiar), leva as mulheres a uma gravidez indesejada e prematura, o que as leva a recorrer a métodos inseguros e ilegais no país. A postura dos profissionais da saúde ao lidar com situações de abortamento, principalmente ao permitir que opiniões pessoais interfiram no acolhimento da paciente, impede que a assistência seja dada com qualidade. Este é um dos fatores que mais exigem atenção acerca do aborto, uma vez que o Estado não pode cobrar aquilo que ele não oferece conforme os direitos garantidos as mulheres, dessa forma, ele apenas favorece e fortalece a negligência perante a situação da criminalização do aborto no Brasil.

Desse modo, ressalta-se que mesmo diante de mudanças favoráveis em relação à saúde da mulher no Brasil ao longo do tempo, o aborto, mais especificamente o induzido, é uma pauta recorrente, mas pouco debatida de modo que se busque uma solução eficaz para o problema. Assim, além de ser uma pauta ideológica por comprometer a autonomia da mulher perante os direitos sobre seu próprio corpo, também é uma questão de saúde pública, por colocar em risco a vida dessas mulheres e por sua magnitude, também desencadeia inúmeras consequências biopsicossociais às mulheres que recorrem a esta forma de abortamento. Por ser um tabu social, falar sobre a descriminalização do aborto no Brasil requer paciência e cautela, mas é clara a necessidade de debater, repensar o que se entende por direito humano e considerar o que trará melhor qualidade de vida para as mulheres.

REFERÊNCIAS

- SANTOS, Vanessa Cruz et al. **Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública**: .. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2019.
- DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.177-181, mar. 2010. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452010000100026>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026>. Acesso em: 10 maio 2019.
- BERTELLI, Luiz Gonzaga. **A descriminalização do aborto**: .. 2018. Disponível em: <http://associacaopaulistamedicina.org.br/assets/uploads/suplemento_cultural/ea1dfb654dada9bfc501e637c997b4f1.pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.
- IPSOS. **Perigos da Percepção 2016**. Disponível em: <<https://www.ipsos.com/pt-br/perigos-da-percepcao-2016>>. Acesso em: 22 maio 2019.
- CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. Integrality of nursing care provided to women who have experiencing experienced an unsafe abortion. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.130-135, 2014. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140019>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0130.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2019.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. Ed. 6°. São Paulo: Atlas. 2009.
- MARCORNI, M.A. et al LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. Ed. 7ª. São Paulo: Atlas. 2015
- MONTENEGRO, C.A.B. et al REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia fundamental**. Ed. 11°. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet*2012; 17(7):1671-1681.
- DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016: National Abortion Survey 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 22, n. 2, p.653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n2/653-660>>. Acesso em: 21 maio 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica*. [Internet]. 2a ed. Brasília; 2011 Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.
- GIUGLIANI, Camila et al. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, [s.l.], v. 14, n. 41, p.1791.

23 fev. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1791](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1791). Disponível em: <<https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/1791/960>>. Acesso em: 15 maio 2019.

DINIZ, Debora et al. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/653-660/pt/>>. Acesso em: 20 maio 2019.

FERREIRA, Helaine Marla; SALES, Maria Diana Cerqueira. SAÚDE DA MULHER ENQUANTO POLÍTICAS PÚBLICAS. **Salus Journal Of Health Sciences**, [s.l.], v. 3, n. 2, p.1-1, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/2447-7826.20170016>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ENFERMAGEM, Conselho Federal de. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/legislacao/codigo-de-etica/>>. Acesso em: 15 maio 2019.

SAÚDE, Ministério da. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. [Internet]. 2a ed. Brasília; 2011 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 15 maio 2019.

ADESSE, Leila et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 106, p.694-706, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030011>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00694.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

FURLANETTO, Milene Fontana et al. Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Pesquisa**, [s.l.], v. 48, n. 168, p.550-571, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/198053145084>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v48n168/1980-5314-cp-48-168-550.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 37, n. 98, p.504-515, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-11042013000300014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300014>. Acesso em: 27 nov. 2019.

LIMA, Laís Montenegro et al. Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. *Revista de Enfermagem Ufpe On Line*, [s.l.], v. 11, n. 12, p.5074-5079, 4 dez. 2017. *Revista de Enfermagem, UFPE Online*. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25126/25346>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

SILVA, Daniela Vitti Ribeiro da; FLORA, Marilene Cabello di. A religião e o discurso de mulheres sobre o abortamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [s.l.], v. 26, n. 1, p.193-196, mar. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-37722010000100021>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n1/a21v26n1.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE – A

Questionário de coleta de dados

Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: _____.

Estado Civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()

Profissão: Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeiro () Médico ()

Você é a favor ou contra a legalização do Aborto?

A favor () Contra () Não tenho opinião ()

A sua resposta anterior levou em consideração alguma crença religiosa?

Sim, minha crença condena a prática. () Não, entretanto minha crença condena a prática. ()

Não () Outros(): _____.

Você acredita que as instituições de ensino e família transmitem de forma segura e clara uma educação sexual para prevenção de gravidez?

Sim () Não () () Não sei.

Sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) o órgão competente a realizar procedimentos médicos assistidos pelo Estado deve ele realizar abortos?

Sim, pois o aborto é uma questão de saúde pública. ()

Não, pois o aborto é referente a uma questão individual. ()

Diante de uma situação de abortamento, qual seria sua conduta como profissional?

APÊNDICE – B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado (a) senhor (a)

A presente pesquisa intitulada: DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO. A mesma será desenvolvida por: MARIA AUXILIADORA SARAIVA DE ABREU NETA, pesquisadora associada e aluna do curso de graduação em bacharelado em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE-RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, Prof. Esp. ÍTALA EMANUELLY. A pesquisa tem como objetivo geral: Analisar e compreender a perspectiva dos profissionais da saúde diante dos estigmas relacionados ao abortos. Objetivos específicos: caracterizar o perfil sociodemográfico das entrevistadas. Descrever as dificuldades e os desafios quanto à assistências da enfermagem. Compreender as diferentes perspectivas referentes ao aborto.

Justifica-se essa pesquisa pela importância em nos conduzir a reflexões acerca do aborto e a integralidade da saúde da mulher na atenção básica, destacando principalmente o impacto da ilegalidade do aborto na vida das mulheres, as perspectivas dos profissionais de saúde diante da temática referenciada e compreender a legislação vigente no Brasil. Sendo assim, o presente estudo posteriormente poderá contribuir para uma construção de uma atenção mais eficaz e integral para a saúde das mulheres.

Desta forma, venho através deste termo de consentimento livre e esclarecido, solicitar sua participação nesta pesquisa, respondendo algumas perguntas sobre dados relacionados ao envelhecimento saudável. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do Senhor será mantido em sigilo. Informamos que será mantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. A seguinte pesquisa tem por benefício à abrangência dos conhecimentos populacional e profissional sobre a descriminalização do aborto e enriquecimento científico. Tendo em vista que a discricção é uma característica do ser humano, um dos riscos que os entrevistados correm, é o constrangimento ao responderem algum questionamento feito, tendo o direito de se negar a responder e desistir de participar da pesquisa. Informamos ainda que o referido estudo apresenta riscos mínimos aos seus participantes, justificados pelos benefícios que serão adquiridos.

Os pesquisadores¹ e o comitê de Ética em pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do Senhor na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo participar do mesmo.

Declaro também que o pesquisador participante me informou que o projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa da FACENE/FAMENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, ___/___/ 2019.

Ítala Emanuely de Oliveira Cordeiro
Pesquisadora responsável/associado

Participante da pesquisa

1 Endereço residencial do pesquisador responsável: Rua : Avenida Presidente Dutra-, N°, Bairro: Alto de São Manoel. Mossoró/RN. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: itala@facenemossoro.com.br

2 Endereço do comitê de Ética em pesquisa: R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame- João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790. e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE – C

TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as resoluções éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12, suas Complementares e a Resolução 0564/2017 COFEN () em todas as fases da pesquisa Intitulada “Descriminalização do Aborto”. Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento deste, antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o Relatório Final pela PLATBR, Via Notificação ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia, mês de ano, como previsto no cronograma de execução. Em caso de alteração do conteúdo do projeto, comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLATBR, via **Emenda**. Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrante do projeto, como também, os resultados do estudo serão divulgados como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N 001/2013 MS/CNS. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

MOSSORÓ, 26 de AGOSTO de 2019.

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável.

ANEXOS

ANEXO – A



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4º Reunião Extraordinária realizada em 23 de outubro de 2019. Após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO NO ACOLHIMENTO DA EQUIPE MÉDICA". Protocolo CEP: 169/2019 e CAAE: 23229819.2.0000.5179. Pesquisadora Responsável: ITALA EMANUELY DE OLIVEIRA CORDEIRO e Pesquisadores Participantes: MARIA AUXILIADORA SARAIVA DE ABREU NETA.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para dezembro de 2019, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 23 de outubro de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria do Socorro Gadelha Nóbrega'.

Maria do Socorro Gadelha Nóbrega
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa –
FACENE/FAMENE

ANEXO – B**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada “Descriminalização do Aborto” sob responsabilidade da pesquisa da ÍTALA EMANUELLY DE OLIVEIRA CORDEIRO, o qual terá apoio desta instituição Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança CNPJ: 02.949.141.0003-42. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

MOSSORÓ, 26 de AGOSTO de 2019.

Assinatura e carimbo do responsável institucional.