

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN

ANA PAULA DE CARVALHO BEZERRA

**ABORTAMENTO INDUZIDO: A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

**MOSSORÓ
2011**

ANA PAULA DE CARVALHO BEZERRA

**ABORTAMENTO INDUZIDO: A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Ms. Lorrainy da Cruz Solano

**MOSSORÓ
2011**

ANA PAULA DE CARVALHO BEZERRA

**ABORTAMENTO INDUZIDO: A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM**

Monografia apresentada pela aluna Ana Paula de Carvalho Bezerra, do Curso de Enfermagem tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Ms. Lorrainy da Cruz Solano (FACENE/RN)
Orientadora

Prof^ª Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE/RN)
Membro

Prof^ª Esp. Verusa Fernandes Duarte (FACENE/RN)
Membro

Dedico este trabalho aos meus sobrinhos Maria Clara e Luís Henrique, pelo companheirismo nessa longa trajetória e por tudo que representam na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio de todos que sempre estiveram ao meu lado nos mais diferentes momentos da minha longa caminhada.

Agradeço a Deus, por ter me dado forças, por ter guiado e iluminado os meus caminhos sempre e por ter me dado a chance de tornar possível um dos sonhos mais importantes da minha vida. Obrigada também pelas dificuldades, serviram de aprendizado, com elas consegui ser uma pessoa melhor e mais forte. É o fim de mais uma etapa.

Em especial, agradeço a minha orientadora, Lorrainy, pela amizade, compreensão, pelos momentos preciosos dedicados a mim e ao nosso trabalho. Sei que não foi fácil abdicar de muitas coisas para estar ao meu lado nessa árdua tarefa. Não posso deixar de registrar minha gratidão, admiração e afeto por ter compartilhado comigo um pouco do que admiro nela.

Agradeço também a professora Patrícia Helena e Verusa Duarte por fazerem parte da banca examinadora. Obrigada pela confiança e carinho.

A todos os professores pelos ensinamentos e contribuições para minha formação profissional e para minha vida.

A todos os funcionários da FACENE Mossoró, quero agradecer pelo carinho, pela dedicação e pelo trabalho realizado.

Aos meus pais, Aila e Eliomar, obrigada pela educação e pelos bons princípios que me ensinaram e por se esforçarem para que o meu futuro fosse diferente. Sei que, do seu jeito, vocês expressam orgulho por eu ser quem sou hoje.

Aos meus avós maternos, *in memoriam*, sei que, de onde vocês estiverem, estão felizes pelo caminho que estou seguindo na vida. Pelo inesquecível exemplo de esperança, perseverança e de vida. Obrigada por tudo o que fizeram por mim e pelo amor que me dedicaram durante toda minha vida. Saudades.

Às minhas irmãs, Alyne e Ana Maria, pela paciência, pelo carinho, pela atenção, pelo incentivo e pela dedicação. Sei que esse sonho foi almejado por nós com a mesma intensidade. Obrigada pelo amor de vocês e por fazerem parte da minha vida.

Agradeço aos meus sobrinhos Maria Clara e Luís Henrique, parte essencial da minha vida, que, mesmo sem saberem, foram suporte imprescindível para essa jornada. Obrigada pela alegria e pelo carinho que tornavam os meus momentos sombrios mais

amenos. Por existirem e pelo amor de vocês. E por me ensinarem a cada dia o significado do amor.

Ao meu tio e padrinho Aluísio, por me ensinar a seguir o caminho do bem e por tudo o que fez por mim durante toda a vida. Obrigada por tudo.

Ao meu eterno e verdadeiro amigo Ninho, por sempre estar comigo, por me compreender como ninguém e por me trazer alegria todos os dias. Obrigada por sua amizade. Eu amo muito você.

Agradeço a minha madrinha, Ana, por ter estado ao meu lado na sala de aula durante aqueles poucos dias, mas que foram essenciais para que eu criasse coragem e aprendesse a enfrentar o mundo. Obrigada Paulinho, por estar sempre presente, pelo carinho e pela preocupação. Obrigada por acreditarem que eu sou capaz e por se orgulharem de mim. Vocês me guiaram por esse caminho, pois foi um sonho que surgiu através de vocês.

Aos primos Jorge Henrique e Ana Beatriz que de sua forma meiga, demonstraram incentivo e apoio. E por estarem sempre ao meu lado. Obrigada.

À amiga Alzira, pelos conselhos, pelas palavras de carinho e de incentivo todas as horas, e por estar ao meu lado nessa etapa da minha vida.

Às amigas Pedrina e Karla, juntas nos enfrentamos muitos obstáculos durante essa trajetória. Sem vocês eu não teria a mesma força para seguir. Obrigada pela amizade durante esses anos e pelas palavras de carinho e de perseverança sempre. Vocês me ensinaram a ver a vida com outros olhos.

A Évilis Gabriella, pelas ajudas, orientações e amizade. Obrigada por sua paciência, por ter compartilhado comigo a sua alegria e por estar ao meu lado. A Thasia, obrigada pela amizade, pelos momentos de descontração e “loucura” durante os estágios tornando todo o caminho a ser percorrido mais fácil.

A todos os colegas de curso, pelo companheirismo, amizade, pela alegria de vocês e por terem compartilhado comigo momentos maravilhosos durante a graduação.

Finalmente, agradeço a toda a minha família e àqueles que, de alguma forma, passaram pela minha vida e acreditaram em mim, principalmente nos momentos em que nem eu mais acreditava. Muito obrigada por tudo.

“Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja a nossa própria substância.”

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

Abortamento induzido é a interrupção voluntária da gravidez, através de métodos abortivos externos (químicos ou mecânicos). Trata-se de um problema de saúde pública devido ao alto índice de sua prática, dos gastos para tratamento pós-abortamento e do elevado número de morte materna, afetando, principalmente, as mulheres que recorrem a métodos inseguros para interromper uma gravidez indesejada, o que acarreta graves conseqüências a sua vida e saúde. Este estudo teve como objetivo geral analisar a concepção dos profissionais de enfermagem acerca do abortamento induzido no âmbito hospitalar. E como objetivos específicos: caracterizar a situação profissional dos entrevistados, investigar na opinião dos profissionais de enfermagem os aspectos que influenciam as mulheres a optarem pelo abortamento induzido, analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de abortamento induzido, identificar a partir da opinião dos profissionais de enfermagem sobre o registro/notificação dos eventos de abortamento induzido na instituição, averiguar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada as mulheres em processo de abortamento induzido na instituição, investigar na opinião dos profissionais de enfermagem se a instituição oferece curso de capacitação para equipe de enfermagem voltado para temática. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvida na Maternidade Almeida Castro da cidade de Mossoró-RN. Foram sujeitos desta pesquisa seis profissionais de enfermagem do setor obstétrico que se adequavam aos critérios de inclusão e que aceitaram participar livremente da pesquisa mediante assinatura do TCLE. Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturada como instrumento e material para gravação das falas. A coleta dos dados ocorreu mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE, durante os meses de fevereiro a março do corrente ano. A análise dos dados seguiu as diretrizes da análise temática. Os resultados evidenciaram a opinião dos profissionais de enfermagem a respeito dos motivos que levam as mulheres a prática do aborto induzido, de modo que foi possível traçar um perfil desses profissionais e observar como isso influencia na assistência prestada a essas pacientes. Quanto à caracterização da amostra, esta foi composta por seis mulheres, com idade oscilando entre vinte a quarenta e sete anos. O grau de escolaridade varia do nível médio a pós-graduação, a carga horária semanal é de trinta e seis a cinquenta e quatro horas e o tempo de trabalho no setor obstétrico é de oito meses a quarenta anos. De acordo com a opinião dos profissionais, os motivos que levam as mulheres a realizarem um aborto induzido envolvem situações socioeconômicas, familiares e falta de experiência, eles desconhecem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e, como conseqüência, não os respeitam. Assim o aborto não é notificado/registrado na instituição devido a sua ilegalidade, os profissionais e a instituição não parecem estar preparados para prestar um atendimento diferenciado nesses casos e não busca a transformação da prática dos profissionais, prendendo-se ao aprimoramento da técnica e da educação verticalizada. O aborto deve ser tratado seriamente, confluindo para refletir sobre a assistência de enfermagem.

Palavras-chave: Aborto induzido. Assistência integral à saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Abortion is the induced termination of pregnancy through external abortion methods (chemical or mechanical). This is a public health problem due to its high level of practice, costs for post-abortion and the high number of maternal deaths, affecting mostly women who resort to unsafe methods to stop an unwanted pregnancy, which has serious consequences in their lives and health. This study aimed to analyze the concept of nursing professionals about the induced abortion in the hospital. The specific objectives were: characterize the employment status of respondents, investigate the opinion of nursing professionals about the factors which influence women to opt for induced abortion, analyze the knowledge of nursing professionals about the sexual and reproductive rights of women in the situation of induced abortion, identify based on the opinions of nurses on the register/notification of induced abortion events in the institution, certain the perceptions of nurses about the care provided to women undergoing induced abortion in the institution, investigate the opinion of nursing staff if the institution offers training course for nursing staff focused on this theme. This is a descriptive exploratory research with quantitative and qualitative approach developed in the Maternity Almeida Castro in the city of Mossoró-RN. The subjects of this research were six nurses from the Obstetric sector that suited the inclusion criteria and accepted to participate freely in the research through subscription basis of TCLE. To collect data a guide of semi structured interview was used as instrument and equipment for recording of statements. Data collection occurred with the approval of the Ethics in Research Committee of FACENE/FAMENE, this year during the month of March. Data analysis followed the guidelines of the thematic analysis. The results showed the opinion of nurses about the reasons that lead women to induced abortion, this way, it was possible to draw a profile of those professionals and observe how this influences the care provided to these patients. As for the characterization of the sample, it was composed of six women, aged between twenty and forty years old. The level of education ranges from high school to post graduation, the weekly work hours are from thirty six to fifty four. And the working time in the obstetrical sector is between eight months to forty years. According to the professionals' opinion, the reasons that lead women to perform an induced abortion involve socio-economic situations, family and lack of experience, they are unaware of the sexual and reproductive rights of women, and hence they do not respect them, abortion is not notified/registered in the institution due to its illegality professionals and the institution do not seem to be able to provide a differentiated service in these cases and do not seek the transformation of the professionals practice, attaching themselves to the improvement of technique and vertical education. Abortion should be treated seriously joining to reflect on nursing care.

Keywords: Health. Abortion. Nursing

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização da amostra, relacionada ao sexo dos técnicos de enfermagem. -----34

Gráfico 2 – Caracterização da amostra, relacionada à idade dos técnicos de enfermagem. -----35

Gráfico 3 – Caracterização da amostra, relacionada ao tempo na instituição (em anos) e à carga horária semanal. -----36

Gráfico 4 – Caracterização da amostra, relativa à escolaridade dos técnicos de enfermagem. -----36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 ABORTAMENTO INDUZIDO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
3.2 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	19
3.3 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO	22
3.4 A ATENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO INDUZIDO	27
4 METODOLOGIA	31
4.1 TIPO DE PESQUISA	31
4.2 LOCAL DE PESQUISA	31
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	32
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	32
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	33
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	34
5.2 ANÁLISE QUALITATIVA	37
5.2.1 Percepção dos sujeitos sobre os aspectos que influenciam a mulher a optarem pelo abortamento induzido	37

5.2.2 Direitos sexuais e reprodutivos que envolvem o abortamento induzido na opinião dos profissionais -----	40
5.2.3 Registros/notificação das ocorrências de abortamento induzido da maternidade Almeida Castro -----	42
5.2.4 Atendimento de acordo com o fluxo de assistência da instituição -----	43
5.2.5 Assistência de enfermagem às mulheres em situação de abortamento induzido: protocolo de atendimento -----	44
5.2.6 Equipe interdisciplinar na assistência ao abortamento induzido -----	47
5.2.7 Educação da população no serviço: orientações dadas às mulheres que realizaram abortamento induzido -----	49
5.2.8 Educação permanente em saúde para os profissionais que lidam com abortamento induzido -----	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	53
REFERÊNCIAS -----	56
APÊNDICES -----	64
ANEXO -----	68

1 INTRODUÇÃO

O aborto provocado expõe a mulher a riscos e a complicações severas. Tais riscos variam consideravelmente, de acordo com as circunstâncias nas quais é realizado o aborto. O risco e a gravidade das complicações crescem com o avanço da gestação.

As complicações do aborto em condições de risco incluem hemorragias, perfurações uterinas decorrentes de sondas ou cânulas, ulcerações do colo ou vagina por uso de comprimidos, infecções, esterilidade secundária a salpingite, salpingite crônica, algias pélvicas, transtornos menstruais e complicações obstétricas, tais como inserção anormal da placenta, abortamentos habituais, partos prematuros, dentre outras (DOMINGOS; MERIGHI, 2010, p.179).

Tomar a decisão pela realização de aborto não é simples, pois os preceitos religiosos estão ligados a cultura e influência as posturas e opiniões sobre determinados assuntos. Embora muitas vezes esses preceitos sejam ignorados durante a decisão, pois ter uma opinião sobre esse assunto é totalmente diferente de vivenciá-lo.

Neste trabalho, será considerado abortamento a “interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500g” (BRASIL, 2005, p.22). Abortamento induzido é desencadeado por atitude humana intencional ou não (GELAIN, 1998, p.63).

No Brasil, essa prática demonstra claramente as desigualdades sociais que existem no país. Apesar de praticarem a mesma situação de ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem caminhos diferentes, com uma minoria que possui recursos financeiros e que podem arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maioria delas recorre a várias estratégias inseguras, que freqüentemente causam complicações e mortes maternas (BRASIL, 2005).

De acordo com a legislação brasileira, o abortamento induzido não é permitido, a não ser em casos para salvar a vida da mãe ou em gravidez resultada de estupro (GELAIN, 1998).

Segundo Marta e Job (2008), o abortamento induzido é hoje um grande problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, pelo grande número de abortos praticados, por causarem graves complicações reprodutivas a milhares de mulheres, pelo alto número de óbitos ocorridos pelas complicações.

Também por ser uma das maiores causas de mortalidade materna no Brasil, pelo grande número de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) para tratamento das

complicações pós-abortamento e grandes custos sociais dos gastos médicos-hospitalares despendidos no tratamento (MARTA; JOB, 2008).

Predominantemente, as mulheres que induzem o abortamento tem entre 20 e 29 anos, em união estável, com até oito anos de estudo, trabalhadoras, católicas, com pelo menos um filho e usuárias de métodos contraceptivos, as quais abortam com misoprostol (BRASIL, 2009, p. 10).

Para Emmerick (2008, p.93), “as mulheres que morrem por complicações pós-aborto são jovens, pobres, negras, com baixa escolaridade e em sua maioria legalmente solteiras [...]”.

Ainda, a violência e a desigualdade de gênero são violações freqüentes dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, por essa ser vista apenas como tendo função reprodutora e materna. Esse fato tem conseqüências sérias no cotidiano das mulheres tanto no que diz respeito ao abortamento induzido como a toda magnitude do ser mulher na contemporaneidade.

De acordo com Scott (1989 apud BRASIL, 2007, p.12):

O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder.

Existe ainda o problema dos programas de planejamento familiar que em sua maioria não são efetivos pela ausência de interação entre os profissionais de saúde e os usuários. É importante uma relação de confiança e diálogo, pois muitas mulheres conhecem os métodos de anticoncepção mais não sabem usá-los corretamente, e, muitas delas usam os métodos sem o acompanhamento e prescrição dos profissionais, resultando em uma gravidez não desejada e, não raro, na indução do aborto.

Para Brasil (2007), o planejamento familiar é parte integrante da Política de Assistência Integral à Saúde da mulher (PAISM), que deve atender às mulheres em todos os ciclos de vida, deve atuar sob a perspectiva de gênero, o atendimento deve ocorrer a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que ela apresenta determinada demanda, respeitando as singularidades de cada um.

Frequentemente, essas mulheres são vítimas do mau atendimento em instituições de saúde, por profissionais que as condenam, discriminam e se sentem no direito de julgá-las. Isso se traduz, na maioria das vezes pelo retardo do atendimento, falta de

interesse em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas.

Brasil (2005, p.16) ressalta que:

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar o atendimento.

Não se pode condenar a mulher que aborta, pois ela está com uma gravidez indesejada e com conseqüentes repercussões sociais na vida pessoal, familiar, mental e física.

Apesar de tratar-se da ilegalidade, de muitas religiões condenarem, da sociedade repugnar o abortamento induzido e quem o pratica, esse ainda é um grande desafio para as autoridades governamentais e para os profissionais de saúde em busca da conscientização e prevenção da gravidez indesejada, principalmente entre as populações mais pobres e de baixa escolaridade (EMMERICK, 2008).

De acordo com o PAISM, a assistência deve nortear-se pelo princípio da humanização, compreendida como atitudes e comportamentos do profissional que reforcem a atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres, contribuindo para ampliar a capacidade de suas escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida (BRASIL, 2007).

Por isso, a escolha desse tema, para desenvolver a presente monografia. Presenciei, durante os estágios da graduação de enfermagem no setor obstétrico, que essas mulheres geralmente não encontram o apoio, nem o atendimento de que necessitam nesse momento.

Como futuros profissionais atuantes na área da saúde, esse tema é de grande importância para nós, pois iremos presenciar diversos tipos de situações, como é o caso do abortamento induzido, em que devemos prestar um atendimento acolhedor e humanizado.

A situação em que a paciente se encontra, deve ser compreendida, procurando saber ouvir os fatores psicossociais que envolvem essa decisão e realizar uma assistência livre de preconceitos e julgamentos. Devendo, também, considerar a subjetividade de cada pessoa e perceber as necessidades individuais de cada usuária

para depois traçar um plano de cuidados individualizado baseado nas necessidades de cada uma.

Então, surgiu a questão: Qual a concepção dos profissionais de enfermagem frente à questão do abortamento induzido no âmbito hospitalar?

Por entendermos que as situações da vida das pessoas influenciam no modo de vivenciar as experiências, e também por acreditar que é preciso tornar o cuidado menos mecanicista e reducionista, uma vez que as mulheres precisam de uma equipe que compreenda suas necessidades, físicas, sociais e psicológicas, este trabalho torna-se relevante tanto para a sociedade como para a enfermagem.

A restrição legal, em relação ao abortamento, interfere na qualidade da assistência às mulheres em situação de abortamento, pois os preceitos, a cultura e a religião influenciam no modo de as pessoas pensarem e agirem, não estando a enfermagem preparada para trabalhar com a demanda de mulheres que induzem o abortamento. Partindo dessa hipótese, este trabalho propõe analisar a concepção dos profissionais da enfermagem frente ao abortamento induzido no âmbito hospitalar.

Portanto, o presente trabalho, está organizado do seguinte modo. Inicialmente, virão os objetivos, seguidos da revisão de literatura, onde consta o aporte teórico, metodologia, resultados e discussões e logo após as considerações finais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a concepção dos profissionais de enfermagem acerca do abortamento induzido no âmbito hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação profissional dos entrevistados.
- Investigar, na opinião dos profissionais de enfermagem, os aspectos que influenciam as mulheres a optarem pelo abortamento induzido.
- Analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de abortamento induzido.
- Identificar, a partir de opinião dos profissionais de enfermagem, sobre o registro/notificação dos eventos de abortamento induzido na instituição.
- Averiguar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada às mulheres em processo de abortamento induzido na instituição.
- Investigar na opinião dos profissionais de enfermagem se a instituição oferece curso de capacitação para equipe de enfermagem, voltado para a temática.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ABORTAMENTO INDUZIDO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Segundo Barros (2008, p. 2), “O aborto é hoje um dos grandes problemas de saúde pública. Quase 20 milhões de mulheres realizam abortos inseguros todo ano, sendo que muitas destas acabam morrendo ou ficando com seqüelas graves”.

Cook, Dickens e Fathalla (2004 apud GALLI; VIANA, 2010) afirmam que o abortamento representa um grave problema de saúde pública e de justiça social, envolvendo questões políticas, legais, econômicas, sociais e psicológicas.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a cada dia são realizados 55.000 abortos inseguros em todo mundo, e que 95% ocorrem em países em desenvolvimento, provocando a morte de mais de 200 mulheres diariamente. Dessa forma, segundo a OMS, pelo menos 70.000 mulheres morrem anualmente em todo mundo em decorrência de abortos inseguros, o que contribui drasticamente para o aumento de mortes maternas, notadamente em países em desenvolvimento (COOK, DICKENS, FATHALIA, 2004 apud EMMERICK, 2008, p.147).

A quantidade de abortos praticados varia de região para região, tendo menor incidência nos países desenvolvidos, onde o aborto é legal e as pessoas têm acesso a métodos contraceptivos e à educação sexual. A Ásia é a região onde ocorre o maior número de abortos praticados, aproximadamente 27 milhões anualmente. Em segundo lugar é a Europa com 8 milhões, e a África e a América Latina, com 5 milhões e 4 milhões, respectivamente. Estima-se que no Brasil são praticados mais de um milhão de abortos anualmente (EMMERICK, 2008).

O mesmo autor supracitado ainda ressalta que o aborto inseguro e clandestino é responsável pela mortalidade materna nas regiões mais carentes, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. No Brasil, um dos motivos para o grande número de abortos praticados de forma insegura está na precariedade dos serviços e das políticas públicas de orientação sexual e de planejamento familiar, que dificultam o acesso à informação e aos métodos contraceptivos.

Brasil (2009), ressalta que a ilegalidade só gera conseqüências negativas na saúde da mulher, e, em poucas situações, impede sua prática e contribui para perpetuar a desigualdade social. O risco é vivenciado principalmente pelas mulheres pobres e pelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro.

Para Emmerick (2008, p.89):

[...] impedir que a mulher exerça o seu direito de interromper ou não uma gravidez não desejada, é exercer um controle injustificado e discriminatório sobre o seu corpo, sua sexualidade e sua reprodução, configurando-se uma patente violação de direitos humanos, pois toda e qualquer gestação se dá no interior do corpo da mulher e só a ela cabe a difícil decisão de levar ou não a gravidez adiante. Assim, somente a mulher poderá avaliar de forma sensata e de acordo com suas expectativas e necessidades sobre a possibilidade de prosseguir ou não com uma gravidez indesejada.

As mulheres têm seu direito à vida violado, pois a ilegalidade faz a mulher recorrer a aborteiros despreparados colocando a sua própria vida em risco. O direito à saúde também é violado, pois muitas mulheres têm medo de procurar um serviço de saúde e serem discriminadas e mal tratadas. O direito à não-discriminação de gênero também é violado, pois a ilegalidade do aborto impede que a mulher exerça sua sexualidade e sua reprodução de forma livre e com total autonomia (GALLI, 2007).

Para Sorrentino (2005 apud GALLI; VIANA, 2010, p.3):

A condição de ilegalidade do aborto contribui para a ocultação dessa causa específica de morte relacionada à gravidez, que, por vezes, é mascarada por infecções ou hemorragias, ou entre “óbitos por causas mal definidas.

A questão da ilegalidade do aborto no Brasil impede o conhecimento da dimensão do problema no país, pois dificulta o registro de todas as ocorrências e a ilegalidade não contribui para diminuir o número de abortamentos (EMEMERICK, 2008).

Muitas mulheres, por medo, não admitem terem induzido o aborto e ainda existem mulheres que não demandam assistência pós-abortamento nos serviços públicos de saúde. Assim, ocorre uma sub-notificação dos casos, como das complicações associadas (VALONGUEIRO, [1999]).

Isso contribui para manutenção das altas taxas de mortalidade materna, porque muitas mulheres que não desejam manter uma gestação acabam por procurar clínicas clandestinas, submetendo-se ao aborto em condições precárias, o que acarreta graves conseqüências à sua saúde física e psicológica e à própria vida (MARQUES; ROSSINI; SOUZA, 2009).

Contribuindo também para acentuar as desigualdades sociais no país, quem tem maior poder aquisitivo utiliza as clínicas especializadas e têm acesso a uma assistência qualificada, enquanto quem não tem condições financeiras busca pessoas não

habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que podem levar a graves complicações e à morte (GALLI, 2007).

No Brasil, o aborto inseguro é responsável por 250 mil internações no Sistema Único de Saúde, para tratamento de suas complicações, sendo a curetagem pós-abortamento o segundo procedimento obstétrico mais realizado no serviço de saúde pública (THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, 1994 apud CAMPELLO, 2005).

Alguns casos necessitam de tratamento pós-abortamento, o que poderia ser evitado se as mulheres tivessem acesso a serviços qualificados, se essa prática não fosse condenada no país e se as mulheres não fossem vistas como criminosas.

De acordo com Brasil (2001, p.146):

No Brasil, apesar da carência de indicadores que permitam aferição do número total de ocorrências de abortamentos na população em geral, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto oscila em torno de 12,5% do total dos óbitos, ocupando, em geral, o terceiro lugar entre suas causas.

A maioria das mortes e complicações por abortamento inseguro poderia ser evitada, pois a disponibilidade de serviços qualificados de abortamento ajudaria a prevenir complicações pós-abortamento (MARTA; JOB, 2008).

3.2 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Discutir gênero é falar a partir de um modo particular de ser no mundo, fundado, de um lado, no caráter biológico do nosso ser, e, de outro, no fato da cultura, da história, da sociedade, da ideologia e da religião desse caráter biológico (MURARO; BOFF, 2002).

O termo gênero é usado para compreender as relações existentes entre homens e mulheres, os papéis que cada um exerce na sociedade e as relações de poder que existem entre eles, também incluem as questões sociais e culturais e as características individuais de homens e mulheres (BRASIL, 2007).

Segundo Muraro e Boff (2002), as primeiras relações de violência e competição surgiram nas sociedades de caça, onde se destacava o mais forte, com isso o masculino passou a ter privilégios e a ter domínio do poder.

Continuando o pensamento desses autores, a mulher sempre foi vista como reprodutora capaz de gerar filhos e de cuidar da família. O homem sempre teve seu papel autoritário de chefe de família e detinha o poder sobre a mulher e sobre os filhos. Assim a sociedade passou a ser patriarcal, baseada no poder do homem e na submissão da mulher. Essa tinha seus afazeres restritos aos cuidados domiciliares e familiares.

Com a revolução industrial, a mulher trocou o trabalho doméstico pelo trabalho remunerado. As mulheres recebiam e ainda recebem remuneração inferior aos homens. A mulher passou a ter dupla jornada de trabalho e a reivindicar seus direitos, principalmente o direito da igualdade entre os sexos (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

Os autores ainda afirmam que as mulheres já conseguiram conquistar um espaço respeitoso dentro da sociedade, algumas já possuem um nível escolar igual ou superior ao de muitos homens, ocupam cargos que antes era exclusivo dos homens e continuam lutando para conquistar outros direitos. Apesar de muitas conquistas, as mulheres ainda enfrentam discriminações, são inferiorizadas, excluídas e vítimas de violência seja ela verbal, física ou psicológica.

Muraro e Boff (2002, p.279) ressaltam que:

A cultura patriarcal está caracterizada por uma maneira de viver na apropriação, desconfiança, controle, domínio, sujeição, na discriminação sexual e na guerra. Na cultura patriarcal as relações interpessoais são vistas, na maioria das vezes, como instrumentos para ganhar superioridade numa luta contínua pelo poder e são vividas, na maioria das vezes, como tais.

“A violência contra as mulheres persiste em todo o país do mundo como uma violação contundente dos direitos humanos e como um impedimento na conquista da igualdade de gênero” (ONU, 2006 apud LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008, p.2).

A violência contra a mulher é atualmente uma preocupação internacional, mais antes não existia essa consciência em relação aos diversos tipos de violência sofridos pelas mulheres. Essa percepção foi conquistada por diversos grupos, sendo os movimentos de mulheres e movimentos feministas os principais colaboradores para remover a pesada e empoeirada manta que mantinha em segredo a dor e o medo de gerações de mulheres (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Em nossa sociedade patriarcal, o homem é educado para ter o poder, para não expressar sentimentos ou emoções, desde pequeno convive com uma sociedade hierárquica onde a mulher é submissa às vontades do homem (MAIA; LUZ, [2005]).

Muraro e Boff (2002) afirmam que as diferenças sexuais são dadas e, simultaneamente construídas.

Galvão e Díaz (1999, p. 296):

Na medida em que os gêneros são construídos e variam conforme a cultura, a violência contra o feminino e o masculino (e entre ambos) manifesta-se de diversas formas, desde o plano simbólico que reflete os papéis sociais e sexuais, hierárquicos e desiguais impostos, até as relações com o status social, o grupo étnico-racial, a situação geracional e a condição física.

Os autores supracitados continuam a discussão apontando serem os homens mais violentos, mais ciumentos, manipuladores, controlam a sexualidade da mulher, sendo elas obrigadas a ceder ao desejo sexual de seus companheiros. Conseqüentemente, eles controlam o corpo da mulher e os frutos deste, pois se for da vontade do homem ele pode induzir a mulher a realizar um aborto contra a sua vontade ou impedir a realização do mesmo se for de vontade da mulher realizar o abortamento induzido.

Quando o agressor é alguém que possui uma ligação afetiva com a vítima, os danos causados a ela são mais relevantes, ela irá sentir-se traída, sem esperança na vida, revoltada, pois como pode aquela pessoa a quem ela muitas vezes dedica a sua vida cometer tal atrocidade?

Somando-se a isso, ainda existe a violência decorrente da falta de implementação dos direitos sexuais e reprodutivos pela rede de saúde, um caso de violência institucional, que pode ocorrer por falta de acesso aos serviços de saúde ou a má qualidade dos serviços (BISPO; SOUZA, 2007).

Esta categoria de violência, presente na relação usuária-sistema de saúde, é definida como a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias. É um tipo de violência relacionada ao sistema de saúde, observada pelo descaso, pela negligência e até pelo grau máximo de omissão ou da inexistência do serviço (NOGUEIRA, 1994 apud BISPO; SOUZA, 2007, p. 23).

Essa violência também pode ser traduzida através do abuso de poder entre profissionais e usuárias, por estes ocuparem uma posição social e profissional superior a do outro, o que é bastante freqüente nos serviços de saúde. Também ocorrem os casos de negligência, falta de escuta, falta de materiais disponíveis e de estrutura física para atender as necessidades da paciente (SILVA, 2008).

Assistência de má qualidade ocasionada por motivos de discriminação, de idade, gênero, opção sexual, críticas a opção de interromper uma gravidez não desejada, entre

outros motivos, podem ocasionar uma assistência deficiente e violar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e os direitos humanos (SCIAMMARELLA, 2010).

A mulher não tem autonomia para decidir sobre o seu corpo e a sua saúde sexual e reprodutiva, sendo esta recriminada pela gestação que interrompeu, e, muitas vezes, castigada por isso pelos próprios profissionais, que tratam as mulheres de maneira grosseira, realizam procedimentos sem anestesia como forma de castigo, ameaçam e criticam a mulher na condição que se encontra (WHO, 2004; LANGER, 2002; SALTER et al, 1997 apud CARVALHO et al, 2008).

A mulher não fala a verdade sobre a indução do aborto, porque já é informada por outras mulheres as quais já receberam assistência pós-abortamento de que é melhor omitir o que fizeram, por medo dos maus tratos a que são sujeitas como forma de castigo, adotando a mentira e a submissão para se protegerem (BISPO; SOUZA, 2007).

Ao procurarem um serviço para buscar assistência pós-abortamento induzido, as mulheres recebem tratamento desumano e são discriminadas, pois a cultura e, principalmente, a religião regem muitos dos nossos princípios de vida. Esses princípios fazem com que muitos profissionais não respeitem a decisão da mulher de interromper a gestação (SANTOS, 2009).

Cada pessoa vivencia de maneira diferente a experiência do abortamento, cada uma com seus motivos, contexto familiar e social, mas o profissional deve estar preparado para prestar assistência de qualidade livre de preconceitos e julgamentos (ROCHA; BARBOSA, 2009).

3.3 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA À MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

A preocupação com a saúde da mulher ocorreu há pouco tempo. Segundo Brasil (2007), a atenção à saúde da mulher no Brasil ocorreu no século XX, com programas voltados para atenção à gravidez e ao parto.

O movimento feminista brasileiro criticava esses programas porque tinham uma visão reducionista da mulher ao prestarem assistência apenas no ciclo gravídico-puerperal deixando a desejar os demais ciclos de vida da mulher sem preocupação com a singularidade de cada grupo populacional, com o contexto social, econômico e cultural de cada um (ARAÚJO, 2004).

Com a “explosão demográfica”, o governo criou programas de planejamento familiar para reduzir a natalidade e tentar controlar o crescimento populacional. Esses programas não davam importância às necessidades ou preferências das mulheres já que o único objetivo era o controle do crescimento da população. Houve grande aceitação por parte das usuárias na introdução das pílulas, mas poucas continuavam o uso por muito tempo ou não usavam corretamente o método adotado por falta de orientações resultando em gravidez não desejada (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

As mulheres começaram a reivindicar qualidade na atenção e no atendimento de forma integral à saúde da mulher em vez de programas com objetivos demográficos, que reduziam a mulher a sua função de reprodução e que consideravam a mulher objetos em vez de serem os sujeitos do serviço (ARAÚJO, 2004).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o PAISM, em resposta às reivindicações do movimento feminista que 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, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 1984 apud BRASIL, 2007).

O PAISM delimita uma nova visão da saúde da mulher, rompendo o modelo materno-infantil, que via a mulher apenas com a função de reproduzir sem prestar assistência aos demais ciclos de vida. Foi um marco na luta das mulheres por seus direitos, pois passaram a ter mais autonomia em decidir sobre si mesmas, lutando por seus direitos de saúde, sexuais e reprodutivos (PEREIRA; RANGEL, 2004).

A atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significam incorporar a mulher em todo o seu ciclo vital e incluir os homens nesse processo, ainda estão no campo teórico e têm ocorrido na prática em poucos serviços. Os programas que fazem parte do PAISM devem ser desenvolvidos de forma integral e igualitária, mas pela tradição materno-infantil, é dada prioridade ao pré-natal em primeiro lugar, ao câncer cérvico-uterino em segundo e ao planejamento familiar fica em outro plano (ROCHA; BARBOSA, 2009).

Emmerick (2008) afirma que as políticas públicas preocupam-se com a saúde da mulher apenas no período da reprodução, e ainda prestando assistência de maneira precária. Os serviços de orientação sexual, de planejamento familiar, a distribuição de contraceptivos, o tratamento, prevenção e detecção de doenças sexualmente transmissíveis não são satisfatórios, e não atendem a população na sua totalidade.

Mesmo com todos os esforços do Ministério da Saúde (MS) para melhorar os programas de planejamento familiar, ainda existem muitas dificuldades na qualidade da atenção como deficiência da competência técnica dos profissionais, ausência de educação em saúde, falta de materiais, falta de atenção integral, de humanização e no acesso aos diferentes métodos anticoncepcionais. A falta de acesso a alguns métodos ocorrem por falhas estruturais do serviço, como falta de treinamento dos profissionais, falha no suprimento de materiais, porque não são comprados ou pela falta deles (ROCHA; BARBOSA, 2009).

Os autores supracitados afirmam que apesar de o planejamento familiar ser considerado uma importante ferramenta na prevenção de uma gravidez não desejada que pode levar a um aborto induzido, ainda existe uma assistência precária durante a escolha, orientação e acompanhamento desse programa.

A grande maioria dos serviços indica ou prescreve os métodos de acordo com as preferências dos provedores ou da disponibilidade de métodos, há deficiência na atualização dos profissionais, na falta de informações. Esses entre outros problemas afetam a livre escolha dos métodos pelas usuárias, sem levar em consideração suas necessidades, seu direito, impedindo-as de praticarem sua autonomia e seu direito de decidir sobre sua vida (AMORIM, [2009]).

As relações interpessoais entre as usuárias e os profissionais também afetam a eficácia dos programas de planejamento, pois estes são detentores do saber e se acham no direito de decidir, e as usuárias, por falta de informações sobre seus direitos, acatam as ordens, muitas vezes, sem entendê-las (GALVÃO; DÍAZ, 1999).

O planejamento familiar está inserido na atenção básica como proposta de vivenciar e estar mais próximo à realidade de cada usuária e assim poder prestar assistência de acordo com a realidade de cada uma. Mas isso nem sempre ocorre, pois muitos profissionais não levam em conta o contexto socioeconômico das pacientes (AMORIM, [2009]).

Esses profissionais também não se preocupam com as questões relacionadas ao contexto familiar, psicológico e emocional da mulher. Muitas vezes, esses programas são restritos à entrega de métodos e que ainda são escolhidos pelos profissionais sem considerar a opinião da usuária que, muitas vezes, não é ouvida (ARAÚJO, 2004).

Não existe humanização do atendimento, relações iguais entre os profissionais e muito menos entre os profissionais e as usuárias, é evidenciando as desigualdades de

gênero nas relações entre os profissionais, em que o médico tem poder sobre a enfermeira e assim sucessivamente (MAIA, 2008).

Na verdade, a maioria das mulheres ainda não possui total autonomia sexual para decidirem sobre o tipo de método anticoncepcional a ser usado pelo casal, o número de filhos, a decisão de ter ou não ter e a hora desejada, pois ainda predominam a escolha e a vontade do homem em quase toda relação como fruto de uma sociedade patriarcal, preconceituosa, na qual prevalece a desigualdade de gênero (MAIA, 2008).

A desigualdade de gênero leva a falta de poder da mulher de dizer não a um ato sexual, de exigir o uso da camisinha, de decidir o método anticoncepcional que vai usar e quando descontinuar o uso. Os homens geralmente não participam das questões reprodutivas do casal e ainda está longe de haver real participação do homem, e de existir relações menos desiguais entre os casais (ROCHA; BARBOSA, 2009).

A assistência em planejamento familiar deve incluir acesso à informação e a todos os métodos e técnicas para concepção e anticoncepção, cientificamente aceitos, e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. A escolha do método deve basear-se nas necessidades do casal, analisando as indicações e principalmente as contra-indicações para cada caso, sempre com orientação do profissional (BRASIL, 2005).

É necessário humanizar a assistência, saber ouvir as usuárias, que as relações sejam menos desiguais e autoritárias, que seja realizada educação em saúde de forma clara e de acordo com o entendimento da população e qualificação dos profissionais (GALLI; DREZETT; ADESSE, 2007).

Deveriam existir programas de planejamento familiar nas instituições responsáveis pela assistência às mulheres que provocam o abortamento, pois de acordo com Brasil (2005, p.30) “a adoção imediata de contracepção tem-se mostrado como medida eficaz para reduzir os riscos de novos abortamentos provocados”.

Na maior parte das mulheres, o abortamento ocorre por falta ou por um planejamento reprodutivo deficiente, aliado à falta de informações sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, uso incorreto e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (ROCHA; BARBOSA, 2009).

Mas, na realidade de muitos serviços públicos no país, as mulheres, em processo de abortamento induzido, são vítimas de discriminação e desumanização durante o atendimento o que pode retardar a assistência (CARVALHO et al, 2008).

Segundo Brasil (2001), a discriminação e os agravos à saúde impostos às mulheres, de origem cultural, legal e religiosa têm colaborado para a falta de assistência de boa qualidade e para o aumento da mortalidade e morbidade.

O acolhimento e a orientação são essenciais para uma assistência humanizada. Brasil (2005, p.17) afirma que acolhimento é “o tratamento digno e respeitoso, a escuta, o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir de mulheres e homens, assim como o acesso e a resolutividade da assistência”.

Todos os profissionais de saúde devem promover a escuta privilegiada, evitando julgamentos, preconceitos e comentários desrespeitosos, com abordagem que respeite a autonomia das mulheres e seu poder de decisão, procurando estabelecer relação de confiança (BRASIL, 2005, p.19).

Prestar apoio emocional, garantir a privacidade da usuária e a confidencialidade das informações também são importantes no atendimento à mulher em situação de abortamento, respeitando a individualidade de cada usuária (GALLI; DREZETT; ADESSE, 2007).

De acordo com Brasil (2005, p.16):

Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de quaisquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento. Diante de um caso de abortamento inseguro, adote, do ponto de vista ético, a conduta necessária: “Não fazer juízo de valor e não julgar”, pois o dever de todos os profissionais de saúde é acolher condignamente e envia esforços para garantir a sobrevivência da mulher e não causar quaisquer transtornos e constrangimentos.

“A qualidade da atenção no abortamento e no pós-abortamento deve ser compreendida como um conjunto de ações oferecido à mulher durante e após a interrupção de uma gestação, quer espontânea ou induzida” (BRASIL, 2001, p.147).

A qualidade da atenção deve inserir o acolhimento, informação, aconselhamento, competência profissional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal, pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2001).

Os serviços de saúde estão organizados para receber uma demanda de pacientes relacionados ao caráter materno-infantil, ainda não estão preparados para atender usuárias em situação de abortamento induzido (BRASIL, 2007).

Seja por problemas estruturais, de gestão, da influência dos valores culturais que norteiam a vida, os preceitos e as ações da sociedade, seja pela ilegalidade do abortamento, pela formação dos profissionais que ocorre de maneira técnica e baseada no modelo biomédico, em que o importante é a patologia e a cura, negando toda a individualidade e integralidade do ser humano (CARVALHO et al, 2008).

O preconceito e o despreparo dos profissionais, além da falta de estrutura, influenciam negativamente no cuidado que são prestados às pacientes (BRASIL, 2007).

É preciso tomar medidas drásticas e imediatas para tentar melhorar a assistência à saúde da mulher. Como uma política se diz integral e não prepara os profissionais e nem as instituições para prestar assistência à grande demanda de mulheres que provocam o abortamento (AMORIM, [2009]).

Se a assistência deve ocorrer em todos os momentos e ciclos de vida da mulher, onde está o preparo para assistência direcionada a esse problema que acomete um grande número de mulheres em todo o mundo? Se a política é integral, por que as mulheres são discriminadas, torturadas psicologicamente e agredidas verbalmente e, muitas vezes, recebem punições dos profissionais pelo que fizeram?

A mudança deveria começar pela revisão de leis e projetos antigos que discriminam a mulher em sua autonomia, integralidade, e seus direitos como cidadã capaz de decidir sobre sua própria vida e sexualidade (EMMERICK, 2008).

As instituições de formação profissional também deveriam acompanhar essa mudança e terem seus currículos voltados um pouco mais para a importância da assistência humanizada e das necessidades sociais (SCHIRMER, 2006).

Ensinar que é preciso trabalhar de maneira multiprofissional e interligada entre as equipes dos diferentes profissionais, pois todos deveriam ter um único objetivo que é o de prestar assistência à população da melhor forma possível, e não viverem em uma acirrada disputa entre as diferentes categorias profissionais (AMORIM, [2009]).

3.4 A ATENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO INDUZIDO

A assistência de enfermagem, ou seja, o cuidar em si é um dos elementos do processo de trabalho da enfermagem para proporcionar o bem estar dos pacientes (SOUZA et al, 2005).

Desse modo, observa-se que o enfermeiro precisa utilizar a escuta e o diálogo como estratégias do cuidar para entender e adequar sua assistência às necessidades do cliente, de modo que a assistência prestada tenha qualidade (CHRIZOSTIMO et al, 2009).

Segundo Chrizostimo et al (2009, p.24), qualidade na assistência “é entendida como possibilidade de alcançar o mais alto padrão de eficiência e eficácia da assistência, isto é, resolutiva e segura, atendendo, de forma singular, a cada cliente”.

O cuidado não deve se resumir em ações e intervenções em saúde, mas, antes, deve constituir-se no desenvolvimento de atitudes e em espaços de genuíno encontro intersubjetivo, do exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem se deixar resumir a ela; antes, deve promover um encontro entre cuidador e cuidado visando uma relação mais simétrica entre ambos (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007 apud RIBEIRO, 2008, p.13).

De acordo com Horta (1979, p.36) “o cuidado de enfermagem é a ação planejada, deliberada ou automática do enfermeiro, resultante de sua percepção, observação e análise do comportamento, situação ou condição do ser humano”.

Koerich et al (2006 apud RIBEIRO, 2008) afirma que o cuidado é a alma dos serviços de saúde, pois o objeto da saúde é a produção do cuidado e que, por meio dele, é possível alcançar a cura e a saúde.

Na prática, a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem às mulheres que induzem o abortamento, na maioria das vezes, predomina a ausência do cuidado, sendo carregada de violência institucional, atitudes condenatórias, descaso, preconceito e violência psicológica, apatia e frieza diante da situação vivenciada pela mulher (MOTTA, 2005).

A atitude dos profissionais é bastante influenciada por suas crenças e por seus valores, agindo da forma que acha correta, baseando-se nos seus preceitos de vida que influencia na maneira de assistir e de relacionar-se com as mulheres (MAIA, 2008).

A autora supracitada afirma que é imposto à mulher ter a gravidez como um acontecimento que faz parte da sua vida, e que ela deve aceitar a gestação, pois nasceu para isso. Do contrário, ela é culpada e estigmatizada por ter interrompido uma gravidez, sofre violência institucional, é tratada de forma desumana, constrangedora, tem violado o seu direito à segurança pessoal, à vida e à saúde.

Não é responsabilidade do trabalhador da enfermagem, ou de qualquer outro profissional de saúde, fazer comentários desaprovadores ou desrespeitosos ou mesmo

tirar conclusões precipitadas, e sim aliviar o sofrimento humano mantendo a dignidade e o respeito da mulher (ANDRADE; SILVA; SILVA, 2004).

Gesteira, Diniz e Oliveira (2008, p.452) ressaltam que o “Código de Ética de Enfermagem prescreve que, durante o processo de assistência à mulher, as questões filosóficas e religiosas das profissionais não devem interferir no atendimento”.

A mulher tem medo de falar sobre o que fez e o que está sentido por ser o abortamento induzido um ato ilegal no Brasil, ela é desprezada pelos profissionais e, muitas vezes, é negado a ela o tratamento adequado (SOARES, 2003).

Para Silva (2008, p.15), “a recuperação do paciente não depende exclusivamente de fatores bioquímicos, mas sim do quanto ele se sente aceito ou rejeitado, à vontade ou constrangido enquanto está no hospital”.

Geralmente, as mulheres que sofrem um abortamento induzido experimentam uma variedade de sentimentos, da mesma forma que ocorre com uma mulher que leva a gestação não desejada adiante. Por isso é importante que os profissionais de saúde que atendem as mulheres que realizam abortamentos clandestinos prestem acolhimento e aconselhamento pós-abortamento e, através do cuidado, encorajarem a mulher a falar sobre suas emoções (MAIA, 2008).

A mesma autora continua afirmando que para as mulheres que podem pagar, o aborto é feito em clínica privada, onde o atendimento é melhor, causando menos desconforto e constrangimentos para ela. Mas as que fazem parte de uma classe social desprovida economicamente procuram as clínicas clandestinas para realizar o abortamento e se recorrem aos serviços públicos de saúde quando necessitam de tratamento pós-abortamento e esperam a vontade do profissional de prestar uma assistência de qualidade, respeitando o momento que ela está vivenciando.

O fato de o aborto ser uma prática ilegal, as mulheres têm medo e vergonha de assumirem que interromperam a gestação. Elas se culpam pelo o que fizeram. E por ele ser um crime faz com que os profissionais de saúde maltratem as mulheres e tenham como algo normal e cotidiano que elas recebam um mau atendimento (MAIA, 2008).

Cada mulher tem o seu contexto familiar e social, e sabe o motivo que a levou a induzir o abortamento. Através da escuta e do diálogo, os profissionais de enfermagem devem orientar a usuária, minimizar os constrangimentos a que ela possa ser submetida e evitar comentários desnecessários (ANDRADE; SILVA; SILVA, 2004).

Sá (2003) salienta que, na maioria das vezes, deixamos de perceber e sentir aquilo que foge à rotina e aos procedimentos técnicos do cotidiano da assistência, como

se as necessidades emocionais do paciente não fizessem parte do planejamento da assistência e da promoção do bem-estar dele. O olhar, juntamente associado à percepção da expressão facial, dos gestos e da expressão corporal deve ser observado, pois são essenciais no planejamento do cuidado.

É importante perceber as formas de comunicação que são utilizadas por todo ser humano como a escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato. Cabe ao profissional de enfermagem perceber e interpretar esses sinais para estabelecer os cuidados necessários a cada indivíduo (SILVA, 2008).

A mulher continua sendo vista como modelo de mãe perfeita e submissa ao homem, para que se possa controlar a sexualidade e a reprodução feminina. Enquanto imperar os ideais morais e religiosos de uma sociedade machista, patriarcal, desigual e conservadora, milhares de mulheres continuarão morrendo como consequência da realização de abortos clandestinos e inseguros, tendo os seus direitos violados (EMMERICK, 2008).

O autor supracitado continua afirmando que existem inúmeras mobilizações para impedir a revisão necessária da legislação que incrimina o aborto. O movimento feminista ainda não conseguiu legalizar o aborto e nem o direito das mulheres decidirem livremente sobre uma gestação indesejada, sem repressão e violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Enquanto o aborto não for legalizado, as mulheres continuarão sendo controladas pela sociedade de acordo com os interesses desta.

Por fim, Emmerick (2008) afirma que “a decisão por um aborto pode e deve ser uma decisão tão moralmente aceitável como aquela de manter a gravidez, se levando em conta a singularidade de cada mulher no momento de decidir se interrompe ou não a gravidez”.

O atendimento às mulheres que induzem o abortamento é um desafio, essa situação faz com que o profissional encare diversos sentimentos e preceitos de vida. Mesmo assim, devemos nos manter imparcial e respeitar a livre decisão da mulher, pois optar por interromper uma gravidez não é fácil. Toda mulher sabe o que a levou a fazer isso, seja por motivos socioeconômicos, conjugal, ou por não se sentirem capazes de levar uma gestação adiante (ROCHA; BARBOSA, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa proposta é de abordagem quanti- qualitativa. Segundo Minayo e Gomes (2007, p.21), “a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

Já o método quantitativo denota, em princípio, o desejo de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, de forma natural, uma margem de segurança quanto às interferências (RICHARDSON, 2007).

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória. Para Gil (2010, p.27) “pesquisa descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população”. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador procura conhecer, observar e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la.

“A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses” (GIL, 2010, p.27).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

É importante compreender o conceito que norteia este item “campo na pesquisa qualitativa é o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2000, p.105).

A pesquisa foi realizada no setor obstétrico da Maternidade Almeida Castro na cidade de Mossoró-RN. A Maternidade Almeida Castro foi a instituição escolhida por receber uma demanda de pacientes em processo de abortamento induzido, e por ser o lugar onde se encontram os sujeitos do estudo, a equipe de enfermagem.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

“Amostra é uma parcela convenientemente selecionada do universo (população); é um subconjunto do universo. População é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p.41).

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de enfermagem do setor obstétrico da Maternidade Almeida Castro. Esse setor possui uma enfermeira e trinta e cinco técnicos de enfermagem. Nesse sentido, nossa amostra consistirá em dez profissionais que atendam os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão serão:

- Ser funcionário (a) da instituição da categoria de enfermagem;
- Trabalhar no setor obstétrico onde ocorrerá a pesquisa;
- Aceitar participar dessa pesquisa assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

E serão excluídos da pesquisa aqueles que não se adequem aos critérios de inclusão.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice B), pois esta oferece ao informante a liberdade de se expressar e ao entrevistador, a liberdade de acrescentar novas perguntas no decorrer da entrevista.

Para Minayo e Gomes (2007, p.64), “entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os profissionais foram entrevistados individualmente, após terem sido previamente esclarecidos quanto aos objetivos desta pesquisa com a leitura do TCLE e formalizaram tal participação assinando o referido documento. Conseqüentemente, consentindo a pesquisa, contudo o (a) participante foi informado (a) que a qualquer momento poderia desistir de participar da pesquisa. A participação deve ser livre, voluntária e consciente.

Entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Ela tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem

pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo (MINAYO; GOMES, 2007, p.64).

Em seguida, iniciou-se a entrevista usando o instrumento citado anteriormente, as declarações dos entrevistados foram gravadas em MP3. Durante a transcrição das falas, foram usados pseudônimos para garantir o anonimato dos profissionais entrevistados. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a março de 2011, após aprovação do Comitê de Ética da FACENE/FAMENE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, o foco da análise e da interpretação dos dados de uma pesquisa qualitativa “é a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar” (MINAYO; GOMES, 2007, p.79).

Para análise dos dados, foi utilizada a categorização analítica. Os dados coletados foram divididos em partes, categorizados (classificados), os resultados da categorização foram descritos, os resultados foram concluídos e interpretados com o auxílio da fundamentação teórica adotada (MINAYO; GOMES, 2007).

A entrevista semi-estruturada é composta por perguntas que abordam dados de identificação e dados referentes à temática do trabalho.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho tem como base a resolução 196/96 CNS/MS, dos princípios éticos da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996). E a resolução 311/2007 do COFEN (COFEN, 2007). O mesmo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em pesquisa da FACENE/FAMENE e aprovado conforme certidão em anexo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo tinha como proposta inicial de amostra 10 profissionais de enfermagem do setor obstétrico da instituição alvo. Porém, apenas 6 técnicos de enfermagem aceitaram participar da pesquisa. Dessa forma, serão apresentados nossos dados quanti-qualitativos referentes a seis sujeitos.

Tendo como base as questões éticas de pesquisa que envolve seres humanos, os participantes terão seu anonimato preservado e serão identificados pela letra em maiúsculo “T” referente à categoria profissional do mesmo, acrescidos por numerais de acordo com a ordem das entrevistas e “P” para a pesquisadora participante.

Os entrevistados foram escolhidos de forma aleatória simples, sendo os componentes, profissionais que estavam de plantão no momento da coleta no setor pesquisado.

O instrumento utilizado é composto de duas partes, a primeira relacionada à caracterização da amostra que define o caráter quantitativo do trabalho e a segunda são perguntas abertas. Aquele terá seus resultados expressos na forma de gráficos sucedidos de discussão, relacionados ao caráter qualitativo através da técnica da análise temática.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Quanto à caracterização da amostra, observamos com relação ao sexo, que a categoria de técnicos de enfermagem apresenta-se de acordo com o Gráfico 1:

Gráfico 1 – Caracterização da amostra, relacionada ao sexo dos técnicos de enfermagem.

SEXO: Técnicos de Enfermagem



Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

A análise do gráfico 1, observou-se que 100% dos técnicos de enfermagem pesquisados são do sexo feminino.

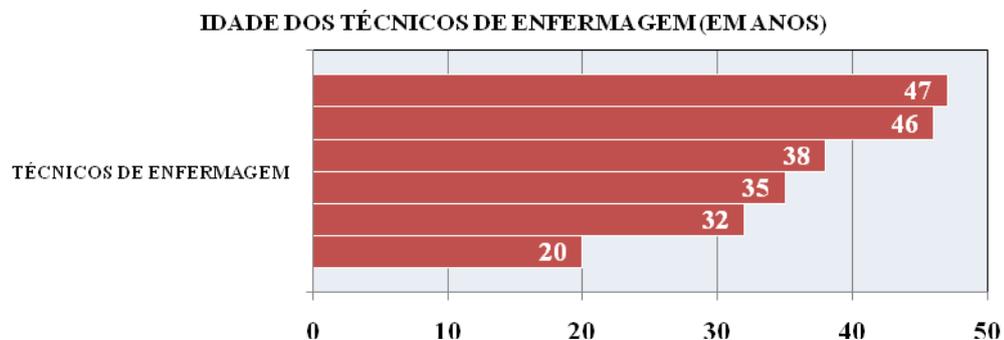
Até o início do século 20, as posições sociais mais importantes eram ocupadas por homens, estando as mulheres em uma situação desfavorável cultural e socialmente. Ela era educada para servir ao marido, criar e educar os filhos. A profissionalização feminina ocorreu no final do século 19, mas a mulher continuou nas atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, relacionados à vocação feminina (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

Segundo Padilha (1995 apud APERIBENSE; BARREIRA, 2008), a construção dos papéis sexuais direciona a escolha profissional, estabelecendo que a mulher tenha uma carreira de acordo com a sua condição feminina de mãe, cuidadora, frágil, determinada desde a infância, como professora, secretária, enfermeira, dentre outras.

Sendo assim, a partir deste estudo, percebemos que, na profissão de enfermagem, ainda prevalece o contingente feminino sobre o masculino.

A partir do Gráfico 2, pode-se observar a idade dos técnicos de enfermagem em anos, de forma crescente:

Gráfico 2 – Caracterização da amostra, relacionada à idade dos técnicos de enfermagem.

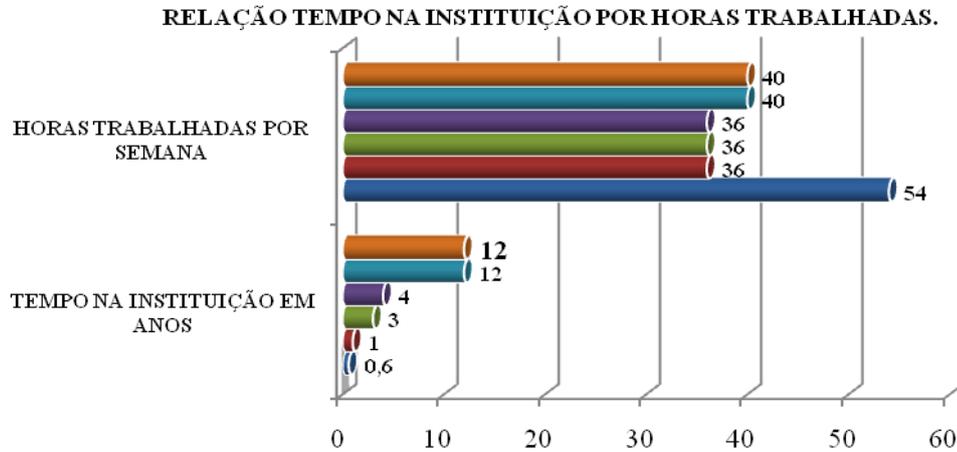


Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

No Gráfico 2 constatou-se que a idade dos profissionais de enfermagem pesquisados gira em torno de 20 a 47 anos, e a média da categoria de técnicos de enfermagem é de 36 anos.

Ao relacionarmos o tempo na instituição em anos com a carga horária semanal, obtivemos o Gráfico 3:

Gráfico 3 – Caracterização da amostra, relacionada ao tempo na instituição (em anos) e à carga horária semanal.

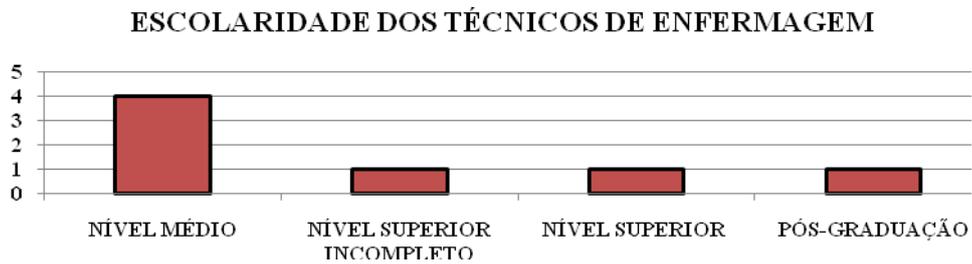


Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

Esses dados podem, eventualmente, expressar a visão dos sujeitos diante da problemática do abortamento induzido, que ficará mais clara nos dados qualitativos. Porém, ficou evidente que os depoimentos são convergentes.

Quanto à escolaridade, obtivemos o Gráfico 4:

Gráfico 4 – Caracterização da amostra, relativa à escolaridade dos técnicos de enfermagem.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2011.

5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

A técnica da análise temática trata de elencar categorias que conservem as relações sociais e servem como limite para o conhecimento de um objeto nos seus aspectos gerais (MINAYO, 2010).

Desse modo, os dados serão apresentados a partir das categorias resultantes da análise à luz da fundamentação teórica adotada, configurando um conjunto de nove categorias: aspectos que influenciam na opção pelo abortamento, direitos sexuais e reprodutivos, registros/notificações, fluxograma da assistência, protocolo, equipe interdisciplinar, educação popular e educação permanente.

5.2.1 Percepção dos sujeitos sobre os aspectos que influenciam a mulher a optarem pelo abortamento induzido

Na sociedade brasileira, apesar da legislação restritiva e punitiva, o aborto clandestino ocorre em escala que coloca a vida de milhares de mulheres em risco, principalmente nos estratos de renda mais baixos da população (MAIA, 2008).

De acordo com Mariutti e Panobianco (2007 apud MARQUES; ROSSINI; SOUZA, 2009), o aborto traz diversas repercussões para a saúde da mulher e para sua qualidade de vida.

A partir do depoimento de T1 descrito a seguir, observamos que as mulheres com melhores condições socioeconômicas possuem um atendimento diferenciado, em razão do pagamento pelo procedimento pós-abortamento que é realizado por profissionais especializados e com equipamentos adequados, colocando a mulher em menor risco de complicações.

Aqui quando a gente geralmente pega essas pacientes que vai fazer aborto, quando vem pra cá, geralmente é mais classe média né. Já vem dizendo que perdeu, foi um susto né, foi uma raiva. Mas geralmente você vai encontrar mais história mesmo absurda né, escabrosa é na parte do SUS, que aqui é mais particular não tem muito né. É aquela coisa mais mantida. Tem delas até que vem com a mãe como já houve casos, vem com a mãe, e a mãe mesmo acobertando a filha. Querendo que o médico fizesse tudo no maior sigilo e ela ir embora no mesmo dia e não queria nem que ela passasse por aqui. Porque o pai não sabia ia inventar que ela tava na casa de uma colega, ia dormir lá. Aí se desse uma complicação maior né? E há casos que às vezes faz é a curetagem e dá uma hemorragia, dá uma complicação maior. Porque muita delas induzem mesmo, sem (pausa) colocam Citotec. Mas é menos aqui assim sabe? Uma coisa mais sigilosa. (T1)

A partir da análise do discurso percebemos que os princípios que regem o SUS, integralidade, equidade e universalidade, são feridos nesse atendimento, visto que as mulheres que fazem os procedimentos particulares recebem uma atenção desigual das que fazem pelo SUS.

Também observamos, a partir do depoimento de T1 e da afirmação de Pedrosa e Garcia (2000 apud MARQUES; ROSSINI; SOUZA, 2009), que o maior medo da mulher é que a família descubra a prática do aborto. Dentre os motivos que as levam a praticarem o aborto, podemos destacar o fato de serem solteiras, não terem filhos, e os pais não apresentarem ciência de que já possuem vida sexual ativa.

Como já discutimos, são vários os motivos que fazem uma mulher interromper uma gravidez não desejada, mas podemos ainda ressaltar: a situação socioeconômica (pobreza, falta de suporte do parceiro, perda do emprego, interrupção dos estudos), dificuldade de acesso ao planejamento familiar (informações e métodos) (MAIA, 2008). Como demonstra o depoimento de T4:

Situação financeira, o parceiro não querer, não ajudar. Esses são os principais fatores e a idade também. (T4)

A partir do depoimento de T4, entendemos que o apoio do parceiro é fundamental na decisão da mulher em induzir o aborto ou levar adiante uma gestação que ela não planejou, somado à situação socioeconômica que se agrava ainda mais se optassem por manter a gravidez. Além disso, existem outros motivos, como mostra o depoimento de T3:

No meu ponto de vista é a falta de experiência porque nenhum motivo justifica né. (T3)

Todos os métodos contraceptivos são falíveis e podem levar a uma gravidez indesejada. Também pode acontecer de a mulher deixar de usar o método contraceptivo por uma percepção errada do risco de gravidez e a aceitação do parceiro ou ainda usá-lo de maneira errada por falta de orientação (MAIA, 2008).

Além disso, ainda existe a rejeição do parceiro em usar algum método contraceptivo e proíbem a mulher de fazer uso deles, como forma de “posse e domínio” da sexualidade feminina. A falta de experiência da mulher, o ceder, fazer tudo e concordar com o que o parceiro deseja acabam muitas vezes, resultando em uma

gravidez indesejada. E, com isso, ao praticar o abortamento, a mulher é a única responsável pelo ato, ficando o homem isento de qualquer culpa, julgamento e responsabilidade. São atribuídas somente às mulheres a prevenção da gravidez, a culpa por uma gravidez não desejada e pela interrupção da mesma.

De acordo com Rebouças (2010), a violência doméstica e sexual, dificuldades econômicas, despreparo psicológico, prole numerosa, projetos de vida, entre outros são os motivos da prática do aborto induzido.

A gravidez tem um significado particular para cada mulher. Varia de acordo com a personalidade, a história de vida e o momento atual de cada uma, envolvendo até questões emocionais (BENUTE et al, 2009).

Ao decidir abortar, a mulher se opõe a todas as expectativas da sociedade, podendo ser vista como insensível e até criminoso. As condições em que a mulher engravidou e gerou o feto não são levadas em conta em nenhum momento, mas, no instante em que ela pratica o aborto, passa a ser condenada pela sociedade e discriminada nos serviços de saúde (SOUZA et al, 2010).

O depoimento de T2, a seguir, remete à questão dos riscos relacionados ao aborto e à influência da sociedade na decisão da mulher em praticar o aborto.

A questão da informação. Muitas delas não tem o conhecimento dos riscos, do que venha a ser um aborto. Pra ela muitas vezes acha que um aborto é a coisa mais natural do mundo, mas ela não sabe o risco que ela tá correndo, risco de morte. Ou então, não chegarem a abortar e essa criança vim a nascer com algum problema, psico, seja lá qual for. E também a questão da influência da sociedade também. E muitas delas abortam por não ter cuidado na hora de praticar o sexo. E aborta como se fosse um ato de comer. To com fome vou comer simplesmente. Leva como se fosse uma brincadeira. Como essa questão do carnaval, as pessoas se previnem pouco, é uma época que tem uma demanda muito alta de pessoas que fazem curetagem. Já devido a este episódio, a maioria delas são desinformadas, pouca gente tem conhecimento. E aquelas também que freqüentemente não são informadas do ato. Fazem até mesmo em casa, chegam aqui perdendo sangue e tudo mais.
(T2)

Como visto no depoimento de T2, a sociedade tem uma influência muito grande na decisão da mulher, pois muitas querem interromper a gravidez por não terem coragem de enfrentar as normas e valores impostos pela sociedade que castiga a mulher pelo ato que cometeu.

Isso ocorre principalmente nos serviços de saúde, pois muitos profissionais levam para a prática assistencial os seus preceitos de vida. Por envolver tabus, critérios éticos, morais, religiosos, culturais, políticos e de gênero, a sociedade exalta a

maternidade como obrigação e como algo que tem que fazer parte da vida de toda mulher.

Apesar de não ser levado em conta, geralmente, pela mulher que quer realizar o aborto, diversas são as complicações causadas por ele quando induzido por alguém sem preparo profissional adequado, dentre as complicações temos: infecções, hemorragia, choque séptico, infertilidade, podendo causar nas gestações subsequentes, prematuridade, baixo peso da criança ao nascer e inúmeras outras complicações (MARQUES; ROSSINI; SOUZA, 2009).

5.2.2 Direitos sexuais e reprodutivos que envolvem o abortamento induzido na opinião dos profissionais

Direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, o direito ao afeto e à livre expressão da sexualidade estão entre os direitos humanos fundamentais (BRASIL, 2006).

Toda pessoa tem o direito de decidir, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas, direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. Direito a serviços de saúde que garantam atendimento de qualidade e sem discriminação (BRASIL, 2006).

Mas, como mostra o depoimento de T4, na prática, esses direitos nem sempre são percebidos:

Eu acho que quando uma mulher opta por fazer um aborto ela acaba perdendo todos os direitos dela. Ela não tem nenhum direito não. (T4)

Esse discurso mostra claramente a discriminação por parte do profissional da saúde, quando a mesma é questionada sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que praticam o abortamento induzido. O que fica evidenciado na fala de T1:

No, como é que, eu acho assim, no meu ponto de vista se uma mulher for estuprada, né, eu penso assim que muitas não deveria ter o filho. Porque depende da situação né? Depende de cada uma, tem muitas que é estuprada até mesmo pela família, pelo pai, pelo irmão, vai rejeitar aquela criança né? E tem muitas que também é risco de vida, tem que abortar porque tá botando a

vida dela em risco ou também pode ser que bote também a da criança. Eu não sou a favor do aborto legal, assim, sem nenhuma complicação, sem coisas maiores. (T1)

De acordo com Montenegro e Rezende (2008 apud MARQUES; ROSSINI; SOUZA, 2009), a prática do aborto induzido no Brasil só é permitido nos casos de risco de vida da mulher ou em casos de estupro.

A maioria dos profissionais de saúde deixam que os seus valores interfiram na assistência prestada nos serviços, condenando, julgando e colocando essas mulheres em situações constrangedoras, de acordo com o que esses profissionais acreditam ser o mais correto. E, por não concordarem com a atitude da mulher, deixam, via de regra, transparecer tais conceitos verbalmente e através da assistência prestada.

Maia (2008) converge para essa idéia e afirma que a mulher não tem sua autonomia respeitada, na medida em que o maltrato e o preconceito sofrido por elas partem da premissa de que as mulheres não possuem autonomia para decidir o que é melhor para elas.

O depoimento de T6, a seguir, expressa a falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, a partir dos direitos sexuais e reprodutivos.

Eu acredito que a quantidade de abortos que foi feito vai prejudicar de todas as formas possíveis, tanto na saúde dela vai ficar comprometida com certeza. Quanto em todos os aspectos vai comprometer em todos os aspectos. (T6)

O depoimento de T6 mostra que o desconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres acaba confluindo para a violação desses. Não é objetivo desse trabalho julgar os sujeitos diante da problemática dos direitos das mulheres, mas demonstrar a importância de socializar o teor desses direitos.

É fundamental respeitar a autonomia da mulher em decidir sobre sua vida, destino de uma gestação indesejada, individualidade e seus direitos em situação de abortamento induzido.

Ir contra a moral e os bons costumes impostos pela sociedade não deve culminar em um tratamento criminoso, punitivo ou ao ato de negar os direitos que a mulher possui no atendimento de saúde.

5.2.3 Registros/notificação das ocorrências de abortamento induzido da Maternidade Almeida Castro

O abortamento no Brasil ainda é subnotificado, como afirma Emmerick (2008), pois muitas pessoas o realizam em clínicas clandestinas e em clínicas particulares, em que não ocorre notificação. O número de mortes por aborto induzido também é subnotificado, sendo somente uma parcela dos óbitos registrados e os demais mascarados entre as infecções e outras causas de morte.

Devido o aborto ser um ato ilegal, muitas mulheres que querem realizar o abortamento induzido optam por clínicas não especializadas ou não mencionam que induziram o aborto devido o medo de serem presas ou mal tratadas no serviço de saúde.

Fato esse que, possivelmente, gera dados estatísticos incorretos, levando a crer que a incidência dessa prática seja bem maior do que indicam as pesquisas.

O depoimento de T1 evidencia o que as pacientes relatam para os profissionais ao serem questionados sobre o possível aborto induzido:

É como eu tô dizendo, eu não sei por que esse setor aqui é centro obstétrico sabe? Aqui geralmente como eu respondi anteriormente, vem mais assim, aí é porque tava gestante teve susto. Ou tomou medicação ofendeu. Elas usam muito isso. (T1)

Diagnosticar o abortamento como provocado não é fácil, só pode ser feito pela informação da paciente (BENUTE et al, 2009).

No depoimento de T6, observamos a dificuldade em notificar o aborto induzido:

Eu acredito que não. Não que eu conheça. Existe notificação do número de curetagens que são feitas. Em termos de induzido nem sempre dá pra conhecer né. (T6)

Somente com uma boa interação na relação profissional-paciente, obteríamos a confiança necessária para chegar a um diagnóstico exato e a um tratamento adequado.

A maior parte dos casos de prática de aborto ocorre por motivos diversos, como já fora discutido. E tem, como consequência, a repressão da experiência vivida de maneira a ocultar, muitas vezes, os seus sentimentos de angústia, medo e ansiedade, fazendo-as resolver esse “problema” através de um ato que coloca a sua vida em risco.

Isso cerceia a moral de uma mulher perante toda uma sociedade sistemática e patriarcal que disfarça suas imperfeições através de princípios usados para dominar e

alienar as pessoas, conforme suas normas e regras, criadas para impor as pessoas o mais correto e aceitável de acordo com seus interesses.

5.2.4 Atendimento de acordo com o fluxo de assistência da instituição

Acolhimento pode ser entendido como uma estratégia de relação com a demanda, representada por uma forma diferente e singular de receber, compreender e relacionar-se com os usuários (MÂNGIA et al, 2002).

Os mesmos autores discutem que, na prática, o acolhimento é confundido com a triagem realizada nos serviços de saúde, mas são distintos entre si, de modo que a triagem é um tipo de seleção realizada para filtrar quem pode e quem não pode ser atendido. Já o acolhimento valoriza as particularidades de cada caso. Significa promover condições para o usuário expressar seu problema, analisando o contexto social e familiar da pessoa e a partir daí elaborar um projeto terapêutico específico de acordo com as necessidades de cada um.

É um grande desafio a questão do acolhimento e humanização nos serviços de saúde, em que, na maioria dos casos, o acolhimento é confundido com a triagem como mostra o depoimento de T2 a seguir:

Elas entram pela recepção como qualquer outra num parto normal, ela vai contar sua história o que é. O que tá acontecendo, ela chega e diz tô com um sangramento. Se é uma mulher, sangramento numa maternidade é aborto ou ameaça de aborto. Ela vem pra instituição e é recebida como qualquer outra que vá parir ou não. Ela é recebida na obstetrícia pra ser examinada pelo obstetra. Ai depois que é examinada, ele vai indicar qual é o ato. Se já houve o aborto ou não. Agora de saber se é induzido, nós não notificamos que também é uma coisa pessoal. A gente não vai chegar e apontar, você fez isso. Não, de jeito nenhum, isso não existe. Isso é antiético. (T2)

Ao analisarmos esse depoimento, percebemos que o fluxograma de atendimento pode ser sintetizado do seguinte modo: a paciente chega, é preenchida a ficha e, depois ela é encaminhada para o setor obstétrico, trata-se, nesse caso, de uma triagem realizada pela instituição. Sendo, nesse momento, realizado um atendimento que não respeita as diferenças, sem comunicação, sem diálogo e sem estabelecer uma relação de confiança com a usuária.

O acolhimento é um processo contínuo, e não apenas na etapa do atendimento nas portas de entrada do serviço, embora esse primeiro contato seja fundamental para

toda a relação. O acolhimento deve envolver todos os profissionais, em todos os momentos de assistência a saúde e em qualquer instituição que o usuário se encontre.

Diariamente presenciamos situações que a dignidade da pessoa humana é violada, não apenas pela rejeição da sociedade, mas também pelo preconceito e pelas condições precárias de assistência à saúde.

O fato de os profissionais serem receptivos, acolhedores e comunicativos, proporcionaria conforto, tranquilidade e sensação de bem-estar à paciente. A partir desse encontro, as necessidades de saúde são identificadas e se estabelece a trajetória dos usuários no serviço.

A qualidade da atenção nos serviços de saúde requer acolhimento, informação, competência profissional, tecnologia apropriada, relacionamento profissional baseado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos (MARIUTTI et al, 2005).

De acordo com a Norma Técnica: atenção humanizada ao abortamento, criada em 2005, o Ministério da Saúde preconiza o acolhimento e a humanização do atendimento ao abortamento, realizado por todos os profissionais de saúde, evitando complicações, sequelas e a morte. O que não ocorre na prática.

Diante do exposto, faz-se necessário uma reorganização nos serviços de saúde com o intuito de transformar a prática diária, o acesso e a forma de receber os usuários.

5.2.5 Assistência de enfermagem às mulheres em situação de abortamento induzido: protocolo de atendimento

A qualidade do cuidado em enfermagem tem sido palco de inúmeras discussões, por ser uma profissão que executa procedimentos técnicos, fragmentando o homem, reduzindo-o a portador de sinais e sintomas.

O depoimento de T5 remete ao tecnicismo presente na enfermagem e ao desconhecimento da existência de protocolo que é um instrumento, muito discutido cientificamente, que contribui para implementar uma assistência humanizada:

O técnico de Enfermagem, se tiver medicação prescrita, administra medicação, se tiver algum asseio pra fazer também é feito, é administrado medicação. (T5)

Existe algum protocolo de assistência a essas mulheres? (P)

Sei não. (T5)

É necessário compreender a mulher a partir de outra perspectiva, não só pela administração de medicamentos, ou realização de curativos, é preciso um cuidado mais complexo e individualizado, abordando a totalidade do ser humano em que a singularidade e as necessidades particulares sejam levadas em consideração.

O rompimento com a visão fragmentada do ser humano, o enfoque da soma das partes e as relações causais são importantes na assistência de enfermagem. Nóbrega e Silva (2007), afirmam que a enfermagem tem como principal foco a atenção de modo holístico para recuperação e bem-estar do indivíduo. A assistência de enfermagem engloba competência técnica, criatividade, sensibilidade e compromisso com o usuário.

O depoimento de T4 confirma que, na instituição alvo, os profissionais de enfermagem entrevistados desconhecem a presença de um protocolo de assistência específico para abortamento induzido.

O processo é o mesmo com todo paciente. Nós verificamos sinais, vemos os lóquios se estão normais e se tiver tudo normal a gente atende ela como qualquer outro paciente. Não tem, é, digamos, um tratamento diferente não.
(T4)

Existe algum protocolo de assistência para essas mulheres? (P)

Não. (T4)

Ao analisar este depoimento, percebemos que os profissionais mantêm uma relação de distante e impessoal, inflexível de certo modo e que foge das necessidades subjetivas do ser humano. É necessário voltar a atenção para o humano, que parece ter sido esquecido em nossa prática profissional, buscando uma relação de respeito e diálogo.

Os profissionais de saúde tem pouco conhecimento sobre a legislação do aborto, mantêm atitudes conservadoras a respeito da descriminalização e ainda estão despreparados para atender as mulheres que provocam o aborto (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008, ESPÍRITO-SANTO; VIEIRA, 2007, MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007, MOTTA, 2005 apud REBOUÇAS, 2010).

Através do depoimento de T4, podemos perceber o despreparo dos profissionais movido talvez pela inexistência do protocolo como elemento fundamental na garantia do acesso e da qualidade da assistência de enfermagem prestada a esse público. O aborto tem uma representação e uma repercussão muito grande na vida de cada mulher, não é e não deve ser tratado como um fato qualquer. Uma mulher que provoca o aborto

não tem as mesmas necessidades de uma mulher que vai para a maternidade ter um filho.

É importante o profissional interagir com a paciente e percebê-la como ser único, com experiência de vida particular, com medos e sonhos, sendo a comunicação ferramenta importante para essa interação. É a partir da interação verbal e não-verbal que é possível perceber e entender o cuidado.

Uma equipe preparada para compreender as necessidades, não somente físicas, mas também sociais e psicológicas e todo o seu contexto, independente da etiologia do aborto, com capacidade de ouvir, sem pré-julgamentos contribui para a otimização do tratamento.

De acordo com Rebouças (2010), o que está previsto na teoria não acontece na prática, pois o projeto de Humanização do SUS, principalmente a norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, já prevê a qualidade do atendimento às mulheres nessa situação.

Podemos observar na prática, que não existe um atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada mulher. A partir do planejamento do atendimento de enfermagem e da existência de um protocolo de atendimento, seria possível realizar um atendimento diferenciado e capaz de atender a todas as necessidades das usuárias.

Quando a mulher é contra o “destino” que lhe é imposto, ao interromper a gravidez, ela é estigmatizada, sendo vista como criminosa, segundo a legislação brasileira, pecadora, segundo a igreja católica e uma mulher fria e sem sentimentos, para a sociedade. Somando-se a isso, ainda existe o preconceito e a falta de preparo da própria equipe de saúde (REBOUÇAS, 2010).

Alguns sujeitos divergem de opinião em relação à existência de um protocolo de atendimento de Enfermagem na instituição. Como observamos em T6:

A enfermeira recebe, encaminha para o centro, ele faz a avaliação, a Enfermagem administra, acompanha o procedimento, depois faz a transferência para o alojamento. (T6)
 Existe algum protocolo de assistência? (P)
 Acredito que sim. (T6)

A análise dessa entrevista nos faz perceber que talvez exista uma falta de interação entre os profissionais. Estes dados evidenciam que há dúvidas no que se refere à existência normativa do protocolo, muito embora todos os depoimentos deixam muito

claro que não há nenhum fluxograma orientado por protocolo para a assistência à mulher em processo de abortamento.

5.2.6 Equipe interdisciplinar na assistência ao abortamento induzido

No contexto do atendimento ao abortamento induzido, é imprescindível a assistência interdisciplinar, na qual profissionais de diferentes formações atuam distintamente, no âmbito de suas respectivas áreas, colocando o melhor de seu conhecimento com o objetivo comum de concorrer para o bem-estar da mulher.

Para Brinhosa (1996 apud CARDOSO et al, 2007, p.255), “interdisciplinaridade é conceituada como a possibilidade de interpenetração de conteúdo/forma entre as disciplinas e o conhecimento universalmente produzido”.

No conceito de equipe interdisciplinar, não deve existir o autoritarismo que permeia a relação entre os profissionais de saúde. Elimina-se o modelo das relações autoritárias e de exclusão que refletem na relação profissional-paciente, para adotar-se um modelo em que todos se incluem, todos são importantes e respeitam as diferenças, independentemente da categoria profissional de cada um.

O depoimento de T4 a seguir, evidencia que o conceito de interdisciplinaridade não está materializado na assistência prestada pela instituição alvo:

Quando nos vemos que a paciente ela necessita de um apoio psicológico, temos um psicólogo que sempre a acompanha, mas não são todas. A assistente social ela sempre passa nas enfermarias, faz visita diária. (T4)
 Como é que vocês identificam essa necessidade? Essa mulher está como? (P)
 Ela sempre ta chorando, é, às vezes ela ta com o comportamento agressivo, é, as vezes ela não quer receber visitas. O pai, muitas vezes a mãe não sabe, a família não sabe. Então a gente sempre é, aconselha a ela ir pra um psicólogo. O psicólogo sempre acompanha. (T4)

Ao tomar como base o depoimento de T4, podemos perceber que na instituição existem lacunas na assistência com vistas a vivenciar a integralidade da paciente. A equipe trabalha de maneira mecânica e individualizada. Cada profissional é responsável por realizar o procedimento de acordo com a sua especialidade. Não existe uma equipe integrada, capaz de perceber as necessidades da usuária e de manter uma relação de diálogo entre eles, no intuito de prestar uma melhor assistência e de oferecer resolução ao problema ou à situação existente.

A proposta do SUS, dentro de uma expectativa social, baseado em seus princípios e diretrizes, ainda não é consolidada na prática dos profissionais. As visões biologicista, reducionistas e mecanicistas ainda fazem parte da realidade na área da saúde. Não respondendo as necessidades para se obter a melhora da saúde dos usuários (CARDOSO et al, 2007).

O modelo de atenção, centrado na figura do médico, ainda permanece arraigado à cultura e às práticas assistenciais. Porém, a interdisciplinaridade busca compreender o todo, invertendo o conhecimento fragmentado e mantendo uma comunicação horizontal entre os profissionais.

Diversas são as dificuldades para se trabalhar dentro da perspectiva da interdisciplinaridade, pois existe uma grande competição entre os profissionais, relacionada ao saber e ao domínio do poder por determinadas categorias, e o modelo vigente de formação profissional para a área da saúde reforça a visão biologicista, oferecendo à população uma assistência centrada na consulta médica para tratamento da doença.

Isso fica evidenciado pelo discurso de T6:

Se necessário for sim. Nem todo caso é necessário. Tem muitas que fazem aborto, principalmente se for aborto dessa forma, às vezes a maioria faz é fugir, foge do hospital, antes do horário. Mas se preciso for nós temos. Temos fonoaudiólogo, tem assistente social que ela tá sempre acompanhando. A maioria faz questão de ficar no anonimato. (T6)
 Como é que é detectado se essa mulher precisa de acompanhamento? (P)
 Geralmente é aquela depressão que dar. A gente vê logo. Paciente todo tempo chorando, principalmente as que perderam o bebê. Quando é espontâneo elas ficam deprimida. Quando é provocado é muito difícil elas quererem. (T6)

Observamos que as profissionais identificam de acordo com a sua percepção e de como lhes convém à necessidade de assistência do psicólogo ou da assistente social. De acordo com a fala dela, não são todas as pacientes que necessitam de atendimento psicológico.

Ao contrário do que ela afirma, é de grande importância que a mulher tenha acompanhamento de um psicólogo depois de realizar um abortamento induzido, pois cada uma reage de forma diferente ao ato que cometeu. Não exprimir nenhum sentimento não significa que aquele ato não significou nada na vida daquela mulher e que ela não esteja abalada emocionalmente.

Conforme os depoimentos das seis entrevistadas, todas só mencionaram o psicólogo e a assistente social, quando indagadas sobre a assistência realizada pelos

demais profissionais da saúde, afirmando que o psicólogo só prestava assistência às usuárias se elas estivessem precisando, ou seja, se elas demonstrassem algum abalo emocional ou psicológico.

Cada mulher tem a sua forma de agir e de expressar os seus sentimentos durante o processo de abortamento. Todas enfrentam algum tipo de sentimento desde alívio, medo, tristeza, culpa, angústia, solidão, arrependimento no ambiente hospitalar. É esse olhar que integra a subjetividade e compreende as singularidades do evento do aborto que a equipe deve ter.

5.2.7 Educação da população no serviço: orientações dadas às mulheres que realizaram abortamento induzido

Conforme Hurtado (1993 apud OLIVEIRA, 2007), educação popular é um processo contínuo e sistemático que proporciona momentos de reflexão e estudo sobre a teoria a partir da prática das pessoas. O depoimento de T2 e T5, a seguir, sugere que o conhecimento é passado de maneira vertical, através de normas sem considerar a experiência de vida da mulher e os seus conhecimentos baseados em seu contexto social.

Nós temos o seguinte, todas as mães ficam aqui e todos os dias há sempre uma palestra falando do aleitamento e aos cuidados da mãe até os 40 dias, o que ela deve fazer. Essa orientação é geral, é constante. (T2)

Eu trabalho com mães, mas o tempo que eu passo com elas eu sempre oriento sobre como se prevenir uma próxima vez, não só tomar o anticoncepcional porque às vezes é falho, se prevenir sempre com preservativo, e procurar os postos de saúde em qualquer anormalidade. E lá também tem camisinha, preservativo gratuito, que a pessoa pode utilizar também pra prevenir a gravidez. Não o anticoncepcional, porque a camisinha também previne contra as doenças sexualmente transmissíveis. (T5)

A maneira autoritária e verticalizada, usada pela maioria dos profissionais de saúde nas práticas educativas, não constrói saberes e nem pessoas críticas em busca de uma melhor qualidade de vida.

O modelo democrático e participativo proporciona espaço para o diálogo, troca de experiências e discussão de idéias. É importante que as pessoas possam expressar suas idéias e conhecimentos, proporcionando o conhecimento de diversas realidades, reconhecendo o outro como sujeito que possuem uma história, valores e crenças.

A educação popular em saúde busca a transformação com base na experiência de vida, formar pessoas reflexivas, críticas e conscientes (CARAVANTES; BJUR, 1997 apud PEREIRA et al, 2007). A educação em saúde visa, através do diálogo, que as pessoas tomem consciência e responsabilidade pela sua própria saúde. É um processo de mudança e transformação.

As ações necessárias para a adesão de tratamentos e cuidados estão intimamente ligadas à cultura das pessoas. Então, um momento destinado para as atividades educativas devem ser subsidiadas pelo paradigma da educação popular e deve abrir espaço para que as pessoas exerçam sua autonomia e possam entender e decidir o que é melhor para si.

Esse momento deve manter o diálogo constante entre o grupo e deixar as pessoas livres para falar e trocar experiências de vida, construindo novos saberes e reconstruindo conceitos e valores a partir de um novo modo de pensar. Esse é um processo dinâmico, inacabado.

A partir da fala de T3, podemos perceber que as orientações não ocorrem de acordo com a necessidade das pacientes, nem de maneira individualizada:

Geralmente quando ocorre esses casos a gente conversa com elas. Pra não fazer, evite, é melhor evitar do que fazer um aborto, porque ta correndo risco de vida. É aquela coisa. (T3)

Conforme a fala de T5 anteriormente, podemos perceber que os diversos fatores que influenciam a mulher a realizar um aborto não são levados em consideração. A educação mencionada na entrevista baseia-se apenas na explicação de que, tomando anticoncepcional e usando camisinha, previne-se uma gravidez indesejada para que a mulher não passe pela mesma situação, numa visão prescritiva e normativa de educação em saúde.

Esse tipo de ação educativa não considera que o uso de métodos anticoncepcionais envolve também a aceitação do parceiro e que alguns não aceitam a utilização de qualquer método, atribuindo mais uma vez à mulher a responsabilidade de uma gravidez indesejada, da prevenção e da indução do aborto.

O depoimento de T6 evidencia que os profissionais interferem e prejudicam a assistência por causa dos seus valores e preceitos de vida:

Como eu disse a você é muito difícil a mulher que pratica um aborto querer ao menos conversa com a equipe. Geralmente ela não quer. O intuito dela é

fazer a curetagem. Ela aperreia muito é pra sair de alta. Que horas o médico chega, é perturbando. O intuito é não se identificar. Geralmente tem gente que acontece até de botar nome errado. (T6)

Isso também gera um medo de quem abortou, ser mal tratada ou descoberta pelo ato que cometeu, objetivando apenas resolver o problema da curetagem e ir embora. Isso, conseqüentemente, prejudica a relação profissional-paciente, impedindo o diálogo e a troca de experiências entre eles.

A partir do diálogo, existe a possibilidade de conhecer as dúvidas e os motivos da existência de uma gravidez indesejada pela mulher. Sendo assim, é possível intervir para que não ocorra novamente em uma próxima vez.

5.2.8 Educação permanente em saúde para os profissionais que lidam com abortamento induzido

A educação na área da saúde vem passando por diversas mudanças em seu conceito e concepção. Em todas as ações de enfermagem, estão inseridas ações educativas, por isso a importância de promover oportunidades de ensino para conscientização da importância do valor da educação como ferramenta de crescimento para os profissionais de enfermagem e para os demais (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007).

A educação permanente, como aprendizado contínuo, é necessária para o desenvolvimento dos profissionais, para o seu aprimoramento em busca da competência profissional, pessoal e social. Consiste em potencializar o desenvolvimento pessoal, a fim de promover novos conhecimentos, atitudes e conceitos, além da capacitação técnica e específica. É intrínseca, é o aprender constante em todas as relações, sendo assim possível desenvolver e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Diante dos depoimentos de T1 e T3, podemos constatar que a instituição parece não buscar a transformação da prática dos profissionais, prendendo-se ao aprimoramento da técnica e da educação verticalizada.

Aqui eu tenho feito curso de aleitamento materno. Mas voltado pra aborto não. (T1)

Não só pra aborto, mas a gente sempre tem uma reciclagem. (T3)
De quanto em quanto tempo mais ou menos? (P)

De ano em ano (pausa). Quando ocorre aí é vários temas, gestante, amamentação, aleitamento materno. (T3)

Esse processo dinâmico de ensino aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacidade dos profissionais de acordo com a evolução tecnológica e científica, busca transformar as práticas, é multiprofissional, baseia-se em problemas contextualizados.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada e capacitada para assistir as pessoas em situação de abortamento induzido. Dessa forma, há de se promoverem atividades educativas que visem à transformação da prática do serviço de saúde e não meramente à atualização técnico-científica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar de abortamento induzido envolve discussões polêmicas relacionadas ao direito à vida do feto e ao direito à autonomia reprodutiva da mulher. Ao interromper uma gravidez indesejada, a mulher contraria todas as expectativas da sociedade de que toda mulher quer e deve ser mãe, devido às questões de gênero que circundam a problemática.

O aborto é um problema de saúde pública, complexo, considerado perante a lei como um crime, sendo que sua criminalidade não contribui na redução da incidência, mas sim causa inúmeras mortes maternas por complicações pós-abortamentos, induzido, por ser realizado, geralmente, de maneira clandestina e insegura.

Por isso, faz-se necessário uma revisão da legislação punitiva do aborto, de modo que fossem respeitados os direitos sexuais e reprodutivos além dos direitos humanos dessa mulher, direito à vida, à saúde, a não discriminação de gênero, à liberdade e à autonomia. Sendo assim, considerado o aborto passaria a ser considerado como uma opção autônoma da mulher a ser respeitada, e não um crime.

É preciso pensar na condição feminina como uma cidadã que possui direitos, autonomia, deveres, capaz de escolher sobre sua vida, tomar decisões moralmente aceitáveis sobre seu corpo, sexualidade e sua reprodução.

A partir da análise dos dados, foi possível perceber que a assistência de enfermagem ainda é bastante limitada quando confrontada com os princípios e diretrizes do SUS e com a proposta da assistência humanizada ao abortamento. Isso fica evidente diante dos resultados dessa pesquisa, já que mesmo tendo conhecimento sobre os motivos que levam as mulheres a praticarem um aborto induzido, ainda assim existe uma grande preocupação com a realização dos procedimentos técnicos. Isso nega a subjetividade e exalta o modelo curativo, baseado na solução e cura do problema, sem dar importância a prevenção.

Foi possível observar que na instituição pesquisada não existe nenhum registro/notificação dos casos de abortamento induzido devido à ilegalidade do aborto diagnosticar sua etiologia torna-se difícil, fato que leva as pacientes a não falarem a verdade. A partir dos depoimentos, supomos que nem os profissionais e nem a instituição estão preparados para prestar um atendimento diferenciado, de maneira integral, acolhedora e humanizada.

É preciso, além do cuidado biológico, ter um olhar biopsicossocial de modo que a sistematização da assistência de enfermagem e a humanização façam parte desse contexto. Assim, independente da causa do abortamento, o cuidado humanizado deve ser percebido como algo individualizado contemplando a história de vida e os sentimentos vivenciados por cada uma, levando em consideração os direitos à universalidade, equidade e integralidade previstos pelo SUS.

A humanização está intimamente ligada ao modo como o indivíduo ver o outro. Ao deixarem que o preconceito e os valores culturais e religiosos interfiram na prática assistencial por considerarem a decisão da mulher uma conduta moralmente incorreta, esses profissionais contribuem para as limitações do cuidado.

Para que esse cuidado ocorra de forma a preservar a dignidade humana, tendo em vista o grande número de abortos induzidos que ocorrem, é indispensável que a enfermagem esteja atenta para desenvolver um protocolo de assistência ao abortamento induzido com a finalidade de organizar e sistematizar o cuidado a essas pacientes. Estes protocolos devem ser dinâmicos e implementados continuamente para se adequarem às necessidades existentes e diminuïrem os entraves que envolvem a assistência.

A interdisciplinaridade também se caracteriza como algo fundamental para a melhoria da assistência, pelo reconhecimento da complexidade do ser, compreensão de todo um contexto, trabalho conjunto que integra as disciplinas, buscando soluções para os problemas das usuárias. Equipes interdisciplinares podem favorecer um processo de humanização que reflita no atendimento, partindo do respeito e valorização entre os profissionais.

Este trabalho defende a necessidade de mudanças de valores e de práticas socioculturais relacionadas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Mesmo sabendo que essas mudanças e a busca pela humanização e qualidade da assistência é algo que ainda irá trilhar um caminho longo e conflituoso, por ter que desmistificar e transformar costumes e pensamentos arraigados na área da saúde. Com diálogo entre a equipe, uma educação permanente em saúde elaborada de forma problematizadora, de modo a sensibilizar esses profissionais e uma educação popular eficiente essas mudanças chegariam mais rapidamente.

Mas mudanças na formação profissional, seja ela acadêmica ou técnica, são fundamentais para complementar a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem. Uma formação baseada nos princípios básicos de humanização aliada à educação permanente em saúde faz com que os profissionais não substituam a teoria por

práticas de vida adotadas, pela escassez de tempo, ou como convém a alguns, o que torna o ambiente desumano.

O aborto deve ser tratado seriamente, não devendo ser ocultada sua existência, mas procurando soluções aceitáveis para a mulher e para a sociedade, sem serem violados os direitos sexuais e reprodutivos. É necessário que haja maiores investimentos no planejamento familiar, acesso à educação sexual e aos métodos contraceptivos para tentar reduzir o número de gravidezes indesejadas.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, Conceição de Maria. **Programa de atenção integral à saúde da mulher – PAISM:** entre diretrizes nacionais e a realidade em Imperatriz. [2009]. Disponível em: <
www.followscience.com/.../programa_de_atencao_integral_a_saude_da_mulher_paism_entre_as_diretrizes_nacional_e_a_realidade.doc ->. Acesso em: 07 out. 2010.
- ANDRADE, Vanessa Moura Modesto; SILVA, Vicviane Protázio; SILVA, Leila Rangel. Percepção das mulheres no cuidado de enfermagem frente a situação de aborto. **R. de pesq.:** cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 8, n. ½, p. 121-129, 2004. Disponível em: <<http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/13%202004.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2010.
- APERIBENSE, Pacita Geovana Gama de Sousa. BARREIRA, Ieda Alencar. Nexos entre Enfermagem, Nutrição e Serviço Social, profissões femininas pioneiras na área da saúde. **Rev. Esc. Enferm. da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 474-82, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a08.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2011.
- ARAÚJO, Flávia Mentor. **Ações de educação em saúde no planejamento familiar nas unidades de saúde da família do município de Campina Grande - PB.**2004. 77 f. Monografia (Especialização em saúde da família) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/.../publicacoes/.../MonografiaFlaviaMentorAraujo.pdf>. Acesso em: 03 out. 2010.
- BARROS, Luiz Felipe Walter. Aborto: de onde vem e para onde está indo a discussão? In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16., 2008, Minas Gerais. **Anais eletrônicos...** Minas Gerais: ENCE/IBGE, 2008. P. 1-17. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1819.pdf>. Acesso em: 05 out. 2010.
- BENUTE, Gláucia Rosana Guerra et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322-7, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n3/v55n3a27.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.
- BISPO, Clísyia Dias Bertino; SOUZA, Vera Costa. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 19-30, jan./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3909/2875>>. Acesso em: 15 set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de ciência e tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde (CNS). **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.pppg.ufma.br/departamentos/comitedeetica/resolucao196.pdf>>. Acesso em: 18 de out 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série C projetos programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília: Ministério da saúde, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_da_mulher/parto_aborto_puerperio.pdf>. Acesso em: 25 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPELLO, Luciana. Abortamento como problema de saúde pública. In: DESCRIMINALIZAÇÃO DO ABORTO, 2005, Brasília. **Anais eletrônicos...**Brasília, 2005. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:yUHY8V7LC5MJ:www.ipas.org.br/arquivos/jefferson/problema_saude05.doc+abortamento+como+problema+de+saude+publica&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 01 out. 2010.

CARDOSO; Jefferson Paixão et al. Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS. **RBPS**, Bahia, v. 20, n. 4, p. 252-258, 2007. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/2024.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2011.

CARVALHO, Marta Lúcia de Oliveira. Os registros de prontuário de mulheres atendidas por aborto em hospital universitário de cidade da região sul do Brasil de 2001 a 2005. In: fazendo gênero 8: corpo, violência e poder, 2008, Florianópolis. **Anais**

eletrônicos... Florianópolis, 2008. Disponível em:
<www.fazendogenero8.ufsc.br/.../Carvalho-Aparecida-Cardelli-Cestari-Sodre_37.pdf ->. Acesso em: 27 nov. 2010.

CHRIZOSTIMO, Miriam Marinho et al. O significado da assistência de enfermagem segundo abordagem de Alfred Schütz. **Ciência y enfermería**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 21-28, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_04.pdf>. Acesso em: 27 out. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem. **Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem**. 2007. Disponível em <<http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>> Acesso: 11 out. 2010.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, São Paulo, v. 14, n. 1, jan/mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 out. 2010.

EMMERICK, Rulian. **Aborto: (Des) criminalização, Direitos Humanos e Democracia**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2008.

GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec Population Council, 1999.

GALLI, Beatriz. **Aborto e direitos humanos: o impacto da criminalização do aborto na saúde e na vida das mulheres no Brasil**. [2007]. Disponível em: www.ipas.org.br/arquivos/Aborto_e_DH_BG07.doc. Acesso em: 13 out. 2010.

GALLI, Maria Beatriz; VIANA, Ana Paula de Andrade Lima. O impacto da ilegalidade do aborto na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em cinco estados brasileiros: subsídios para o debate político. In: DIÁSPORTAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 2010. **Anais eletrônicos...**2010. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/FG_GalliViana_FINAL.pdf>. Acesso em: 05 out. 2010.

GALLI, Beatriz; DREZETT, Jefferson; ADESSE, Leila. **Dilemas e soluções nos serviços de saúde: casos sobre a atenção à violência sexual e ao abortamento com foco nos direitos humanos das mulheres**. 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file220_3555.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2010.

GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1998.

GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos; DINIZ, Normélia Maria Freire; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-53, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_11.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

LIMA, Daniel Costa; BÜCHELE, Fátima; CLÍMACO, Danilo de Assis. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, apr./june 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 set. 2010.

MAIA, Mônica Bara; LUZ, Jalmelice. **Legalização do aborto: a fronteira final**. [2005]. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/M%CDDIA%20E%20MOVIMENTO%20FEMINISTA.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2010.

MAIA, Mônica Bara (org.). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre o aborto**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira et al. Acolhimento: uma postura, uma estratégia. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 1, p. 15-21, jan/abr. 2002. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1415-91042002000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 abr. 2011.

MARTA, Gustavo N.; JOB, José R. P. P. Aborto: uma questão de saúde pública. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 196-199, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N2/pv_aborto_uma_questao_saude_publica.pdf>. Acesso em: 23 set. 2010.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIUTTI, Mariana Gondim et al. Relação de ajuda entre o enfermeiro e mulheres em abortamento espontâneo. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 83-88, jan./abr., 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5376/3432>>. Acesso em: 15 abr. 2011.

MARQUES, Girlene de Oliveira; ROSSINI, Greta Mascherpe; SOUZA, Kelly Brígida Gomes. **Mulheres em situação de abortamento**: percepção sobre a assistência da equipe de enfermagem. 2009. 26 f. Monografia (Especialização de enfermagem) – Faculdade de ciências médicas da santa casa de São Paulo), São Paulo, 2009. Disponível em: <www.fcmscp.edu.br/posgraduacao/cursos/down.php?file...girlene...pdf>. Acesso em: 17 nov. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.); GOMES, Suely Ferreira Deslandes. **Pesquisa sócial**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MOTTA, Ilse Sódre. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. **Revista Brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 5, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000200011&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 out. 2010.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e Masculino**: Uma nova consciência para o encontro das diferenças. 3. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya de Lima (org.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. João Pessoa: Imprima, 2007.

OLIVEIRA, Maria Waldenez. Educação popular e saúde. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, v. 6, p. 73-83, jan./dez, 2007. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducpop/article/viewFile/1715/1469>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

PASCHOAL, Amárilis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2011.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-5, abr./jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a16v16n2.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2011.

PEREIRA, Adriana Lemos; RANGEL, Adriana de Freitas. Grupo educativo de contracepção, o cuidar na perspectiva dos direitos reprodutivos: um relato de experiência. **R. de pesq.: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. ½, p. 71-76, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/08%202004.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

REBOUÇAS, Melina Séfora Souza. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher**: reflexões fenomenológico-existenciais. 145 f. Dissertação (Mestrado em psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010. Disponível em: http://bdtd.bczm.ufrn.br/tesesimplificado/tde_arquivos/1/TDE-2010-12-08T102715Z-3122/Publico/MelinaSSR_DISSERT.pdf. Acesso em 15 abr. 2011.

RIBEIRO, Margeli Luziano. **O cuidado às mulheres no aborto provocado**: um olhar da enfermagem. 56 f. Relatório de conclusão de curso (Graduação em enfermagem)- Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16441/000669911.pdf?sequence=1> . Acesso em: 27 out. 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas S.a, 2007.

ROCHA, Maria Isabel Baltar; BARBOSA, Regina Maria (orgs.). **Aborto no Brasil e países do Cone Sul**: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. 2009. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/textos/publicacoes/livros/aborto/aborto.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

SÁ, Ana Cristina. **O cuidado do emocional em saúde**. 2. ed. São Paulo: Robe editorial, 2003.

SANTOS, Adriana Pereira. A experiência social com o aborto provocado: uma análise em termos das diferenças entre homens e mulheres. In: SEMINÁRIO NACIONAL GÊNERO E PRÁTICAS CULTURAIS, II., 2009, João Pessoa. **Anais eletrônicos...**

João Pessoa: UEPB; UFPB, 2009. Disponível em: <
<http://itaporanga.net/genero/gt8/1.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2010

SCHIRMER, Janine. Formação de recursos humanos versus o direito das mulheres à atenção qualificada na saúde reprodutiva. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 331-335, set. 2006. Disponível em:
 <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4620/2632>>. Acesso em: 11 out. 2010.

SCIAMMARELLA, Ana Paula. “Criminosas ou vítimas? Documentação das violações de direitos humanos das mulheres criminalizadas por aborto”. In: fazendo gênero 9: Diásporas, diversidades, deslocamentos, 2010, Santa Catarina. **Anais eletrônicos...** Santa Catarina, 2010. Disponível em:
http://www.ipas.org.br/arquivos/Trabalho_Sciammarella.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2010.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

SILVA, Rosane. **A realidade da violência institucional frente ao 25 de novembro**: dia internacional da violência contra a mulher. 2008. Disponível em: <
http://www.espacomulher.com.br/ead/aula/violencia_mulher.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

SOARES, Gilberta Santos. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 399-406, 2003. Suplemento, 2. Disponível em: <
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2010.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, abr./jun. 2005. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso&tIng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2010.

SOUZA, Zannety Conceição Silva do Nascimento et al. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paul Enferm**, Bahia, v. 23, n. 6, p. 732-6, 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/03.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

VALONGUEIRO, Sandra. **Mortalidade (materna) por aborto**: fontes, métodos e instrumentos de estimação. [1999]. Disponível em:
 <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/Mortalidade%20%28ma>

terna%29%20por%20Aborto%20-%20Fontes,%20M%C3%A9todos....pdf>. Acesso em: 29 out. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa, intitulada **Abortamento induzido: a concepção dos profissionais de enfermagem**, que será desenvolvida por **Ana Paula de Carvalho Bezerra** (pesquisadora participante) do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da Professora **Lorrainy da Cruz Solano** (pesquisadora responsável), apresenta como objetivos: analisar a concepção dos profissionais de enfermagem acerca do abortamento induzido no âmbito hospitalar, caracterizar a situação profissional dos entrevistados, investigar na opinião dos profissionais de enfermagem os aspectos que influenciam as mulheres a optarem pelo abortamento induzido, analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de abortamento induzido, identificar a partir de opinião dos profissionais de enfermagem sobre registro/notificação dos eventos de abortamento induzido na instituição, averiguar a percepção dos profissionais de enfermagem acerca da assistência prestada às mulheres em processo de abortamento induzido na instituição, investigar na opinião dos profissionais de enfermagem se a instituição oferece curso de capacitação para equipe de enfermagem, voltado para a temática.

Justifica-se a escolha desse tema para desenvolver o presente projeto de monografia, o fato de ter presenciado durante os estágios da graduação de enfermagem no setor obstétrico que essas mulheres geralmente não encontram o apoio nem o atendimento de que necessitam nesse momento.

Sendo assim é necessário ter um olhar amplo diante de um tema tão polêmico como o abortamento induzido, e por ser a enfermagem a categoria que tem mais contato direto prestando cuidado a essas usuárias.

Diante do exposto, solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos que o referido estudo não apresenta nenhum risco físico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual aos participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista individual gravada em MP3, norteados por um roteiro de entrevista semi-estruturada. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da (o) senhora (o) será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a (o) senhora (o) não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____,
 RG: _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que as pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹.

Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Mossoró, ____/____/ 2011

 Prof^a Ms. Lorrainy da Cruz Solano
 Pesquisadora Responsável²

 Ana Paula de Carvalho Bezerra
 Pesquisadora Participante

 Participante da Pesquisa

¹ Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777

² Av. Presidente Dutra, 701 Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-0143 E-mail: lsolano@facenemossoro.com.br.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Entrevista nº: _____

1. Idade:
2. Sexo: () M () F
3. Categoria de Enfermagem: () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Aux de Enfermagem
4. Escolaridade: () Nível Médio
() Nível Superior. Qual curso? _____
() Pós-graduação. Qual? _____
5. Trabalha a quanto tempo no setor obstétrico? _____
6. Quantas horas por semana você trabalha nesse setor? _____
7. Na sua opinião, que aspectos influenciam a mulher a optar pelo abortamento induzido?
8. Quais são os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de abortamento induzido?
9. Há registros/notificação na instituição dos eventos de abortamento induzido atendidos aqui? Se sim, qual?
10. Como essas mulheres são atendidas, no que diz respeito ao fluxo de assistência, na instituição?
11. Como é a assistência de enfermagem, neste setor, prestada as mulheres em processo de abortamento induzido? Protocolo?
12. O atendimento de enfermagem é apoiado por outras categorias garantindo seguimento?
13. Que orientações a mulher nessa circunstância recebe durante o internamento nesse setor? Pós-parto? Planejamento Familiar? Prevenção de CA de útero e mama?
14. A instituição oferece capacitação para a equipe de enfermagem, voltadas para essas mulheres?

ANEXO

**ANEXO A – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DAS
FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA
ESPERANÇA.**

FACENE
FAMENE

**FACULDADES DE ENFERMAGEM
E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA**

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 27/01/11 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Abortamento induzido: a concepção dos profissionais de enfermagem", protocolo número: 07/11 e CAAE: 0061.0.351.000-11, da orientadora: Lorrainy da Cruz Solano da aluna: Ana Paula de Carvalho Bezerra .

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 em 30/06/11, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 08 de Fevereiro de 2011

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.

Rosa Rita da Conceição Marques

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE