

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM–MINTER
UFSC/UNOCHAPECÓ E ASSOCIADAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

CARMEN LUIZA HOFFMANN MORTARI

**ABORTAMENTO/ABORTO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS/SC
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARMEN LUIZA HOFFMANN MORTARI

**ABORTAMENTO/ABORTO:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa – O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença.

Orientadora: Dra. Jussara Gue Martini

**Florianópolis/SC
2010**

FICHA CATALOGRÁFICA

610.73 Mortari, Carmen Luiza Hoffmann
M887a Abortamento/aborto: representações sociais de enfermeiras
da atenção básica à saúde / Carmen Luiza Hoffmann Mortari.
– Florianópolis, 2010.
174 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, 2010

Orientadora: Prof^ª. Jussara Gue Martini

1. Aborto – Enfermagem. 2. Saúde Pública – Enfermeiras.
I. Martini, Jussara Gue. II. Título.

CDD 610.73

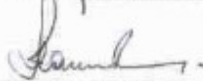
Catálogo Caroline Miotto CRB 14/1178

CARMEN LUIZA HOFFMANN MORTARI

**ABORTAMENTO/ABORTO: representações sociais de
enfermeiras da atenção básica à saúde**

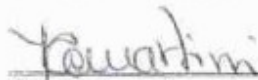
Esta dissertação foi Aprovada em sua forma final pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2010.



Dra. Flávia Regina Ramos de Souza
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



Dra. Jussara Gue Martini
Presidente



Dra. Maria José M. Antunes
PUC/ MG - Membro titular



Dra. Maria de Fátima Zampiere
UFSC - Membro titular



Dra. Myriam A. V. Santin

UNOCHAPECO - Membro suplente

Florianópolis, fevereiro de 2010.

*Aos meus maiores amores:
Sérgio, companheiro de vida e de sonhos;
Fernanda e Flávia, filhas que no auge da
Juventude, dão vida à minha vida.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço a todas as pessoas que estiveram envolvidas na realização do curso de Mestrado, em especial à professora Dra. Maria Elizabeth Kleba da Silva, que não mediu esforços para oportunizar o curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em parceria com a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e associadas, na cidade de Chapecó/SC, facilitando a nós da região Oeste, ampliarmos nossos conhecimentos.

À minha orientadora, professora Jussara Gue Martini, que compartilhou seus conhecimentos, conduzindo a sua orientação, sob a ótica da liberdade e capacidade própria da construção do conhecimento. A ela, meu reconhecimento, respeito, carinho e minha saudade.

À minha amiga, Miryam Aldana Vargas Santin, também professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, que me motivou buscar novos conhecimentos sobre as questões de gênero. Meu especial agradecimento pelo seu acompanhamento nesta etapa de crescimento pessoal e profissional.

Às colegas do MINTER – UFSC/UNOCHAPECÓ e associadas, por estarmos juntas na caminhada percorrida.

A todos os membros do Grupo de Estudos e Pesquisa de Gênero Fogueira, pelo apoio e estímulo dados.

Às colegas enfermeiras da Atenção Básica à Saúde de Chapecó que participaram do estudo, meu carinho e muito obrigada pela disponibilidade, recepção e voto de confiança em mim depositados.

Às colegas do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS, obrigada pelos momentos compartilhados na busca de novos conhecimentos

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann. **Abortamento/aborto:** representações sociais de enfermeiras da atenção básica à saúde. Dissertação: Mestrado em Enfermagem – (Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Santa Catarina – Universidade Comunitária da Região de Chapecó e Associadas, Florianópolis, 2010. 174 ps.

Orientadora: Jussara Gue Martini

Linha de pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença.

RESUMO

O abortamento/aborto é uma realidade presente em nossa sociedade. É um tema polêmico, que traz múltiplas interpretações e representa interesses diversos às instituições sociais, sendo um problema de saúde pública e um desafio para os profissionais da saúde. A Atenção Básica à Saúde, porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde – SUS, recebe, algumas vezes, mulheres com a intenção de praticar o aborto e, nessa situação, as enfermeiras devido à complexidade da temática, encontram dificuldades na prática do cuidado. O estudo teve como objetivo conhecer como as enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó/SC, representam o abortamento/aborto inseguro e como essas representações podem se relacionar com as formas de se prestar cuidados em situações concretas. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2009, por meio da técnica de “Grupo Focal”, constituído por oito enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde. A análise dos dados utilizou o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos dão conta de que, nessas situações, a prática do cuidado vem permeada de conflitos entre posicionar-se contra o aborto ou apoiar às mulheres, e ou, manter-se na imparcialidade, deixando a responsabilidade de decisão e ação para elas. Algumas das representações tais como: *‘o aborto inseguro ser um crime; o dever da mulher ficar com a criança ou entregá-la para adoção; a preservação da vida como princípio a ser almejado pela formação profissional...’* normalmente desencadeiam tentativas de influenciar a mulher a não interromper a gravidez. Quando não obtém

sucesso nessas tentativas, algumas enfermeiras mesmo desejando ajudar a mulher a encontrar uma saída segura, pelos limites profissionais, apenas a orientam a *'ir pra casa pensar, deixando claro que não é com ela (a enfermeira) a prática do aborto. Ficando a mulher abandonada..., indo pra clandestinidade..., tendo que se virar.'* Outros discursos, trazem claramente o poder do Estado sobre as representações: *'se ocorrer o aborto pelo uso da pílula do dia seguinte ou do DIU de cobre, por serem métodos permitidos pelo governo e pela sociedade, seria considerado aborto legal e, também aborto permitido por Deus'*. As enfermeiras participantes da pesquisa, nos debates dos grupos focais, refletiram a respeito de seus posicionamentos profissionais, ancorados por concepções religiosas, familiares e da formação, questionando-se: *'que 'vida' preservar? Se a criança que não é abortada, pode ser 'abortada em vida, a criança vivendo na miséria' e a mãe o 'inferno''*. Essas reflexões levaram as enfermeiras a concluir que, o posicionamento imparcial, as libera de futuras responsabilidades para com as *'crianças que não foram abortadas e vivem na condição de mortas vivas'*.

Palavras chave: abortamento/aborto; representações; enfermeiras; atenção básica.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann. **Aborting/abortion**: social representations from nurses of primary health care. Dissertation (Master in Nursing – Concentration: philosophy, health and society) – Postgraduate degree in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina, University Community of the Region of Chapeco and Associates, Florianópolis, 2010. 174 ps.

Orientadora: Jussara Gue Martini

Linha de pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença.

ABSTRACT

Abortion is a reality in our society, is a controversial issue that brings many different interpretations representing diverse interests and social institutions. The public health problem and a challenge for health professionals. The primary health gateway for users in the Unified Health System - SUS, receive, sometimes, women with the intention of abortion and, in this situation, the nurses, because of the complexity of the subject, find it difficult to explain the issues with the matter. The study aims to understand how nurses working in primary health in Chapecó / SC represent the abortion / unsafe abortion and how these representations may be related to the ways of providing care in specific situations. This is a qualitative approach, an exploratory and descriptive type, based on the Theory of Social Representations. Data were collected from July to September 2009, using the technique of "Focus Group", consisting of eight nurses working in primary health. The data analysis used the method of the Collective Subject Discourse. Speeches show that in those situations, the practice of care are permeated with conflicting stances against abortion and support to pregnant women and / or maintain the impartiality, leaving the responsibility of decision and action to them. Some of the representations such as 'unsafe abortion is a crime, the duty of the woman to keep the child or give it for adoption, the preservation of life, as a principle to be chosen in the professional training,' usually trigger attempts of women to stop pregnancy. When there is no success in these attempts, some nurses are even willing to help the woman find a safe way out, by professional boundaries, by guiding them to 'go home and think about it, making it clear that is not her (the nurse) to practice abortion. And making them understand that the procedure will be done illegally , that the woman may be abandoned

.Other speeches bring clearly state power on the representation:' if abortion occurs by the use of morning-after pill or IUD Copper, being the methods permitted by the government and society, it would also be considered legal abortion and abortion also permitted by God. The nurses participating in the research, in discussions of the focus groups reflected the respect of their professional positions, anchored in religious views, family and training, questioning, 'which life 'preserve? If the child is not aborted, can be 'aborted alive, children would be living in poverty' and mother in 'hell". These considerations led the nurses to conclude that the neutral position is the best one. Because it releases them of future liabilities to the 'children who were not aborted and will be living in conditions of living dead'.

Key-words: aborting/abortion; representations; nurses; primary care.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann. **Aborto: representaciones sociales de enfermeras que trabajan con la atención primaria de la salud.** Tesis de maestría (Maestría en Enfermería – Área de Concentración: filosofía, salud e sociedad) – Curso de Pós-graduação en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Universidad Comunitaria de la Región de Chapecó e Asociadas, Florianópolis, 2010. 174 ps.

Orientadora: Jussara Gue Martini

Linha de pesquisa: O cotidiano e o imaginário no processo saúde-doença.

RESUMEN

El aborto es una realidad presente en nuestra sociedad, es un tema polémico al presentar múltiples interpretaciones y que representa variados intereses para las instituciones sociales, es un problema de salud pública y un desafío para los profesionales de la salud. La atención primaria de la salud es la puerta de entrada para los usuarios del “Sistema Único de Saúde – SUS”, la cual atiende, algunas veces, mujeres con la intención de practicar el aborto. Frente a esta situación, las enfermeras encuentran dificultades para ejercer su práctica de asistencia, debido a la complejidad de esta problemática. El objetivo de este estudio se propuso conocer cómo las enfermeras que trabajan en la atención primaria de la salud del municipio de Chapecó/SC representan el aborto inseguro e cómo esas representaciones pueden relacionarse con las maneras de prestar atención a las mujeres en esas situaciones concretas. Es una investigación con enfoque cualitativo, tipo exploratorio descriptivo, se fundamenta en la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron recolectados en el período de julio a septiembre de 2009, utilizando la técnica de “Grupo Focal”, constituido por ocho enfermeras que trabajan en la atención primaria de la salud. Para el análisis de los datos se utilizó el método del Discurso del Sujeto Colectivo. Los discursos muestran que, en esas situaciones, la práctica de la asistencia a las mujeres esta impregnada por posturas en conflicto: entre posicionarse contra el aborto o apoyar a las mujeres o mantener la imparcialidad, dejando la responsabilidad de la decisión e de la acción en las manos de ellas. Algunas de las representaciones, tales como: *‘el aborto ilegal es un crimen; la obligación de la mujer de tener el hijo/a o darlo/a en adopción; la preservación de la vida como principio deseado por la formación profesional’*, normalmente intentan

convencer a la mujer para no interrumpir el embarazo. Cuando no se tiene suceso en esta tentativa, algunas enfermeras, aunque deseen ayudar a la mujer a encontrar una alternativa segura, por los propios límites de la profesión, apenas consiguen orientarla así: *‘ir para la casa a pensar, dejando claro que no es con ella (la enfermera) la práctica del aborto. Quedando la mujer abandonada..., yendo para la clandestinidad..., teniendo que encontrar una salida por su propia cuenta y riesgo’*. Otros discursos muestran, claramente, el poder del Estado sobre las representaciones: *‘si el aborto se da por el uso de la píldora del día siguiente o el DIU de cobre, por el hecho de ser métodos permitidos por el gobierno y la sociedad, este aborto se consideraría legal y también permitido por Dios’*. Las enfermeras participantes de la investigación en los debates de los grupos focales reflexionaron al respecto de sus posiciones profesionales, fundamentadas en sus concepciones religiosas, familiares y de su formación, preguntándose: *‘que ‘vida’ preservar?’ Si el bebé que no es abortado, puede ser ‘abortado en vida, el niño/a viviendo en la miseria’ y la mamá el ‘infierno’*. Estas reflexiones, llevaron a las enfermeras a concluir que la postura imparcial las libera de responsabilidades futuras para con *‘los/as niños/as que no fueron abortados/as y viven en la condición de muertos/as vivos/as’*.

Palabras clave: aborto; representaciones; enfermeras; atención primaria.

SUMÁRIO

1	Introdução	19
2	Objetivos	25
	2.1 Objetivo Geral	25
	2.2 Objetivos Específicos	25
3	Revisão da Literatura	27
	3.1 Mulher, Um Resgate Histórico: Aborto, Sociedade, Estado, Igreja e o Conhecimento Científico.	28
	3.2 Olhar Contemporâneo sobre o Fenômeno	39
	3.2.1 Teologia Feminista e Religião.....	39
	3.2.2 Religião e o Aborto Induzido.....	482
	3.2.3 Ética, Moral, Deontologia e Bioética.....	48
	3.3 Direitos Sexuais e Reprodutivos: Política Nacional, Legislação, Estatuto da Criança e do Adolescente, Código de Ética do Profissional Enfermeiro e o seu Olhar sobre o Fenômeno.....	58
4	Referencial Teórico	73
	4.1 Definindo Representações Sociais.....	74
	4.2 Funções das Representações Sociais	76
	4.3 Elaboração das Representações Sociais	78
	4.4 Perspectivas das Representações Sociais na Saúde e na Enfermagem	82
5	Metodologia	85
	5.1 Características da Pesquisa.....	85
	5.2 Cenário da Pesquisa.....	86
	5.3 Delimitação e Participantes do Estudo	86
	5.4 A Coleta de Dados.....	87
	5.5 Registro dos Dados Coletados.....	93
	5.6 Análise dos Dados	94
	5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	97
	5.8 Validação do Estudo.....	99
6	Apresentação e Discussão dos Resultados	103
	6.1 Artigo: ‘Que ‘Vida’ Preservar?’ Representações Sociais de Enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre Abortamento/Aborto	105

6.2	Artigo: ‘E Ela é Abandonada: Representações Sociais de Enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre Abortamento/Aborto	131
7	Considerações Finais.....	151
	Referências.....	155
	Apêndices.....	165
	Anexos.....	171

1 INTRODUÇÃO

O aborto¹ é uma realidade presente na nossa sociedade, uma temática interdita, um desafio complexo para os profissionais da saúde, uma situação trágica que envolve questões de vida ou morte: “vida e morte biológica de um futuro ser humano; vida ou morte existencial de sonhos, projetos e aspirações; vida ou morte em todos os seus sentidos de milhões de mulheres em função de seqüelas causadas pelo aborto clandestino”. (VASCONCELOS, 2004, p. 97).

Esse tema traz múltiplas interpretações, representa interesses diversos para as instituições sociais, não existindo uma posição consensual sobre essa questão. É tema tabu sussurrado pelos corredores, quase nunca discutido no cerne da família ou da escola, nos meios de saúde entre profissionais e aqueles que dão assistência à saúde. No entanto, essa realidade de vida ou morte pressiona o debate sobre o aborto no Congresso Nacional, no Sistema Judiciário, no Executivo, na sociedade civil por meio do movimento de mulheres e nas I e II Conferências de Políticas Públicas para as mulheres, exigindo a descriminalização do aborto (BRASIL, 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a prática do aborto inseguro² está entre as principais causas de mortalidade materna. No mundo, é responsável por cerca de 13% dessas mortes. Adolescentes e mulheres em idade inferior a 24 anos, compõem 46% deste quadro epidemiológico (OMS 2007).

Dados de estudos feitos no Brasil, registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), apontam-no como causa freqüente de mortes e hospitalizações de mulheres com risco de morte e de seqüelas físicas e psicológicas. Anualmente morrem em torno de 2.000 mulheres e 38.000 recém-nascidos, por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto. E, ainda, segundo os Comitês de Prevenção da Morte Materna, há uma grande sub-notificação de mortes materna devido ao aborto inseguro (BRASIL, 2006).

¹ *Aborto* é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005, p. 22).

² *Aborto inseguro* é “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos ou ambos” (Organização Mundial de Saúde, 1992).

Essa realidade numérica aponta para a necessidade de aprofundar estudos relativos à saúde pública, assim como, sobre a efetivação dos direitos reprodutivos no Brasil (*ibid.*).

As questões que envolvem o abortamento³/aborto⁴ adquirem relevância política quando ultrapassam as fronteiras do universo privado, da vida individual e integram a agenda da vida política do país, assim como de fóruns de discussão nacionais e internacionais sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Essa temática passa a ser discutida no cenário atual da saúde, pois, de acordo com José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, o aborto é uma questão de saúde pública e precisa ser enfrentada pela sociedade e pelo Congresso Nacional (DINIZ, 2007). Isso remete o discurso para além da moralidade e da legalidade, liberando o debate nos espaços dos serviços de saúde, entre gestores e profissionais, não somente no âmbito hospitalar, mas também na Atenção Básica à Saúde.

O Ministério da Saúde, visando ampliar o conhecimento no tema da Saúde da Mulher, nas questões referentes à gravidez na adolescência e ao aborto, em 18 de setembro de 2007, lançou edital promovendo pesquisas sobre essas temáticas (BRASIL, 2007)

As profissionais enfermeiras⁵ que atuam na Atenção Básica à Saúde, em função de ações da política nacional de saúde e dos programas de assistência à saúde, vêm ampliando significativamente os seus espaços de atuação no planejamento e no desenvolvimento de diversos programas e estratégias assistenciais.

E, em se tratando de assistência, no que se refere à saúde das mulheres, as profissionais enfermeiras procuram implantar e implementar, de acordo com a Secretaria Especial para as Mulheres, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres e, de acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Automaticamente, na assistência à saúde da mulher, questões relacionadas aos direitos sexuais e direitos reprodutivos são trabalhadas pelas profissionais e aqui, em especial, a temática do abortamento e aborto.

³ **Abortamento** é a interrupção da gravidez até a 20ª.-22ª. semana e com o produto da concepção pesando menos de 500g (BRASIL, 2005, p.22).

⁴ Neste estudo optou-se por utilizar as palavras “abortamento/aborto”, por entender que a palavra “abortamento” expressa mais as questões que envolvem a temática. A palavra “aborto”, como definição, corresponde ao produto da concepção eliminada.

⁵ Adotada-se a designação “enfermeira (as)” porque a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino.

Essa temática traz, além das questões de vida ou morte, questões morais, religiosas e éticas, influenciando a abordagem profissional, uma vez que a assistência ao abortamento/aborto, é permeada pela concepção de um crime, sem referência aos direitos reprodutivos e às questões da problemática da clandestinidade e do social (SOARES, 2003).

A relação entre a Atenção Básica à Saúde e o tema sobre o abortamento/aborto ocorre por ser normalmente a porta de entrada dos usuários, aqui em questão, das mulheres usuárias⁶ do Sistema Único de Saúde (SUS). Mulheres essas, que por diversos motivos, são assistidas, seja por promoção, prevenção ou recuperação da saúde, ampliando significativamente o seu convívio nesse serviço, o que pode gerar a liberdade para expressar sentimentos e desejos aos profissionais que lhes assistem.

Essa observação é argumentada a partir da experiência profissional vivenciada pela autora deste estudo, durante o período de 1998 a 2002, no exercício da profissão junto à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, na atividade de enfermeira assistencialista e de coordenadora de uma Policlínica de Saúde, assim denominada na época. Durante esse período o vínculo profissional com usuários e usuárias cresceu positivamente, demonstrado através de atitudes de confiança e de troca durante a assistência de enfermagem, havendo momentos em que a mulher usuária tinha a liberdade de expressar seus mais íntimos desejos e angústias. Durante o cadastramento de uma gestante no Programa de Pré-Natal, uma usuária teve a liberdade de comentar sobre a sua intenção de praticar o aborto. Diante de tal comentário, foram necessários alguns segundos para refletir sobre o que falar. A única fala que ocorreu naquele momento foi: “ – Isso não é comigo e nem com o Serviço de Saúde”. Após alguns dias, a usuária retornou comentando que teria utilizara “Cytotec”⁷, mas que não estaria dando certo. Essa situação vivenciada pela usuária não é incomum para algumas mulheres.

⁶ Mulheres usuárias: se refere às mulheres que procuram o serviço de saúde e são atendidas nas unidades básicas de saúde, também denominadas de centros de saúde de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁷ Cytotec é um dos nomes comerciais do misoprostol, uma substância abortiva. Esse medicamento entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e desde 1998, seu uso é restrito no ambiente hospitalar, servindo para induzir o parto em mulheres com dificuldades para ter dilatação e para expulsar fetos presos no útero após abortos naturais (BRASIL, 2009, p 35)

Muitos estudos mostram as diversas formas que as mulheres utilizam para resolver a situação da maternidade indesejada:

[...] buscam formas clandestinas e inseguras para realizar a interrupção da gravidez, usando métodos como medicamentos e ingestão de chás abortivos, introdução de objetos na cavidade vaginal, dentre outros. Situação que configuram extrema violência aos direitos humanos, tais como o direito à vida, à saúde e a integridade física e psíquica (IPAS BRASIL, 2007, p. 9).

Com esse incidente foi possível perceber que há falta de preparo pessoal e profissional para tal situação, vindo à tona vários questionamentos, dentre eles: Que preparo se tem, como profissional, para se dar o devido encaminhamento às questões relacionadas ao abortamento/aborto?

Não somente para a autora deste estudo, mas provavelmente para muitos outros profissionais surgem angústias frente ao fato do aborto inseguro ser um crime como está estabelecido no Código Penal Brasileiro, além do profissional ter que manter o sigilo profissional estabelecido no seu Código de Ética de Enfermagem, proposto no Art. 29º que diz: “Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei”. Surgem então múltiplas questões éticas como: cabe uma denúncia ao Poder Judiciário ou a outra instituição, uma vez que caracteriza crime? Quais os limites dos Códigos Éticos quando está em jogo a vida da mulher e uma vida em potencial? Que critérios éticos e direitos humanos são aplicáveis na atenção ao abortamento? O que se pode oferecer enquanto Serviço de Saúde? Deve-se questionar a mulher ao se obter um diagnóstico de gravidez se esta foi decorrente de estupro ou não? Se a resposta for positiva, informá-la sobre os direitos legais? Quanto ao acesso aos serviços de assistência, nos casos legais⁸, informar onde são realizados?

Buscando respostas para esses questionamentos, constatou-se que o Ministério da Saúde no ano de 2005 elaborou a norma técnica sobre a humanização do abortamento levando em conta a definição dos direitos reprodutivos definidos na Conferência de Beijing:

⁸ *Aborto legal*: interrupção voluntária da gravidez nas hipóteses de gravidez decorrente de estupro ou que implica em risco para a vida da gestante

[...] os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos que incluem o direito de toda pessoa ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária (BRASIL, 2005 a, p. 11).

Esta norma técnica, Atenção Humanizada ao Abortamento, foi elaborada com o objetivo de garantir os direitos sexuais e reprodutivos, na qual se explicitam orientações para apoiar profissionais e serviços de saúde, introduzindo novas abordagens no acolhimento e na atenção às mulheres nas questões relacionadas especificamente ao abortamento. A norma traz claramente, aos profissionais de saúde, a proposta de acolhimento e de atenção humanizada a assistência à mulher, procurando estabelecer a confiança, deixando de lado o julgamento, a discriminação, os preceitos morais e religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de decisão. (BRASIL 2005 a).

Ainda assim, algumas questões continuaram sem respostas: Como deixar de lado os preceitos morais, religiosos, valores e crenças, na atenção não julgadora e discriminada? Como lidar com as significações que são mobilizadas e reavaliadas no íntimo?

Mais uma vez, buscando literaturas para suprir essas questões, encontrou-se informações, na grande maioria, sob o ponto de vista das mulheres na assistência prestada pelos profissionais nas situações de abortamento/aborto, existindo uma lacuna acerca das inquietações, significações e percepção das profissionais enfermeiras na sua prática assistencial, tanto no âmbito hospitalar como na Atenção Básica à Saúde.

No exercício da enfermagem, depara-se, inúmeras vezes, com situações que envolvem a temática do aborto provocado, tema este que, ao longo dos anos, tem sido alvo de controvérsias e discussões em praticamente toda a sociedade nos diversos campos do conhecimento científico. Assim, julga-se importante que, além do conhecimento científico sobre os aspectos clínicos do abortamento/aborto, a enfermeira esteja fundamentada para a abordagem dos aspectos multidimensionais, podendo assim prestar uma assistência de qualidade,

visando a educação para a saúde da população em geral, em especial das mulheres em idade reprodutiva.

Este estudo teve como perguntas de pesquisa: Como a problemática do abortamento/aborto é representada pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó/SC? Como essas lidam⁹ com as suas inquietações, percepções e significações no cuidado prestado às mulheres em casos eminentes de abortamento/aborto inseguro?

Sobre as representações e as práticas das profissionais enfermeiras com relação ao abortamento/aborto inseguro, durante a análise deste estudo, observou-se que é imprescindível apresentar o posicionamento da pesquisadora com relação à temática, ao considerar-se que é na relação do pesquisador com o seu objeto de estudo onde se constrói a interpretação e a análise do material empírico e todo o processo metodológico. No momento em que a pesquisadora identifica a posição pessoal, está em condições de respeitar e de compreender os diferentes e complexos posicionamentos que permeiam a problemática estudada. Falando pois, do posicionamento pessoal da autora deste estudo, leva-se em conta a interrupção voluntária da gravidez como um ato relativo à autonomia das mulheres, as quais podem tomar decisões éticas e responsáveis sobre a própria vida reprodutiva. Em suma, a pesquisadora se posiciona favorável à liberdade de decisão das mulheres, que enfrentam uma gravidez indesejada.

⁹ [...] ter trato, conviver, tratar com, ocupar-se [...] In: DICIONÁRIO HOUAISS DA LINGUA PORTUGUESA. Disponível <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm> – acessado em 13.05.2009.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer como as enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó, relacionam as suas representações sociais sobre o abortamento/aborto inseguro com as formas de prestar cuidado em situações concretas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar as percepções e as significações das enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto inseguro;
- Identificar como essas profissionais desenvolvem as práticas de cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Independentemente do tipo de pesquisa, mesmo as exploratórias, que se justificam pela pouca ou não aparente existência de referências, cabe ao pesquisador apresentar um referencial técnico das publicações que mostre o *estado-da-arte* de seu estudo, pois, “[...] estas sempre existem, se não de uma forma direta com o objeto de estudo, acabam apresentando alguma associação que pode explicar ou facilitar as conclusões do investigador”. (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO, 2007, p. 75).

A revisão da literatura, portanto, consiste em inserir o problema de pesquisa num contexto geral, identificando falhas e lacunas em estudos anteriores, justificando a necessidade do estudo (POLIT, 2004). Com relação à busca das literaturas, foram adotados os seguintes passos:

1º Passo: Acesso às fontes de referências

Livros: Bibliotecas Universitárias, empréstimos e aquisição pessoal;

Periódicos, dissertações, teses e artigos: *On-line* (BIREME, LILACS, SCIELO, MEDLINE, OMS, Organização Internacional Ipas¹⁰), utilizando as seguintes palavras chave (em português e inglês): Aborto, representações sociais; profissional enfermeiro.

2º Passo: Seleção das bibliografias pertinentes à questão problema

3º Passo: Fichamento

Reunidas e sintetizadas as informações necessárias e úteis à elaboração do texto.

Foram encontradas várias referências relacionadas às questões que permeiam a temática: Aborto e religião; direitos sexuais e reprodutivos; ética e bioética; a mulher e o aborto, dentre outros. Especificamente com relação às questões problemas deste estudo, apenas uma referência foi encontrada, ainda assim, abordando as representações dos profissionais da equipe de assistência à mulher, nos

¹⁰ Organização Internacional não governamental: Protegendo à saúde das mulheres, Promovendo os direitos reprodutivos das mulheres. Trabalha com os objetivos de reduzir o número de mortes e danos físicos associados a abortamentos; expandir a capacidade da mulher no exercício de seus direitos de natureza sexual e reprodutiva; e melhorar as condições de acesso a serviços de saúde associados à reprodução, inclusive aos serviços de abortamento legal em condições adequadas (aborto seguro) <http://www.ipas.org.br/missao.html>.

casos de aborto legal. Considerando as poucas ou não aparentes referências, optou-se pela Revisão Narrativa¹¹, possibilitando de forma crítica, abordar as diversas questões, que, direta ou indiretamente, estão relacionadas com o problema e com o objetivo do estudo.

A Revisão Narrativa da literatura, neste estudo, aborda as seguintes questões:

1. **Mulher, um resgate histórico:** Aborto, sociedade, Estado, Igreja, e o conhecimento científico;

2. **Olhar contemporâneo sobre o fenômeno:** Teologia Feminista e Religião, Religião e o aborto induzido; Ética, Moral, Deontologia e Bioética;

3. **Direitos Sexuais e Reprodutivos:** Política Nacional, Legislação, Estatuto da Criança e do Adolescente, Código de Ética do profissional enfermeiro e o seu olhar sobre o fenômeno.

3.1 MULHER, UM RESGATE HISTÓRICO: ABORTO, SOCIEDADE, ESTADO, IGREJA E O CONHECIMENTO CIENTÍFICO.

O tema do aborto envolve diretamente questões relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo, pontos historicamente tratados no âmbito privado, envoltos em “[...] sua natureza moral”. Por esse motivo, poucos são os estudos históricos acerca desse tema. Quanto “[...] ao controle de natalidade, durante muito tempo publicamente condenado, as informações são ainda mais escassas”. Todavia, alguns dados estão contidos em estudos realizados no final do século XIX e início do século XX por médicos, em processos judiciais e inquéritos policiais, possibilitando um pouco de conhecimento sobre as tentativas e conseqüências do controle de natalidade vivenciadas pelas mulheres neste período (ROHDEN, 2003, p. 17).

Até a revolução das mulheres do século XX, à mulher, perante a sociedade, cabia apenas a obediência, a benevolência, a maternidade e os afazeres domésticos. Essa, segundo a criação divina, foi extraída de uma costela de Adão, porquanto inferior a este, devendo-lhe a subserviência. Criada para a reprodução da espécie, fadada a seguir a

¹¹ A revisão da literatura narrativa ou tradicional é menos abrangente, sendo utilizada em temática mais aberta, sem definição de questão específica e com protocolo flexível para a sua confecção; não é pré-determinada e específica a busca de fontes. “A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva.” (CORDEIRO; OLIVEIRA; RENTERIA; GUIMARAES, 2007, p 429)

sua benção natural – ser mãe, abençoada ao conceber filhos e infeliz quando estéril.

Aristóteles, citado por Badinter, o primeiro filósofo a justificar e legitimar a autoridade do homem, este na condição de marido e pai, de acordo com a filosofia política, acreditava que “a natureza criou indivíduos próprios para mandar e indivíduos próprios para obedecer”, legitimando a autoridade do homem, “[...] repousada sobre a desigualdade natural [...]” sendo, portanto, a mulher em sua essência, inferior ao homem, bem como aos seus filhos. E, quanto à concepção ela “[...] é igualmente considerada personagem secundária [...]”, pois Aristóteles “pensava que a menstruação era a matéria a que o esperma dava forma. A inteligência, virtude da humanidade, só era transmitida, portanto, pelos homens”. E, ainda, para ser reconhecida a sua virtude moral, cabia-lhe a superação da dificuldade em obedecer (1985, p. 32).

Badinter, ainda em referência a Aristóteles, lembra que a mulher, “Cidadã de Atenas ou de Roma, [...] tinha durante toda a sua vida, uma condição jurídica de menor, pouco diferente da condição de seus filhos”. (apud MORTARI; SILVA, 1996, p. 44).

Com relação à benção natural de ser mãe, Kniebiehler e Fouquet, relatam que de acordo com a tradição cristã, Maria, “que concebeu sem pecado, ou seja, sem sexo”, liga-se ao ser materno, “[...] a mãe de todos nós [...] ‘representando a mãe mulher assexuada’”, justificando o entendimento da fecundidade como benção divina, da infertilidade como castigo e a mulher dessexuada (apud MALDONADO, 1984, p.13). Essa idéia é confirmada por Rohden, que aponta uma tese de 1872 apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, tratando as questões relacionadas à reprodução e ao controle de natalidade no Brasil, levantando que a “[...] fecundidade é vista como uma grande benção da natureza, e a esterilidade como o maior dos infortúnios” e, “não se pode deixar de notar também a sua referencia à noção de que a mulher fora criada para ser mãe, para perpetuar a geração”. (2003, p. 25).

Paradoxalmente ao apontado pela tradição cristã, para a perpetuação e reprodução da espécie, o ato sexual faz-se necessário, sendo este, por muito tempo considerado pela Igreja sob a ótica da virgem Maria, pecaminoso se a mulher o praticasse sem a finalidade de gerar filhos. E, da prática do ato sexual entre a mulher e o homem, uma gravidez pode surgir, por vezes esperada e desejada, por vezes indesejada e inesperada, ficando tão somente a cargo da mulher, na sua grande maioria, o controle de engravidar ou não engravidar e de praticar o aborto, se assim decidir.

Os conhecimentos sobre as práticas abortivas era limitado às mulheres casadas, os quais eram transmitidos como uma rede de solidariedade, “[...] passados no interior das relações de vizinhos, parentesco e amizade, seguindo costumes nos quais a exclusão também estava presente. [...] os conhecimentos não eram divulgados para todas as pessoas, mas apenas entre amigas, mulheres casadas e já com alguns filhos”. Entretanto, seguindo os costumes, “[...] as mulheres solteiras não participavam [...] dessas redes de solidariedade e de auto-ajuda feministas. Às solteiras restava a solidão ao se deparar com uma gravidez indesejada e ao praticar o aborto, as quais, na “[...] “ignorância” em relação ao sexo e ao corpo de maneira geral, embora este “desconhecimento” possa fazer parte de narrativas legitimadas que pretendiam demonstrar o quanto eram “inocentes e puras” antes do casamento”. (PEDRO, 1998, p. 276-277). Elas se amparavam apenas na vinda da menstruação, garantia visual da inexistência de uma gravidez, e quando esta não ocorria, utilizavam os mais variados métodos para menstruar. Ainda assim, quando não menstruavam, não tinham o conhecimento suficiente para saber se estavam ou não grávidas, permanecendo na tentativa de menstruar. Tentativas essas, que, às vezes, ocasionavam o ‘aborto’.

Portanto, as práticas empregadas para o controle do número de filhos vêm das mais variadas civilizações e dos mais remotos tempos. As mulheres utilizavam práticas que evitariam a fecundação e podiam acarretar a interrupção de uma gravidez, algumas vezes inconscientemente e outras vezes conscientemente. Se conscientes da gravidez, acabar com ela era algo visto culturalmente como parte integrante da limitação do número de filhos, não constituindo crime nem para a mulher nem para os contribuintes da prática, e tampouco para a sociedade, por se tratar de algo pertinente a evitar uma gravidez indesejável.

Naquela época, a mulher não tinha clareza de como as estratégias utilizadas para não gerar um filho agiam sobre o seu corpo. Para elas o que importava era atingir o seu objetivo:

A aproximação entre contracepção e aborto parecia ser bastante comum naquela época. Contracepção e aborto eram duas estratégias que se confundiam, apesar de algumas tentativas de distinção por parte de médicos e dos chamados

neomalthusianos.¹² Para o público em geral, era difícil diferenciar o uso de chás, purgativos e supositório – usados para ‘regular’ as mulheres, ‘fazendo descer a menstruação’ – dos abortivos. O aborto fazia parte de um contínuo de práticas de controle de natalidade e constituía um recurso usado principalmente pelas mulheres de classes menos favorecidas, que teriam menos acesso aos contraceptivos (MCLAREN apud ROHDEN, 2003, p. 30).

Essa prática antiga era difundida entre muitas culturas. Em um texto médico escrito entre 2737 e 2696 a.C, o imperador chinês Shen Nung cita a receita de um abortífero oral, provavelmente a base de mercúrio. Também, na antiga Grécia, o aborto provocado foi preconizado objetivando o controle da natalidade para manter a estabilidade populacional. Já o filósofo Platão sugeriu a obrigatoriedade do aborto no sentido de aprimorar as raças, inclusive para as mulheres acima de 40 anos, preservando a raça de guerreiros. Sócrates achava que as parteiras, inclusive sua mãe, deveriam contribuir com as mulheres que desejassem praticar o aborto. Porém, o pai da medicina, Hipócrates, expressou em seu juramento não contribuir com a prática do aborto (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Fugindo um pouco da responsabilidade maior da mulher sobre o controle do número de filhos, entre os gauleses (populações da Gallia), ao pai, enquanto chefe incontestável da família, cabia o direito natural de decidir sobre a vida do filho, mesmo já nascido ou intra-uterino (*ibid.*).

Nos Estados Unidos, ao final do século XIX e início do século XX, a prática do aborto, segundo Brodie, passou a ser um serviço comercializado através da venda de “[...] novos remédios e instrumentos, como sondas e dilatadores uterinos, [...] todos os medicamentos que vinham sob o rótulo ‘medicamentos para mulheres’, propondo ‘regular as funções femininas’, porém que escondiam um abortivo em potencial”.¹³ (apud ROHDEN, 2003, p. 30)

¹² Nota da autora: A designação de ‘neomalthusianos’ era aplicada para identificar aqueles que propunham a restrição voluntária do número de filhos através do uso de métodos de controle de natalidade. Sobre a teoria de Malthus e sua apropriação posterior pelos neomalthusianos (ROSIN apud ROHDEN, 2003, p. 45).

¹³ Nota da autora: Fine (1986) descreve como os procedimentos populares usados na França do século XIX são parecidos com a terapêutica médica da amenorréia. (ROHDEN, 2003, p. 45)

De acordo com McLaren, “[...] contraceptivos (incluindo camisinha, pessários¹⁴, diafragmas e seringas) e abortivos eram anunciados em jornais e revistas, vendidos em lojas e farmácias e mesmo de porta em porta [...]”. Embora, no ano de 1852, as tentativas de controle do número de filhos enquanto supostos crimes já se faziam presente nas razões da relação entre medicina e justiça (apud ROHDEN, 2003, p. 30).

Pobres mulheres, na busca solitária de seus objetivos, utilizavam os mais variados métodos, independentemente das conseqüências, como descreve Pedro citando Priore,

No século XIX, o viajante francês Debret retratava a vendedora de arruda – erva conhecida como abortiva, – figura muito comum nas ruas das cidades do Brasil Colonial. Ao lado dos chás abortivos, as mulheres recorriam, muitas vezes, a métodos mecânicos: aplicavam golpes no ventre, pulavam de grandes alturas, carregavam fardos pesados, arrastavam a barriga no chão, provocavam vômitos e diarreias. Além disso, ainda podiam recorrer à introdução de objetos pontiagudos no útero, tais como fusos de roca, broches de ferro, colheres, canivetes, etc (PRIORE apud PEDRO, 2003, p. 29).

Essa era a realidade brasileira, anterior ou posterior à promulgação da legislação punitiva relacionada à prática do aborto, que ocorreu em 1830, referente aos “Crimes contra a segurança da pessoa e da vida”. Foram previstas apenas punições às pessoas que contribuíssem ou realizassem em uma mulher o aborto, com penas variadas de prisão e trabalho de dois a seis anos e penas dobradas quando o crime fosse cometido por algum estudioso ou conhecedor técnico, como os médicos, cirurgiões, boticário ou praticante de tais artes. Observa-se que a mulher que recorreu ao aborto, na condição de auto-praticante ou que consentiu a outra pessoa a prática, em nenhum momento é tratada como criminosa (ANDRADE, 2000).

Mas, em 1890, a legislação vigente foi ampliada às mulheres que auto-abortassem, com atenuantes para ocultar a desonra própria.

¹⁴ Nota da autora: Pessário anel introduzido na vagina da mulher provavelmente comprimindo o colo do útero, ou obstruindo a entrada do espermatozóide no orifício cervical, impedindo assim a fecundação.

Introduziu, ainda, a liberação de aborto legal ou necessário para salvar a vida da gestante (*ibid.*).

Apesar dessas leis, a mulher, pelos mais variados motivos, continuava a luta para ter apenas os filhos desejados, independentemente das conseqüências físicas, psíquicas, sociais e jurídicas. Esse fato, aos olhos do Estado, deveria ser controlado, pois diante de tal realidade, a taxa de natalidade decaía, trazendo ao Brasil, Estados Unidos e outros países da Europa uma ameaça ao crescimento da nação, principalmente no que se refere à ocupação de imensas terras que ainda estavam desocupadas e improdutivas (ROHDEN, 2003).

Concomitantemente com este quadro, a medicina, por meio dos médicos detentores do conhecimento sobre o funcionamento do organismo feminino, trouxe informações e definições técnicas acerca da concepção, esterilização e desenvolvimento gestacional. Passou-se a classificar o que seria aborto espontâneo e aborto obstétrico ou terapêutico, sendo este último, definido como feticídio¹⁵. Essas informações contribuíram no esclarecimento das situações de aborto legal previstas na Lei de 1890 (*ibid.*).

Esses conhecimentos levados aos debates públicos e jurídicos contribuiriam para o esclarecimento e definições de aborto legal ou criminoso, combatendo o aborto enquanto controle do número de filhos através da aplicação das punições vigentes. Onde o Estado tinha como objetivo perseguir todo e qualquer método que contribuísse com a diminuição da natalidade (ROHDEN, 2003).

Foucault afirma, sobre esta situação, que os médicos pautados na sua “[...] responsabilidade biológica [...]” enquanto projeto médico e político passam a organizar a “[...] gestão estatal dos casamentos, nascimentos e sobrevivências; o sexo e a fecundidade devem ser administrados”. (1997, p. 112).

Diante dessas justificativas, segundo Dohden, a partir de 1910, a prática do aborto, enquanto controle de natalidade, é combatido pelo Estado brasileiro com maior rigor, fundamentado na legislação vigente de 1890 (2003).

Surpreendentemente o enfoque dado à condenação do controle de natalidade trouxe a público às práticas utilizadas pelas mulheres para limitar o número de filhos: “É nos debates envolvendo médicos preocupados em evitar e perseguir os seus praticantes e nos processos concernentes aos crimes do aborto e infanticídio que temos exemplos

¹⁵ Nota da autora: aborto provocado em situações necessárias decorrentes de disfunções obstétricas/ginecológicas e principalmente em função dos vômitos incoercíveis.

esclarecedores de como a contracepção, em suas variadas formas, era um assunto que ultrapassava em muito o domínio privado”, tendo como pano de fundo não somente as conseqüências representadas para os indivíduos que praticavam, mas também a ameaça ao crescimento da nação (*ibid.*, p. 17).

Rohden, mencionando Costa Junior, traz claramente esta observação ao “[...] ressaltar que o produto da concepção pertence também ao Estado”.

O produto da concepção normal não pertence só a mãe, ele pertence também ao Estado, do qual virá fazer parte como tal, este deve zelar pela sua vida.

A prática do aborto criminoso é um crime por excelência anti-social, pois que suprime o indivíduo, membro da família, de que se compõe o Estado (apud ROHDEN, 2003, p. 67)¹⁶

Essas também eram as falas de médicos ginecologistas, que naquela época tentavam definir a saúde da mulher como um problema médico específico, interessados em alcançar o prestígio da nova especialidade que ora se constituía, tentando se diferenciar dos profissionais que praticavam o aborto e a contracepção¹⁷, que são “[...] duas práticas freqüentemente confundidas”. (BRODIE apud RODHON, 2003, p. 32).

Para o Estado, diante da queda de fecundidade, há conveniência em utilizar as relações de poder inerentes às questões da sexualidade e da reprodução humana como estratégia para suprir as demandas oriundas do crescimento da nação capitalista – populacionais, produtivas, econômicas e do mercado consumidor (RODHON, 2003).

Prova disso, em Roma, nos primeiros tempos de república, a prática do aborto era comum e aceita pelo Estado, mas durante o império houve uma queda do número de nascimentos, onde o Estado

¹⁶ A forma de citação direta, contendo apenas três linhas, está tal e qual apresentação no livro.

¹⁷ Nota da autora: Aborto e a contracepção: estas duas palavras que se diferenciam, mas estão muito próximas. Para que haja aborto, necessariamente deve ter ocorrido à fecundação (união do espermatozóide ao óvulo); já a contracepção não necessariamente há a fecundação, é a utilização de métodos que impessam o encontro do espermatozóide e óvulo.

passou a definir como delito o aborto provocado, utilizando-se de severas leis (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Foucault questiona se todo o alvoroço e atenção dada em torno da sexualidade nos últimos dois séculos não seriam ocasionados para “[...] assegurar o povoamento, reproduzir a força de trabalho, reproduzir a forma das relações sociais; em suma, proporcionar uma sexualidade economicamente útil e politicamente conservadora?” (1997, p. 38).

Rohden segue o pensamento de Foucault, quando constata que:

[...] a sociedade não está interessada a principio na mulher, mas naquilo em que ela pode ser produtiva ou prejudicial. O que está em jogo é a produção de novos indivíduos para a coletividade. E a mulher que chegou ao estado de gravidez tem que necessariamente apresentar algum resultado, ou seja, o filho, mesmo que seja morto. A gravidez está muito longe de ser vista com evento pessoal ou privado. Ela é um acontecimento social, na medida em que deve ser de domínio público, mas também no sentido de que produz bens para a sociedade (2003, p. 50).

Nota-se aqui, como a sociedade utiliza-se do poder das relações de gênero e sexo. Esse poder, vem aliado ao religioso, fortemente presente na representatividade do Estado, seja pela participação direta da Igreja nas argumentações e decisões estatais através dos sacerdotes, líderes religiosos e outros, seja pela forte relação mantida entre os representantes do Estado e da Igreja.

Essa forte e longínqua união entre o Estado e a Igreja fez com que os povos, desde a antiguidade, unificassem ambos ao procurar seguir os princípios e ideologias, pois de acordo com Queiroz (2006, p.?):

“O Estado e a Igreja sempre andaram muito próximos, por varias vezes confundindo-se, e isto desde as antigas civilizações. Diferente não foi com a formação do Estado brasileiro, que em seus primórdios já foi chamado de Terra de Santa Cruz e teve como primeiro ato solene uma missa”.

Durante o Brasil Império, por meio da Constituição de 1824, fica estabelecido que a religião Católica Apostólica Romana seria a religião do Império. Essa é alterada no ano da proclamação da República, passando a Estado laico¹⁸, separando a Igreja e o Estado, “pelo menos no papel” (QUEIROZ, 2006,p.?).

Assim como no Brasil e em outros Estados, a Igreja sempre esteve presente na sociedade em seus debates e discussões acerca de diversos temas, entre eles os relacionados à mulher e a sociedade, sexualidade e vida reprodutiva, estando aqui inclusa a contracepção, o aborto e o controle de natalidade. Essa presença foi e é marcada por posicionamentos rígidos, utilizando-se de punições como a excomunhão de seus seguidores quando não adeptos à sua doutrina.

Esses posicionamentos rígidos são fundamentados na teologia cristã – Deus primeiro criou o homem, segundo a sua imagem e semelhança e após criou a mulher utilizando-se de uma costela do homem, denominados Adão e Eva. Tentada pela serpente, Eva convenceu Adão a cometerem o pecado original. E, Adão, responsável pelo casal, se justificou a Deus respondendo “[...] piedosamente: ‘A mulher que me deste como companheira, ela me deu a árvore e comi’”. Ambos foram expulsos do paraíso, carregados de maldições, cabendo à Eva as seguintes maldições: “Multiplicarei grandemente a tua dor e a tua conceição; com dor parirás teus filhos [...] E a tua paixão será para o teu marido, e ele te dominará”. A Adão, “[...] confirmado em seu papel de senhor, foi condenado apenas a trabalhar arduamente e a morrer como Eva”.¹⁹ (BADINTER, 1985, p. 34).

Tal citação bíblica foi interpretada por doutores da Igreja de diferentes formas, uns considerando as tentações da carne e da vaidade, culpando Eva por sua leviandade e pela “[...] infelicidade do homem [...]”, considerando-a “[...] uma criatura fraca e frívola [...]” outros transformam Eva “[...] no símbolo do Mal”. Santo Agostinho, “[...] evoca as más condições da mulher: ‘Um animal que não é firme, nem estável, odioso, que alimenta a maldade... ela é fonte de todas as discussões, querelas e injustiças’”.²⁰ (BADINTER, 1985, p. 34-35).

¹⁸ LAICO: do latim *laicus*, é o mesmo que leigo, equivalente ao sentido secular, em oposição do bispo, ou religioso (SILVA apud QUEIROZ, 2006.p.?).

¹⁹ Nota da autora: Nas citações bíblicas utilizamos a tradução portuguesa de João Ferreira d’Almeida. (N. do T.)

²⁰ Nota da autora: *Songe de Verger*, livro 1, cap. CXLVII; ver também a célebre frase de Bertrand d’Argentré.

Portanto, do ponto de vista religioso, a mulher relegada ao pecado é um ser fraco e odioso, devendo ser submissa aos desígnios do homem. Mas, paradoxalmente, a continuidade da espécie está na dependência da mulher, que é imposta ao domínio da Igreja e do Estado desde a antiguidade. E, com base nessa imposição, procuram meios de direta ou indiretamente se fazerem presentes na sexualidade e vida reprodutiva dos povos, buscando conhecimentos para intervir nas questões relacionadas à reprodução.

Estando a vida, segundo a Igreja, condicionada à existência de alma, segundo Aristóteles, a alma não poderia estar presente em um corpo que não estava formado, e sua existência no conceito variava dependendo de seu sexo: no feminino a alma passava a ser presente após noventa dias da concepção e no masculino aos quarenta dias. Já para a tradição cristã, a alma feminina passava a estar presente em oitenta dias (RANKE-HEINEMANN Uta apud PEDRO, 2003). Essa diferença de pensamento dificultava a definição e entendimento do que seria assassinato do conceito ou não, dando margem à prática do aborto sem que esta incorresse em pecado. A condenação imposta pela Igreja com relação ao aborto fundamenta-se no mandamento “não matarás”, pecado contra a vida, pois a vida depende de existência da alma.

Ao final do século XIX a Igreja passou a considerar que a alma estaria presente desde a concepção. Esse posicionamento subsidiou os Estados à adoção de leis punitivas ao aborto (PEDRO, 2003).

Países europeus, Inglaterra, Alemanha e França, nesse século passaram a criar leis mais rigorosas, incluindo a condenação à gestante e ampliando a punição às pessoas que executavam o aborto. Na Inglaterra, especificamente, as penas previstas passaram a ser a pena de morte ou a prisão perpétua ao executor e cinco a dez anos de trabalhos forçados à mulher que se submetia ao aborto (WALKOWITZ apud PEDRO, 2003).

Já no Brasil colônia, de acordo com Pedro (2003), a ação da Igreja Católica para a moralização das relações entre os sexos se fez presente:

[...] a Igreja Católica tentou difundir no Brasil uma campanha de moralização das relações entre os sexos. ... ideais da “santa mãezinha” e da exigência de regulamentação das relações através do matrimônio, pregava-se a extinção das práticas abortivas e infanticidas. ... passou-se a divulgar o pressuposto de que as mulheres que abortavam

eram aquelas que mantinham ligações ilícitas (2003, p.29).

Magalhães fala sobre a intervenção da Igreja na prática médica relacionada à decisão do aborto obstétrico, descrevendo que “[...] a proibição religiosa prejudica a ação profissional”, insistindo que a questão não é religiosa, e sim científica:

“Não é possível reconhecer na autoridade canônica competência em matéria de obstetria; com o simples enunciado do decálogo – não matarás – resolvem os sectários a conduta da prática em qualquer emergência clínica. A doutrina é errônea e desumana”. O médico que seguir estas regras intolerantes acabará assistindo à morte da gestante e também do embrião. Já o médico que age cientificamente interrompendo a gravidez é mais humanitário, pois poderá salvar a vida da mãe. As autoridades da Igreja agem sem conhecimento das questões obstétricas. O médico, que sabe das condições em que uma gravidez deve ser interrompida devido ao seu domínio da ciência não precisa consultar ou pedir conselhos aos religiosos (apud ROHDEN, 2003, p. 64).

Rohden percebe que a medicina, por meio de vários autores de estudos médicos realizados acerca do aborto no final do século XIX e início do século XX, buscava se legitimar perante o pensamento religioso fundamentando-se no conhecimento científico, justificando a autoridade decisória. Mas, em contrapartida, esse conhecimento e autoridade era fomentador da condenação ao aborto criminoso (2003).

Mais uma vez, portanto, aparece aqui que as mulheres, nos séculos anteriores ao século XXI, estavam submissas ao homem, à sociedade, ao Estado, à Igreja e ao conhecimento científico. As mulheres buscavam na sua individualidade resolver todo e qualquer problema que a si fosse indesejável, em detrimento de toda uma força externa, do seu sofrimento e do julgamento da sociedade.

3.2 OLHAR CONTEMPORÂNEO SOBRE O FENÔMENO

3.2.1 TEOLOGIA FEMINISTA E RELIGIÃO

A Igreja insiste em excluir as mulheres das práticas institucionais, apoiando-se no magistério católico, o qual afirma que entre os apóstolos de Jesus não havia mulheres, configurando-se um viés de gênero e, sutilmente, mostrando “[...] uma profunda desigualdade de poder entre os sexos”. Porém, filósofos, antropólogos, biblistas e mulheres teólogas resgataram na história cristã a presença das mulheres no momento e nos movimentos da vida de Jesus e seus apóstolos, as quais permaneceram presentes como protagonistas no magistério cristão até o século XII. Essa presença não aparece claramente nas informações cristãs devido ao androcentrismo estabelecido a partir desse período (TORRES, 2005, p. 151).

O androcentrismo gerou uma teologia patriarcal, diferenciando severamente homens e mulheres, relegando a estas o segundo plano na ordem social dos direitos e deveres. Somente aos homens era permitido a interpretação e revisão da bíblia. Com base na realidade do uso da Escritura Bíblica contra as mulheres na Igreja e na sociedade, em 1895 algumas mulheres católicas feministas norte-americanas lideradas por Elisabeth Cady Stanton deram origem à Teologia Feminista e, em 1898, com o apoio de 30 mulheres dos Estados Unidos e da Europa, publicaram o segundo volume “*The Woman’s Bible*”²¹, objetivando mudanças à imposição bíblica sobre a mulher (NUNES, 2000, p. 17).

Gebara diz que as teologias, de acordo com as suas especificidades, são trabalhadas sob diferentes focos, sendo que na teologia feminista há objetos de estudos diferentes: algumas no resgate das mulheres na Bíblia e das imagens de Deus e outras na “[...] des-construção da teologia patriarcal a partir de diferentes temáticas [...]”. (apud ROSADO-NUNES, 2006, p. 298).

Reforçando o foco da teologia feminista na des-construção da teologia patriarcal, Torres diz que a teológica feminista “[...] colocou em xeque o discurso hegemônico e androcêntrico sobre o lugar da mulher” (2005, p.154). Moser reforça isso ao dizer que:

[...] a Teologia Feminista se constituindo como “mediação de gênero na Teologia superando uma concepção binária de homens versus mulheres,

²¹ Nota da autora: Seattle, Coalition Task Force on Women and Religion, 1895 vol.I; 1898 vol.II.

para uma concepção que reconhece para além das diferenças de sexo, o machismo na sociedade e na teologia católica. Surge de forma sistemática a compreensão “que homens e mulheres são seres socialmente construídos e não determinados biologicamente”. (apud TORRES, 2005, p.154).

Ainda, para Gebara, atualmente há a necessidade da Teologia Feminista perceber as diferentes manipulações religiosas acerca do corpo feminino, as quais não acontecem apenas por representantes religiosos, mas também por políticos, pela medicina e pelo direito.

A partir do corpo e da sexualidade feminina é que se expressa a opressão e a dominação de gênero ou do gênero masculino. Não se pode fazer Teologia Feminista sem falar dos corpos femininos e especificamente da sexualidade feminina. Esse é o lugar a partir do qual começa a opressão e também o lugar a partir do qual se afirma a autonomia feminina. É a partir daí que se marca a posse masculina sobre as mulheres. Por isso, ultimamente tenho insistido muito no fato de que uma abordagem feminista a partir das relações de gênero deve explicitar a questão da dominação a partir da sexualidade. Essa dominação se expressa através de uma divisão injusta do trabalho social e doméstico, através de uma legislação que acaba mantendo não apenas os privilégios de classe e de etnia, mas os privilégios de gênero. Manifesta-se, igualmente, nas questões de descriminalização e legalização do aborto, como se os homens, ou a sociedade que representam, tivessem a última palavra sobre nossas decisões e escolhas. As teologias ou, mais especificamente, as igrejas seguem a mesma lógica de dominação. Afirmando-se a partir dos princípios que respeitam a vida, não percebem a contradição histórica de seus argumentos e a reprodução da dominação patriarcal em relação às mulheres (GEBARA apud ROSADO-NUNES, 2006, p. 301).

Essas manipulações estão presentes nas questões relativas à violência contra a mulher, ao controle da sexualidade e reprodução feminina e nas questões relacionadas ao Estado e à laicidade (GEBARA apud ROSADO-NUNES, 2006).

As questões do corpo e da sexualidade permeiam as diferentes desigualdades sofridas pelas mulheres. De ordem econômica, política, social, cultural e religiosas, essas desigualdades são oriundas da genitalidade, sobre as quais são construídas as simbologias e os significados sociais do corpo feminino (*ibid.*).

O mundo patriarcal inferioriza os direitos das mulheres sob a ótica cultural, biológica e sexuada da mulher, apesar da falácia de direitos e igualdade humana, rebaixando-a à segunda categoria, não apenas nas instituições sociais, mas também nas organizações políticas, econômicas, legislativas e religiosas, priorizando sempre as iniciativas e os valores masculinos (*ibid.*).

Sutilmente, confirmando essa visão, a Igreja católica representada pelo Papa João Paulo II, em 1988, se pronunciou utilizando a visão dualista ao dizer que os homens e mulheres são pessoas humanas iguais ao mesmo tempo em que biologicamente há uma diferença básica, sendo a condição de pessoa fêmea a diferença biológica, permanecendo assim, às mulheres, a vocação da maternidade e a virgindade como vivência digna até se casarem ou virgens consagradas (maternidade espiritual). Mais uma vez o pensamento e a posição das mulheres foi desconsiderado, ignorando a sua atual situação social (EYDEN; FIORENZA; HUNT, 2001).

Na tentativa de suprimir a inferioridade atribuída às mulheres, no pronunciamento, existem falas sobre complementaridade mútua “[...] mulheres e homens são complementares”, porém, na visão antropológica dualista, os direitos e responsabilidades são diferenciados pela vocação específica atribuída à mulher, interferindo diretamente no exercício desses direitos e responsabilidades (*ibid.*, p. 32).

Essa visão antropológica dualista, baseada na anatomia física e psíquica da natureza feminina, a qual tenta provar e reforçar o papel da mulher na sociedade e na Igreja, não é aceita pelas mulheres. Porém, “[...] na realidade concreta, a definição das características específicas resulta novamente numa posição dominadora para os homens e na subordinação para as mulheres”. (EYDEN; FIORENZA; HUNT, 2001, p. 34).

Por isso, em discordância ao pronunciamento do papado, as mulheres se sustentam, não na base materna, mas, sim, na sua “[...]”

qualidade de pessoas que pensam e agem independentemente, elas incorporam a sua autodefinição à vocação humana plena” (*ibid.*, p. 31).

Em 1995, novamente o Papa João Paulo II, sob o olhar da antropologia “[...] da condição de mulher de acordo com as autoridades romanas [...]”, redigiu a “[...] ‘Carta do Papa João Paulo II às mulheres’[...]”. Essa, marcada por simpático tom nunca visto em texto do Vaticano, visto como forma de alcançar positivamente às mulheres depois de acirrada oposição papal e do Vaticano com relação ao programa de ação em prol dos direitos reprodutivos das mulheres e da proposição do aborto seguro e legal, tratado na Conferência sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas, realizada no ano anterior. A carta se dirige às mulheres elogiando o seu desempenho na luta em favor dos direitos sociais, econômicos e políticos, e trouxe na sua essência “[...] a formulação da antropologia dualista do Vaticano:

[...] a condição de mulher e a condição de homem são complementares não somente do ponto de vista físico e psicológico, isto é, o plano do agir, mas também do ponto de vista ontológico, isto é, o plano do ser. “É somente por meio da dualidade do ‘masculino’ e do ‘feminino’ que o ‘humano’ encontra sua plena realização”. (EYDEN; FIORENZA; HUNT, 2001, p. 36).

3.2.2 RELIGIÃO E O ABORTO INDUZIDO

Aguirre (2000) traz a reflexão sobre o princípio da moralidade e o comportamento da pessoa diante de Deus, situando-se no terreno cristão da Moral. Para Aguirre, o princípio da moral está na percepção consciente da pessoa sobre o estabelecimento ou não da moral. E, para sustentar com clareza esse entendimento cita o Concílio Vaticano I:

“No mais profundo de sua consciência, o homem descobre a existência de uma lei que ele não dita a si mesmo, mas que deve obedecer, e cuja voz ressoa, quando necessário, nos ouvidos de seu coração, advertindo-o de que deve amar e praticar o bem e de que deve evitar o mal: faça isso, evite aquilo. Porque o homem tem uma lei escrita por Deus em seu coração, em cuja obediência consiste a dignidade humana e pela qual será julgada pessoalmente (cf. Rm 15-16). A consciência é o

núcleo mais secreto, é o sacrário do homem, lugar em que este se sente só com Deus, [...]” (AGUIRRE, 2000, p. 12).

Ainda, para Aguirre (2000), não vai ser com base no cumprimento das leis e normas que o ser humano vai ser julgado por Deus, mas, sim, pelo seguimento da sua consciência, seja qual for esta, desde que, para si os atos sejam guiados pela consciência.

O aborto provocado, relacionado com as questões religiosas, permanece condenado pela Igreja católica em qualquer circunstância e em qualquer momento da gestação, não se comprometendo com a natureza filosófica no que tange ao momento em que o conceito passa a ter alma, defendendo incondicionalmente o direito à vida, fazendo-se valer do significado literal da palavra “aborto”:

[...] a destruição voluntária do produto da concepção humana (ab-orto significa literalmente desnascimento, negação do nascimento), sempre foi rechaçado como uma coisa ruim pela Igreja Católica. Não é por acaso que o verbo latino ‘*aboriri*’, de que deriva o substantivo ‘*abortus*’, significa também matar (*ibid.* p. 13).

A Igreja católica diz que esse posicionamento deve ser seguido também pela sociedade civil e pela legislação, prevendo leis penais à violação deliberada do direito à vida. Ainda estende o posicionamento desqualificando a toda e qualquer decisão judicial, conforme apresenta Aguirre (2000, p.17):

[...] devem ser elementos constitutivos da sociedade civil e de sua legislação, entre outras coisas, ‘o respeito e a proteção que se hão de garantir, desde a própria concepção, aquele que deve nascer (e) exige que a lei preveja sanções penais apropriadas para tida violação deliberada de seus direitos’ (n.2273). Finalmente, ‘como deve ser tratado como pessoa desde a concepção, o embrião deverá ser defendido em sua integridade’ (n.2274). Essa posição foi ratificada integralmente na encíclica papal *Evangelium vitae*, firmada por João Paulo II a 25 de março de

1995. Ali, entre outras coisas, é denunciado abertamente o perigo de totalitarismo em que podem cair as democracias que, em nome de uma utilidade pública que não é senão o interesse de alguns, legislam contra a vida humana. Diz por conseguinte que estão privadas totalmente de autêntica validade jurídica (EV 72).

João Paulo II, empenha a sua autoridade, pronunciando “Com a autoridade que Cristo conferiu a Pedro e a seus Sucessores, em comunhão como todos os Bispos [...], declaro que o aborto direto, isto é, desejado como fim ou meio, é sempre uma desordem moral grave enquanto eliminação deliberada de um ser humano inocente. [...]” (AGUIRRE, 2000, p.18).

Com base nas leituras, percebe-se que as Igrejas Cristãs não-católicas e as Igrejas protestantes apresentam posicionamentos semelhantes à Igreja Católica ao se pronunciarem alegando a existência de vida, sendo o aborto um fato grave ao não permitir a evolução de um ser vivo.

Todavia, em função das hipóteses de alguns teólogos não-católicos com relação ao momento em que o conceito passa a ter vida, a prática do aborto, por vezes, não é tratada como interrupção de uma vida. Enquanto alguns teólogos consideram que, baseando-se nos atuais conhecimentos científicos, há presença da vida desde o momento da fecundação, outros acreditam existir vida somente após o nascimento (AGUIRRE, 2000).

Também são previstas situações que devem ser observadas na interrupção de uma gravidez: “[...] ‘Cremos que há considerações que podem tornar indicada a interrupção de uma gravidez em benefício da mãe, do filho ou dos dois’”.²² (*ibid.*, p. 20).

Já, com outro enfoque bíblico, a Igreja Batista, no ano de 1968, se pronunciou, na Convenção Batista da América, deixando de lado a posição episcopal, considerando a prática do aborto como “[...] um problema dependente de uma decisão pessoal responsável. [...]”, ao proferir a seguinte fala:

²² Nota do autor: Germain G. GRISEZ, *El aborto, mitos, realidades y argumentos*, edic. Sigueme, 1972, p. 255. O trecho da assembléia episcopal está citado em N. C. News, 23-9-1967.

“Como Cristo nos ensina a afirmar a liberdade das pessoas e a santidade da vida, cremos que o aborto deve ser um problema dependente de uma decisão pessoal responsável. Com esse fim, nós, na qualidade de batistas americanos, conclamamos que se faça entrar em vigor uma legislação que leve em conta: que a efetuação de um aborto antes do final das 12 semanas (primeiro trimestre) dependa do pedido do indivíduo(ou indivíduos) envolvido(s); ao mesmo tempo, deve-se considerar o aborto como procedimento médico eletivo governado pelas leis que regulam a prática médica”.²³ (AGUIRRE, 2000, p. 20-21).

Com relação a posições externas à tradição cristã, no judaísmo e islamismo, em geral o aborto não é considerado crime, havendo algumas restrições ao período gestacional em que é praticado. Especificamente no judaísmo, se o aborto ocorrer até o quadragésimo dia da fecundação (aproximadamente 5ª semana da gestação) não há restrições e, no islamismo, há toda uma jurisprudência baseada no Alcorão, podendo-se interpretar que pode ser praticado até o término da segunda semana de gestação. No xindaismo e no budismo, “[...] pelo que sei [...]”, não existem restrições à prática do aborto (*ibid.* 2000, p. 21).

Para Garrafa, a definição do momento exato em que o embrião passa a ter vida, não é uma questão técnica, e sim uma questão moral. Já que se aborda a religião e o aborto, torna-se coerente levantar a existência ou não de uma lei moral cristã, e, se ela existe, como é, e como a sociedade interage com ela (apud LUNA, 2009).

Aguirre, (2000) traz que o mais importante na vida cristã será sempre o projeto de amor aos filhos de Deus em prol da dignidade, da liberdade e da vida plena, estando a lei abaixo desse projeto. E, longe de defender uma determinada posição moral, a Igreja tem como objetivo proteger e defender a vida e as pessoas, principalmente os mais fracos e os pobres. Não cabe, pois, segundo a palavra de Jesus, utilizar-se como defesa a ameaça, o castigo e ou a condenação:

²³ “Resolutions Adopted by the American Baptist Convention”, Boston. Massachusetts, 29 de maio-1º. De junho, 1968, multicopiado, 2. Citado por GRIZEZ, op, cit, p. 256.

Pelo contrario, ele nos revelou que Deus não adiciona mal ao mal, não faz justiça aniquilando o pecador, mas justificando-o para que viva. Revelou-nos com sua vida que a única maneira de lutar pela vida é dando a própria vida e não tirando-a de quem a ameaça. Defender a vida humana implicará sempre tornar “humana” essa vida, lutar para que a das crianças e a das mães seja plena (AGUIRRE, 2000, p. 50).

Embora a Igreja se fundamente no que é lícito ou ilícito para julgar os atos, Deus não determinou qualificações nem catalogou o que seria lícito ou ilícito, e sim projetou como moral cristã o seguimento do amor e da vida. É que para o apóstolo São Paulo, mencionado por Aguirre, “nada é impuro por si mesmo”(Rm 14,14) e “tudo é lícito para mim”(1Cor 6 e 10,23)”. (*ibid.*).

A moral cristã é fundamentada especificamente no projeto de vida da pessoa, invalidando o que é lícito e ilícito a partir da conveniência de uma decisão e ou de uma atitude a ser tomada para o alcance de um determinado projeto. Este é próprio e íntimo ao seu ser, dando-lhe condições de auto-avaliações e julgamentos:

[...] o próprio Jesus nos dirá que “não é aquilo que entra no homem a partir de fora que o torna impuro [...], mas o que sai do seu coração” (Mc 7, 18) A concepção neotestamentaria da moral traz uma grande novidade com relação à antiga lei; é um perpetuo chamado à liberdade e à maturidade do cristão, que deve sentir-se como senhor das coisas e de sua vida. [...] Agora, entre Deus e o ser humano já não se interpõem o sagrado nem a lei (*ibid.*, p. 51).

Para o apóstolo Paulo, a vinda do Espírito Santo e do filho de Deus teve como missão a liberdade cristã, “[...] isto é, na nova atitude que se deve ter diante da moral. E a tal ponto que não compreender essa mudança equivaleria a tornar inútil a morte de Cristo” (*ibid.*).

Ainda, segundo Paulo, a moral cristã é dinâmica e progressiva de acordo com a exigência do amor, não cabendo assim normas e regras ao se praticar o projeto de vida e de amor. Tanto que, fazer algo porque

se manda, já não é mais uma atitude moral cristã (AGUIRRE, 2000, p. 52).

Para reforçar esse entendimento, Aguirre traz: “A nova lei é agora: ‘Ama e faz o que quiseses ...’ (Santo Agostinho) embora levando sempre em conta aquilo que o sábio teólogo De Lubac, completando Agostinho, dizia: ‘mas não creias saber tão rápido o que é amar...’”. (*ibid.*).

Para praticar o projeto de Deus, a moral cristã deve ser social, porque a verdadeira moral cristã requer o bem do próximo, exigindo uma purificação dos seus próprios interesses, a fim de contribuir para o crescimento do outro, onde os meios devem objetivar sempre o bem, ou seja, “os fins justificam os meios” (1 Cor 10,23). E, para que aconteça um diálogo com cada pessoa, sempre deve haver uma consciente e absoluta disponibilidade, “[...] equivalendo certamente a dar a vida por ela”. (*ibid.*, p.53).

Aguirre conclui dizendo que, diante das diversas e infinitas dificuldades de definir se o aborto é ou não um ato culposo e criminoso, pelas circunstâncias em que se reduzem as responsabilidades ou se excluem dela, não é conveniente continuar criminalizando o aborto. E, definir como criminosa toda e qualquer pessoa que o pratique sem algum critério, “[...] é demagógico, injusto e imoral. Será infinitamente mais imoral ainda pedir que se castigue toda pessoa que faça um aborto”. (*ibid.*, p.54).

Ao se propor como resolução da problemática do aborto punições, objetivando que o praticante retorne a ser humano, de nada vai mudar, pois mudanças positivas somente acontecem diante da oferta de melhorias e superações das questões envoltas ao aborto. O fato de se prender uma mãe pela prática do aborto cria diretamente problemas “[...] insolúveis que teriam como efeito quase automático a destruição dos lares. Nesse caso, o castigo apenas acrescentaria um mal maior a outro mal que se pretende evitar”. (*ibid.*).

Mesmo com as legislações vigentes há vários anos em diversos países, a mulher que continua praticando o aborto, mostra quão encurralada e angustiada se encontra, a ponto de ignorar as conseqüências legais do ato e desconsiderar o risco de vida para sair de tal situação. Isso porque as leis estão fadadas ao mínimo de sucesso e a mulher precisa resolver o que para si é problema (AGUIRRE, 2000). Sobre a ineficácia da norma penal, Aguirre diz:

Se a norma penal não tem a mínima eficácia, se não contribui para ajustar a realidade à dignidade humana, perde ela seu sentido. [...], se não se oferecem as condições mínimas que tornem humanamente possível o cumprimento de uma lei, não é desatino pensar que essa lei não obriga, é inválida não sendo difícil que quem exige sua aplicação ou pretende aplicá-la cometa uma injustiça e uma imoralidade (2000, p. 55).

Como a problemática do aborto vem permeada de várias questões ligadas a efetivas ações do Estado, principalmente, educação, acesso aos métodos contraceptivos e combate à violência contra a mulher, especificamente o estupro, de nada adiantam leis punitivas, já que a base desta problemática está na inexistência e ou na ineficiência da educação em geral. A educação tem, pois, o poder de mudar efetivamente realidades amplas e específicas e, neste caso, a eficácia na prática do planejamento familiar e ou do controle de natalidade, do uso dos direitos de acesso aos métodos contraceptivos e de defesas legais às situações de estupro.

3.2.3 ÉTICA, MORAL, DEONTOLOGIA E BIOÉTICA

Desde o surgimento do ser humano, para o seu convívio social, ajustes sociais foram e são necessários, sendo a ética adotada como mecanismo de harmonização e regulação entre os interesses individuais e coletivos nas relações sociais. Os seres humanos são os únicos sujeitos éticos, com liberdade de pensamentos conscientes e voluntários. E, enquanto sujeitos éticos, os comportamentos requerem a “[...] adesão íntima do indivíduo, convicção pessoal, necessitando que os indivíduos harmonizem de forma livre e consciente, seus interesses com os da coletividade [...]”. (FORTES, 1998, p.28).

Para o significado de “ética”, mesmo entre os que se dedicam ao seu estudo, não há um consenso quanto ao conceito. Em sua origem semântica equivale a “moral”, que no latim “*mo* ou *mores*” significa “costumes”, “conduta de vida”, referindo-se às regras de conduta humana no cotidiano (VASQUEZ; DURANT apud FORTES, 1998, p. 26). Já, etimologicamente, a palavra ética tem sua origem no grego “*ethos*”, significando caráter, modo de ser, costumes, conduta de vida. Porém, segundo Durand, para o filósofo francês Michel Serres e vários

dicionários, “Etimologicamente ela indica a mesma realidade que a palavra moral [...]”. (1995, p.12).

Durand traz, ainda, que alguns filósofos limitam o seu significado como sendo “[...] a ciência do bem e do mal”, ou a “ciência da moral”. Ou, ainda, se limita ao estudo dos fundamentos da moral”. (1995, p. 14).

O emprego das palavras “ética” e “moral”, por muitos autores, acontece de forma ambígua, havendo uma mistura ao se utilizar “ética” às questões políticas e ideológicas (FORTES, 1998; DURAND, 1995) (grifos da pesquisadora).

Mesmo com a indefinição clara entre o emprego de “ética” e “moral”, há com frequência a distinção entre ambas. O cotidiano da vida agrega e especifica “[...] a cada uma um sentido próprio [...]”, onde, no Ocidente, pelo domínio do latim e da cultura do cristianismo, o emprego da palavra moral se sobrepôs como “[...] conotação religiosa [...]”, já, a partir dos filósofos gregos, há a tendência de se abordar a palavra “[...] *ética*, com a conotação de moral não religiosa, isto é, de moral natural ou secular”. (DURAND, 1995, p. 14).

“Ética” e “moral”, portanto, como é possível denotar, estão intrinsecamente relacionadas às condições em que ocorrem as relações no cotidiano do coletivo social, passíveis de auto e coletivo julgamento. E, normalmente, o julgamento do ato moral, ocorre, na grande maioria, sob a forma de autojulgamento e o julgamento do ato ético se dá no coletivo.

De acordo com Gianotti, *op. cit.*, os atos éticos, sustentados por argumentação racional, apenas poderão ser julgados quanto estiverem relacionados ao coletivo, isto é, às pessoas e ou ao meio-ambiente, necessitando, pois, existir diferentes possibilidades de ação (apud FORTES, 1998). Ainda, citando Gianotti, *op. cit.*:

[...] a ética não avalia simplesmente se um ato é correto ou incorreto, mas ‘adquire esse predicado enquanto assegurar que o agente está se comportando como podendo agir de outro modo e levando em consideração que outra pessoa também esteja mantendo sua condição de sujeito’. (*ibid*, p. 27).

Pode-se entender, portanto, que, o emprego da palavra “ética” está diretamente relacionado ao extrínseco, envolvendo “atos e sujeitos”.

Enquanto que a utilização da palavra “moral” está relacionada mais ao indivíduo do que ao coletivo, devendo-se incluir no seu emprego “[...] a reflexão sobre os fundamentos da ação e das opções, ou como se diz com frequência, sobre o fundamento da obrigação moral”. (DURAND, 1995, p. 10).

Para Fortes, mesmo com a equivalência conceitual entre ética e moral, pode-se dizer que “ética” está mais para a autonomia individual intrínseca às normas e aos valores, enquanto que “moral” se faz presente nas relações do coletivo, do social. Embora, entre os que consideram a etimologia da ética e da moral, há a preferência pelo uso do termo ética, pela forte relação entre moral e religião, a qual normatiza e moraliza as relações dos homens na sociedade, embasadas nas suas prescrições e restrições (1998, p. 26).

Ainda, para Fortes, ao conceito de “moral” estão agregados princípios, valores e normas, preferencialmente, no contexto social:

[...] moral seja o conjunto de princípios, valores e normas que regulam a conduta humana em suas relações sociais, existentes em determinado momento histórico. Moral fala principalmente do coletivo e, na sociedade contemporânea, coexistem, em um mesmo contexto social, diferentes morais, fundadas em valores e princípios diferenciados (FORTES, 1998, p. 26).

E, para Durand, a moral é “[...] um código de leis, uma doutrina, um sistema de regras ou normas de comportamento”. Pode-se definir, também, como “[...] *um conjunto organizado, sistemático, hierarquizado de regras ou de valores*”. (1995, p. 11).

Quando a sistematização pode servir como descritora da dimensão da duplicidade existente em relação à palavra moral: “[...] certamente, pode ser concebida como conjunto fechado e hermenêutico de normas ou, na verdade, como uma ordenação sistematizada de regras e valores”. (*ibid*, p. 12). Permitindo-se assim, admitir diversas aplicações:

– Pode referir-se a um indivíduo. Por exemplo: ‘minha moral pessoal’, isto é, o conjunto mais ou menos organizado e coerente de valores, de regras, de direções de vida que eu possuo. Outro

exemplo: a moral de Kant, de Descartes, ou de Thomas de Aquino, ou, ainda, a de Simone de Beauvoir, isto é, o sistema ou a síntese que cada um destes pensadores elaborou.

– Mas a palavra ‘moral’ pode também se referir às exigências, aos valores, aos princípios que servem de base e de justificativa para o comportamento de um determinado grupo ou de uma sociedade. Assim, fala-se com frequência da ‘moral católica’ ou da “moral marxista”, ou, ainda, da ‘moral grega’ ou da ‘moral americana’ etc. (DURAND, 1995, p. 12).

A fundamentação “moral”, na primeira situação, é acima de tudo filosófica, de cunho indagativo, já a segunda é de ordem sociológica, a qual justifica o emprego da palavra moral no plural “morais” pela construção própria, pessoal de sistema, mesmo com numerosos pontos comuns a outros (DURAND, 1995, p. 12).

Portanto, o indivíduo, no seu cotidiano, enquanto ser moral, pratica a moralidade na preocupação e na reflexão sobre o que deve ser feito e o que é certo fazer. Repetindo-se muitas vezes que a moral, de acordo com Durand:

[...] ‘é a ciência do bem e do mal’. Antes ‘de seguir normas’ ou de interiorizar valores, ela se importa em conhecê-los, procurá-los e descobri-los. A moral supõe, então, um esforço de reflexão (exploração, análise, comparação, avaliação) e de criação (inovação, prospectiva). [...]. Ela solicita uma decisão, uma ação. (1995, p. 10).

A prática da moral se concretiza no cotidiano da vida, por meio do esforço empregado ao se aplicar os próprios princípios, colocando-se em ação os próprios valores, expulsando diferentes pontos de vista, “[...] viver desta ou daquela maneira”. Essa prática ser negativa se for moralizante e, sob outra perspectiva, ser positiva ao manter-se na sinceridade, na autenticidade e na autocoerência”. (*ibid.* p. 13).

Salienta-se que, pela condição humana existencial, na maioria das vezes, a moral ideal para a pessoa não equivale à moral praticada, a

qual não se desqualifica, pois, a busca da prática da moral ideal motiva a pessoa a percorrer sua caminhada. “As normas, escreveu o teólogo francês Maurice Bellet, indicam um caminho possível e necessário”. (apud DURAND, 1995, p. 13).

Já, enquanto sujeito, a prática da ética, muito mais voltada ao coletivo, comporta e sustenta decisões práticas fundamentadas nas “[...] razões que justificam o que ‘deve ser feito’[...]”. É a procura das razões de fazer ou deixar de fazer algo, de aprovar ou desaprovar, do que é bom e do que é mau, do justo e do injusto (FORTES, 1998, p. 26-27).

Contemporaneamente, porém, em decorrência da evolução da democracia social, a sociedade sente falta de critérios, parâmetros claros e objetivos práticos para definir o que é justo e correto ao buscar o bem-estar individual e social. Pois, na época dos grandes filósofos, Sócrates, Platão e Aristóteles, a atitude ética era permeada e fundamentada na manutenção da ordem natural por meio da obediência às orientações divinas (FORTES, 1998).

A democratização vivenciada pelas sociedades acarretou o aceite dos mais variados valores e enfoques dados pelas sociedades, contribuindo para a elaboração de diferentes atos éticos, denominado, segundo Fortes, como “ética pluralista”, e “[...] intercultural, respeitando a pluralidade das tendências morais existentes na atualidade”. (*ibid.*, p.28).

Todo e qualquer ato ético depende de reflexão e decisão ética, tendo como paradigma o alcance da felicidade e do melhor para as pessoas nas mais diversas relações sociais, incluindo-se aqui, as relações profissionais no campo da saúde, as quais comportam reflexões éticas multiprofissionais – filósofos, teólogos, sociólogos, antropólogos, juristas, religiosos e outros, objetivando sempre atender o homem no todo, assegurando-lhe o caráter humanista enquanto ser cidadão de direitos aos cuidados e aos serviços de saúde (*ibid.*).

E, com o propósito de garantir o cumprimento desse caráter humanista, são estabelecidas as normas deontológicas indicando o comportamento a ser adotado pelos indivíduos membros de um grupo social profissional. Esse comportamento é denominado “ética profissional” (FORTES, 1998).

A Deontologia é definida como ciência dos saberes, cabendo, portanto, a todas as profissões reconhecidas por lei, enquanto conhecimento específico.

Com relação às normas profissionais comportamentais, habitualmente definidas como ética profissional, na área da saúde, há diversas críticas ao imporem obrigações unilaterais aos pacientes,

servindo-se de justificativas contraditórias a autonomia dos pacientes. Tanto é que o filósofo italiano Sandro Spisanti critica esta forma de regulamentação, dizendo que a ética profissional empregada através da utilização dos seus códigos “[...] não se propõem a guiar a consciência ética dos profissionais, mas servem para indicar os comportamentos mais adequados e os que devem ser evitados, para que a categoria profissional não seja socialmente comprometida”. Enquanto que para o jurista brasileiro Hélio Dias os códigos supostamente podem contribuir para a ocultação “[...] das violações morais e/ou jurídicas provocadas pelos profissionais de saúde”. (apud FORTES, 1998, p. 32).

Cabe lembrar que, além da ética, a regulação do convívio social acontece também pelo estabelecimento e cumprimento de normas jurídicas, as quais, diferentemente do comportamento ético, são impositivas e obrigatórias, passíveis de repressão estatal.

Pode-se dizer que, em determinadas situações, a tomada de decisão ética dos profissionais de saúde se contrapõe às normas jurídicas, enfrentando dilemas entre o legal e o não legal, pelas limitações das normas, as quais, às vezes, não alcançam as mais variadas situações enfrentadas pelos profissionais de saúde. Ao profissional cabe decisões fundamentadas nos seus valores e princípios éticos, pautado na “[...] beneficência e balanço de Riscos X Benefícios”. (FORTES, 1998, p. 29).

Os princípios éticos profissionais pensados e articulados com o mundo real representando o “[...] viver humano com seus valores e crenças” não dão conta de suprimir as indagações “[...] sobre as dimensões não-técnicas da nossa profissão, mas que dizem respeito aos valores morais que norteiam e dão sentido à atividade”. (SELLI, 1999, p. 42).

Tais situações, principalmente pelo avanço contemporâneo da ciência e da tecnologia, estão desencadeando debates e discussões na sociedade em torno de questões éticas, uma vez que a tecnologia vem aproximando as diferentes sociedades acompanhadas dos seus valores, acarretando novas reflexões e, por que não dizer, novos princípios e fundamentações éticas (FORTES, 1998).

Já esse grande avanço das ciências médicas e biológicas traz em destaque a discussão entre os mais variados conflitos de valores, a ética da vida e da saúde e esse avanço está diretamente relacionado à qualidade e à manutenção da vida das pessoas. Essa discussão tem como base o primeiro direito humano: o direito a vida (LEOPOLDO; SILVA, 1998, p. 34).

Diante desses conflitos, Gracia (1989) e Durant (1995) afirmam que, na tentativa de uma abordagem sistemática, interdisciplinar, global e contemporânea, no que se refere aos temas de ética e da vida, veio a se instaurar na área da saúde, a partir dos anos 70 do último século, a “bioética”. Não sendo mais aceitas as “Antigas concepções verticais”, autoritárias, com deveres e princípios absolutos, sendo substituídos por alternativas de caráter horizontal e democrático, com responsabilidades recíprocas e bilaterais (apud ZOBOLI, 2003, p. 2-3) (grifo da pesquisadora).

Entre os vários entendimentos descritivos definindo “bioética”, Durand (1995, p. 22) propõe como sendo “[...] *a pesquisa de soluções para os conflitos de valores no mundo da intervenção biomédica*”. Seguindo a mesma linha de entendimento, Lolas traz o diálogo como meio de articulação para a resolução dos dilemas causados pelas ciências e tecnologias: “[...] plantea que la bioética se entiende como el empleo del diálogo para articular y resolver, en lo posible, dilemas causados por las ciencias y las tecnologías”. (apud DIDES C. 2006, p. 225).

Reich (1995a), na introdução à segunda edição da Enciclopédia de Bioética, amplia a definição de bioética ao trazer o contexto da interdisciplinaridade e a utilização da variedade de metodologias éticas:

[...] “o estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas, das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”. (apud ZOBOLI, 2003 p. 4).

A bioética vem pautada em três princípios fundamentais – beneficência; autonomia e justiça –, e objetiva, segundo Dides C. (2006, p. 225), “[...] comprender y analizar los múltiples procesos sociales e individuales implicados por la enfermedad, la salud y el desarrollo de la tecnociencia”.²⁴ É preciso integrar o desafio gerado entre as diferentes afinidades sociais e culturais compartilhadas, com as diferentes práticas científicas e da saúde, reconhecendo a existência de problemas éticos (SELLI, 1999).

²⁴ compreender e analisar os múltiplos processos sociais e individuais implicados pela enfermidade, a saúde e o desenvolvimento da tecnologia e ciência (tradução da pesquisadora)

Esses três princípios devem contribuir com a bioética no auxílio da humanidade a percorrer um novo caminho criado pela evolução social e pelo avanço bio-técnico-científico:

O princípio da beneficência prevê que os profissionais de saúde se comportem moralmente, contribuindo para a promoção do bem-estar fazendo o bem aos assistidos. Pois, a palavra beneficência, originária “[...] do latim, *bonum facere*, [...], ‘fazer o bem’, é o critério ético mais antigo, tendo como base o modelo hipocrático. ‘Fazer o bem’, ‘não causar dano’ constituem as máximas da ética da beneficência”. (*ibid.*, p.43);

O princípio da autonomia, “[...] do grego *autós* = eu e *nomos* = lei”. A bio-tecno-ciência, através dos seus profissionais deve respeitar a capacidade humana de escolher, decidir e agir conforme própria vontade e próprios objetivos (SELLI, 1999, p. 46);

O princípio da justiça, de reflexão filosófica, “[...] virtude moral que guia a conduta do legislador e do magistrado, tanto na feitura quanto na interpretação das normas jurídicas, pois o espírito da lei é ser justo com relação aos seus destinatários”, objetiva beneficiar aqueles que, por depreciados níveis de renda, cultura, social e outros, não conseguem satisfazer as suas necessidades na área da bioética (*ibid.*).

Para Dharkin, a bioética, tendo como base temas relacionados à vida e a mulher, produzirá conhecimentos no campo da sexualidade e da reprodução, como por exemplo, a direta relação entre a discussão do estatuto do embrião e a experiência da reprodução assistida, particularmente, a fecundação *in vitro*. Sendo interessante e possível identificar nas discussões, entre os diferentes setores da sociedade, os aspectos relevantes e conseqüências à temática do aborto (apud DIDES C., 2006).

Segundo Dides C., no Chile e nos países da região, geralmente as discussões e discursos bioéticos são em torno dos seguintes dilemas decisórios:

[...] frente a temas como el aborto, la reproducción asistida, la confidencialidad de la información, el consentimiento informado, los protocolos de investigación, la muerte cerebral, los cuidados paliativos, los trasplantes de órganos, entre otros. Una buena parte de estos discursos son atingentes al ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y no constituyen un todo homogéneo, pues tienen diferentes

filiaciones – por ejemplo, católica, laica, etc.–, lo que organiza un espacio de debate (2006, p. 224).

A autora traz, ainda, que grande parte dos discursos no campo da bioética é no campo da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, não havendo uma hegemonia devido a diferentes filiações – católica, laica e outras (*ibid.*).

Nas discussões acerca do estatuto do embrião e a bioética, Dides C. (2006) diz ser possível identificar três posições gerais, assim definidas:

A primeira posição, de acordo com Pedrot, sob o ponto de vista da natureza e do critério biológico, considera que há pessoa humana desde a fecundação, definindo o aborto como homicídio e infanticídio, inclusive o método contraceptivo DIU (Dispositivo Intra-Uterino) e a pílula anticoncepcional de emergência (*apud* Dides C. (2006). Essa posição, também adotada pelo Vaticano, aceita a “[...] existencia de derechos naturales, el primero de los cuales es el derecho a nacer, [...] desde la primera célula – donde se encuentra presente el genoma humano – se aplican esos derechos”.²⁵ (MEJÍA; PÉREZ *apud* DIDES C. 2006, p. 225-226);

A segunda posição considera a noção de pessoa a partir da autonomia e da vontade. De acordo com essa posição, o embrião não pode ter direitos, desqualificando o seu direito enquanto indivíduo. Essa posição fundamenta-se no fato de o adulto ser o “[...] que se educa y se socializa en la perspectiva de la autonomía de la voluntad. Ésta se reconoce gracias a la racionalidad, que podría subdividirse en una conciencia de sí mismo y en una capacidad de comunicación”.²⁶ (DIDES C., 2006, p. 226);

Já a terceira, de caráter filosófico, busca a evolução das duas anteriores considerando a possibilidade de um meio termo, não conferindo ao embrião a mesma dignidade reconhecida para as pessoas, ao mesmo tempo em que define um estatuto próprio. Essa posição possibilita a diferenciação das obrigações morais nas diferentes etapas do óvulo fecundado – zigoto, embrião implantado e feto de 24 semanas.

²⁵ Tradução da pesquisadora: existência de direitos naturais, a primeira das quais é o direito de nascimento, [...] a partir da primeira célula, onde eles encontraram o genoma humano, estes direitos aplicam.

²⁶ Tradução da pesquisadora: que são educados e socializados no contexto da autonomia da vontade. Isto é reconhecido pela racionalidade, o que pode ser subdividido em uma auto-consciência e uma capacidade de comunicar.

“El embrión humano se considera como un sujeto en potencia respecto del cual no es posible actuar sin límites y sin dignidad”.²⁷ (*ibid.*).

Nos debates públicos relacionados ao estatuto do embrião e a bioética, a temática do aborto não aparece como uma das prioridades, embora haja entre os seus representantes, aqueles que defendem “[...] para sí el derecho exclusivo de fundar una política pública y una legislación sobre el aborto”.²⁸ (DIDES C., 2006, p. 226).

Para Dides C., os discursos produzidos em função da bioética, requerem “[...] un análisis desde la perspectiva de género, porque ello permite indagar las relaciones de poder en los espacios públicos y privados, y también en los dispositivos culturales – de orden material y simbólico – que reproducen el orden discriminatorio”.²⁹ Sendo pertinente explorar neste espaço de debate ideológico, político, cultural, ético e valórico, os substratos éticos sobre os direitos reprodutivos e as legislações vigentes, enquanto formadores de opiniões públicas (*ibid.*).

Para Turner os debates apresentados na imprensa brasileira em torno das questões relacionadas à nova Lei de Biossegurança e do Supremo Tribunal Federal sobre a legalidade do parto antecipado de feto anencefálico ou a interpretação de ampliação da atual lei do aborto legal, configuram como situações de drama social (apud LUNA, 2009).

Essa situação também vem configurada na temática do aborto, pois a mesma traz à tona diversos conflitos pessoais, sociais, políticos, ideológicos, filosóficos e religiosos, pois, drama social, corresponde ao:

[...] conceito analítico para situações de crise que emergem periodicamente através das quais se podem ver as contradições escondidas e conflitos em um sistema social. Conflitos representam um desafio a alguma norma que dirige o comportamento. No drama social, conflitos de interesses latentes se manifestam, o que ocorre em qualquer nível da organização social, e se desenrola até o desfecho em comportamento

²⁷ Tradução da pesquisadora: O embrião humano é considerado como um potencial tema para o qual não é possível agir sem limites e sem dignidade.

²⁸ Tradução da pesquisadora: para si o direito exclusivo de estabelecer uma política pública e legislação sobre o aborto.

²⁹ Tradução da pesquisadora: uma análise a partir de uma perspectiva de gênero, porque permite a investigar as relações de poder em espaços públicos e privados, e também nos dispositivos de material cultural e simbólica para reprodução de forma discriminatória.

convencional atuado publicamente (LUNA, 2009, p. 4-5).

Para que chegue a um desfecho de dramas sociais, nas sociedades mais complexas:

A resolução jurídica com autorização das pesquisas e o fim das manifestações públicas de protesto representariam o desfecho no caso da autorização do uso de embriões humanos para pesquisa³⁰. Em sociedades complexas, é nas instâncias jurídicas que se obtém a resolução ou o acordo, mesmo temporário e tenso, acerca de dramas e conflitos públicos. Por isso ambos os temas têm sido objeto de debate jurídico e da produção analítica por parte da ciência do Direito (FERNANDES; BARROSO apud LUNA, p. 5).

O que é também na elaboração de políticas públicas, pois a temática do aborto como parte integrante da reprodução humana deixa de ser assunto de âmbito privado quando se converte em necessidades de intervenção do Estado, seja no âmbito do judiciário e ou na política pública de saúde (DIDES C., 2006).

3.3 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: POLÍTICA NACIONAL, LEGISLAÇÃO, ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO E O SEU OLHAR SOBRE O FENÔMENO.

A questão do aborto se insere no contexto da definição dos direitos sexuais e reprodutivos, reconhecidos em diversos tratados e convenções internacionais, particularmente na Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994 e na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim (1995).

³⁰ Nota do autor: Ao continuar o levantamento na imprensa, constatou-se que as matérias de opinião e cartas dos leitores freqüentes durante o debate legislativo, após a aprovação da lei, e depois da ação de inconstitucionalidade, cessaram em seguida. Também com respeito à interrupção de gestação de feto anencefálico, não se encontraram mais matérias sobre o tema depois de 2005.

A Conferência de Cairo, “[...] conferiu papel primordial à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se no desenvolvimento humano”. (BRASIL, 2005 b, p.7), dando prioridade aos direitos humanos individuais e sociais. A partir disso, no capítulo VII da Plataforma de Ação, os direitos reprodutivos foram definidos da seguinte forma:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”. (§ 7.3) (BRASIL, 2005 b, p. 7).

Os direitos reprodutivos devem ser observados prioritariamente como direitos humanos fundamentais, tendo como base a igualdade e a equidade nas relações pessoais e sociais, enfatizando-se a necessidade de se promover “[...] a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e co-responsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva”. (DIDES C., 2006; BRASIL, 2005 b, p. 7).

Já os direitos sexuais não apresentam um conceito reconhecido em sua extensão, devido às dificuldades da sociedade em trabalhar com as diversas questões embutidas no exercício da sexualidade – diferentes moralidades, cultura do silêncio relegando ao privado, estigmas em relação a determinados grupos. Por isso, nos documentos internacionais esse direito está associado aos direitos reprodutivos, o que dificulta na definição de políticas públicas específicas ao exercício da sexualidade. (VENTURA, 2004, p.19).

A IV Conferência Mundial da Mulher, além do enfoque dado aos direitos de autodeterminação, igualdade, segurança sexual e

reprodutiva, abordou também questões relacionadas ao plano jurídico-normativo, recomendando aos Estados que:

[...] adotem todas as medidas efetivas para a redução do número de abortos, através da ampliação ao acesso ao aborto seguro nos casos que a legislação local permitir, ao acesso aos métodos e informações sobre contracepção, e, ainda, que os países busquem discutir e proceder a revisão nas leis que punem as mulheres que praticam abortos não permitidos por lei, considerando o grave problema de saúde pública representado na prática de abortos ilegais e inseguros (BRASIL, 1996, p. 22).

Especificamente com relação ao aborto, considerado um grave problema de saúde pública nos documentos produzidos nas Conferências das Nações Unidas, o Governo brasileiro tornou-se signatário do Plano de Ação desta conferência, o qual recomenda aos países a revisão “[...] das leis que penalizam a prática do aborto considerado inseguro, isto é, que traz riscos para a vida e a saúde da mulher”. (BRASIL, 2005 b, p.21).

Assim, levando em conta a definição dos direitos reprodutivos definidos na Conferência de Beijing:

[...] os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos que incluem o direito de toda pessoa ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária (*ibid.*, p.11).

Esses documentos colocam os direitos sexuais e reprodutivos “[...] como bens jurídicos merecedores de proteção e promoção específicas, em prol da dignidade e do livre desenvolvimento humano [...] reafirmam o dever dos Estados na promoção da saúde sexual, independentemente da saúde reprodutiva, como integrante não só do

direito à saúde, mas de outros direitos individuais e sociais essenciais para o exercício da sexualidade e da reprodução”. (VENTURA, 2004, p. 22).

Portanto, essas conferências afirmam que os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão inseridos nos direitos humanos, e, para isso, recomendam aos Estados a atenção de qualidade para o acesso a esses direitos (Ventura, 2004). Pois, “Si bien la reproducción humana y sus consecuencias constituyen asuntos del ámbito privado, relacionados con la vida afectiva de las personas, se convierten en un tema político cuando su ocurrencia hace surgir la necesidad de elaborar políticas públicas”³¹. (DIDES C., 2006 p. 224-225).

Ventura observa que a consolidação dos direitos reprodutivos vem se restringindo ao campo das questões da saúde sexual e reprodutiva, devendo-se buscar o pleno exercício para a esfera da cidadania na dimensão política. (2004, p.19). Nessa dimensão política, busca-se, “[...] a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade e à inviolabilidade da intimidade”. (VENTURA, 2004, p.20).

Sendo assim, legitimados na nova concepção sobre direitos reprodutivos, para além da proteção à reprodução, cabe ao Estado, “[...] tendo como ponto de partida uma perspectiva de igualdade e equidade nas relações pessoais e sociais e uma ampliação das obrigações [...]”, interagir com o conjunto de direitos individuais e sociais para o pleno exercício da sexualidade e reprodução, na promoção, efetivação e implementação desses direitos (*ibid.*, p. 19).

Estiveram presentes nessas Conferências governos de vários países, inclusive do Brasil, assumindo o compromisso de desenvolver políticas e programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive programas de planejamento familiar, baseados nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos (BRASIL, 2005 b).

Essas Conferências afirmam os direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos e recomendam aos Estados a atenção de qualidade para o acesso a esses direitos. Entretanto, em nosso país, segundo o Código Penal de 1940, o aborto continua sendo criminalizado, estabelecendo punições com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto.

³¹ Tradução da pesquisadora: Embora a reprodução humana e as suas consequências são questões de privacidade, relacionados com a vida emocional das pessoas, tornar-se uma questão política, quando a sua ocorrência aumenta a necessidade de desenvolver políticas públicas.

Para esta última, a pena pode ser aplicada em dobro quando da intervenção resultar a morte da gestante, sendo as únicas exceções nos casos de estupro e risco de vida da gestante³².

Em dezembro de 2004, na XVII Reunião dos Ministros da Saúde do Mercosul, realizada no Rio de Janeiro, os Estados Partes e Países Associados ao Mercosul discutiram e pactuaram propostas comuns para a promoção de uma política de saúde sexual e reprodutiva. Nesse encontro, o Brasil, representado pelo Ministério da Saúde, elaborou o documento *Saúde Sexual e Reprodutiva de Homens e Mulheres*, contendo propostas discutidas e aprovadas como plano de trabalho da Comissão Intergovernamental (BRASIL, 2005 c, p.19).

Em relação ao Brasil, apesar dos importantes avanços na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), há dificuldades na implementação das metas da Conferência de Cairo e das demais conferências internacionais, em razão da indefinição de um marco articulador comum às diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde (saúde da mulher, da família, do adolescente e do jovem e das DST/Aids) e os diversos níveis de gestão. Observa-se, também, que, mesmo com a participação mais efetiva da sociedade civil organizada – conselhos de controle social e leis favoráveis – a supervisão e observação do cumprimento ou não das políticas públicas e das leis são insuficientes (BARBER-MADDEN, 2004).

Na tentativa de superar a problemática referida acima, o governo brasileiro no ano de 2005, através do Ministério da Saúde, em parceria com vários Ministérios e Secretarias³³, elaborou “O documento *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*”. (BRASIL, 2005 c).

Esse documento teve como base a Constituição Federal, a qual responsabiliza o Estado nas questões pertinentes ao planejamento familiar, nos seguintes termos:

“Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o

³² *Aborto legal*: interrupção voluntária da gravidez nas hipóteses de gravidez decorrente de estupro ou que implica em risco para a vida da gestante.

³³ Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. (*ibid.*, p. 6).

Por isso, o documento apresenta diretrizes [...] para garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar”. Além disto, objetiva a aplicação, o respeito e a garantia dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos, enquanto direitos humanos, por meio da “[...] formulação e a implementação de políticas em relação ao planejamento familiar e a toda e qualquer questão referente à população e ao desenvolvimento”. Por isso, esse documento é destinado à sociedade civil, aos gestores de políticas públicas e aos profissionais de saúde (*ibid.*, p. 5).

Além de propor documentos para garantir os direitos de homens e mulheres, o Brasil, como signatário das plataformas de ação e das recomendações das conferências acima citadas, procura implementar por meio de seus ministérios medidas e políticas públicas que respondam as recomendações. O Ministério da Saúde publicou em 2005 “[...] a norma técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* e a cartilha *Aspectos Jurídicos do Atendimento às Vítimas de Violência Sexual*: perguntas e respostas para profissionais de saúde, objetivando orientar os profissionais de saúde nos hospitais e pronto-socorros”. (*ibid.*, p.22).

A norma técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* tem o propósito de “[...] garantir a qualidade e a ampliação dos serviços de referência para a realização do aborto previsto em lei e assegurar que as mulheres que chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento sejam atendidas de forma humanizada [...]”. A partir disso, essa norma propõe procedimentos adequados à assistência às mulheres que decidem fazer a interrupção voluntária da gravidez, como parte da implementação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Contudo é importante destacar que o Ministério da Saúde não considera e tampouco incentiva o abortamento como método de planejamento familiar. Também vale assinalar que o abortamento realizado em condições inseguras está entre as principais causas de morte materna no Brasil (BRASIL, 2005 a, p. 22).

A norma propõe procedimentos para assistência, buscando:

Promover o acolhimento, a informação, a orientação e o suporte emocional no atendimento,

que favorece a atenção humanizada por meio da interação da equipe com a clientela, o que determina as percepções desta quanto à qualidade da assistência, melhora a relação profissional de saúde/usuária, aumenta a capacidade de resposta do serviço e o grau de satisfação das mulheres com o serviço prestado, assim como influencia na decisão pela busca de um futuro atendimento. Nos casos de abortamento por estupro, o profissional deverá atuar como facilitador do processo de tomada de decisão pela mulher, respeitando-a (*ibid.*, p.18).

Portanto, a equipe profissional deve dar acolhimento garantindo a privacidade e ética, por meio da oportunidade de escuta, observando-se de que nem tudo é exposto verbalmente; diagnosticando as prioridades de atendimento; avaliando o grau de riscos e agravos caso a caso, dando possibilidade de soluções e encaminhamentos necessários; realizando os procedimentos técnicos ao mesmo tempo em que esclarece sobre as intervenções adequadas e necessárias.

A norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, traz claramente aos profissionais de saúde, a proposta de acolhimento e de atenção humanizado na assistência à mulher no que se refere ao abortamento, procurando estabelecer a confiança, deixando de lado o julgamento, a discriminação, os preceitos morais e religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de decisão.

Essa prática de acolhimento no abortamento não é fácil, uma vez que a equipe e o profissional precisam agir de forma aberta, destituídos de suas convicções:

Esta prática não é fácil, uma vez que muitos cursos de graduação e formação em serviço não têm propiciado dissociação entre os valores individuais (morais, éticos, religiosos) e a prática profissional; muito pelo contrário, não preparam os profissionais para que possam lidar com os sentimentos, com a questão social, enfim, com elementos que vão além da prática biomédica (BRASIL, 2005 a, p. 18).

Refletindo sobre a ética proposta na norma, considera-se que ela vai além da simples relação de escuta entre o profissional e a mulher usuária, a qual chega ao Serviço de Saúde trazendo consigo as angústias da situação decorrente da decisão de concretizar ou não o aborto, ou de ter interrompido a gravidez. Em qualquer das situações de abortamento, lícito ou ilícito, deve-se evitar a longa espera para o acesso aos profissionais e aos serviços especializados, possibilitando a “atenção oportuna”, evitando maiores e irreversíveis complicações bio-psico-sociais. Quanto ao espaço, embora exista a legalidade da prática do aborto nas situações já citadas, a rede pública dos serviços de saúde disponibiliza pouquíssimos locais e profissionais habilitados para essa prática, dificultando a utilização desse direito. Espaços esses distantes e desconhecidos até mesmo pelos profissionais de saúde. Por isso, a norma técnica explicita com firmeza os princípios norteadores dessa ética:

A atenção humanizada às mulheres em abortamento merece abordagem ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição do acesso a assistência à saúde. Esses princípios incorporam o direito à assistência ao abortamento no marco ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos. (BRASIL, 2005 a, p. 11)

Na proposta da integralidade da assistência prevista pelo Sistema Único de Saúde, deve-se oportunizar o atendimento pós-abortamento, viabilizando o acesso aos métodos contraceptivos a fim de evitar situações de abortamento repetitivo e, nos casos de abortamento espontâneo, a assistência na pré-concepção e no Pré-Natal de acordo suas necessidades terapêuticas.

Outro elemento importante proposto pela norma da humanização ao abortamento é a devida sensibilização e capacitação de uma equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, para garantir o atendimento humanizado às mulheres em situação de abortamento. Porém, a norma não enfatiza o papel diferenciado da prática da enfermagem na Atenção Básica à Saúde, sendo essa uma das situações que o profissional enfermeiro/a

encontra em seu cotidiano e que, ao mesmo tempo, na maioria das vezes, é esse o profissional que tem o primeiro contato com a mulher usuária que está vivenciando o abortamento.

Essa observação é argumentada a partir da experiência profissional vivenciada pela autora deste estudo, durante o período de 1998 a 2002, no exercício da profissão, junto à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, na atividade de enfermeira assistencialista e de coordenadora de uma Policlínica de Saúde, assim denominada na época. Durante esse período, o vínculo profissional com usuários e usuárias cresceu positivamente, demonstrado através de atitudes de confiança e de troca, acontecidas durante o cuidado de enfermagem, havendo momentos em que a mulher usuária tinha a liberdade de expressar seus mais íntimos desejos e angústias. Durante o cadastramento de uma gestante no Programa de Pré-Natal, uma usuária teve a liberdade de comentar sobre a sua intenção de praticar o aborto. Diante de tal comentário, foi preciso refletir sobre o que falar. A única fala que ocorreu naquele momento foi: “ – Isso não é comigo nem com o Serviço de Saúde”. Após alguns dias, a usuária retornou comentando que utilizara “citotec” (medicação abortiva), mas que não estaria dando certo. Essa situação vivenciada pela usuária não é incomum. Muitos estudos mostram as diversas formas que as mulheres utilizam para resolver a situação frente a uma maternidade indesejada:

[...] buscam formas clandestinas e inseguras para realizar a interrupção da gravidez, usando métodos como medicamentos e ingestão de chás abortivos, introdução de objetos na cavidade vaginal, dentre outros. Situação que configuram extrema violência aos direitos humanos, tais como o direito à vida, à saúde e a integridade física e psíquica (IPAS BRASIL, 2007, p. 9).

Com esse incidente foi possível perceber que há falta de preparo pessoal e profissional para tal situação, vindo à tona vários questionamentos, dentre eles: Que preparo se tem, como profissional, para dar o devido encaminhamento às questões relacionadas ao abortamento/aborto?

Não somente para a autora deste estudo, mas provavelmente para muitos outros profissionais surgem angústias frente ao fato do aborto inseguro ser um crime como está estabelecido no Código Penal

Brasileiro, além do profissional ter que manter o sigilo profissional estabelecido no seu Código de Ética de Enfermagem, proposto no Art. 29º que diz: “Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei”. Surgem então múltiplas questões éticas como: cabe uma denúncia ao Poder Judiciário ou a outra instituição, uma vez que caracteriza crime? A ética profissional vai de onde até onde, pois está em jogo a vida da mulher e uma vida em potencial? Critérios éticos e direitos humanos na atenção ao abortamento? O que se pode oferecer enquanto Serviço de Saúde? Deve-se, questionar a mulher ao se obter um diagnóstico de gravidez se esta foi decorrente de estupro ou não? Se a resposta for positiva, informá-la sobre os direitos legais? Quanto ao acesso aos serviços de assistência nos casos legais, onde estão sendo realizados?

Outra situação complexa (dúvidas, questionamentos) que a profissional enfermeira se depara ao tomar conhecimento da prática de um aborto (pré, durante ou pós) ligada à questão ética profissional, encontra-se, no Capítulo V – Das Proibições: Dentre outros dispõe: “Provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação”. No entanto, a norma técnica de humanização ao abortamento dispõe em várias das suas propostas dar assistência à mulher independentemente da decisão tomada por ela e sem julgá-la. O código de ética deixa claro que, nos casos de aborto legal, o profissional poderá decidir a participar ou não do abortamento, de acordo com a consciência. Estas três orientações somadas a cultura, religião e tradições do profissional traz momentos de dificuldades e angústias para decidir como agir nesses casos.

No Brasil, segundo o Código Penal de 1940, o aborto constitui crime enquanto delito contra a vida, estabelecendo punições com penas que variam de um a dez anos de prisão para a mulher e para a pessoa que realiza o aborto. Para esta última, a pena pode ser aplicada em dobro quando da intervenção resultar a morte da gestante. São considerados abortos lícitos, isto é, isentos de pena, de acordo com o Código Penal, art. 128: *Não se pune* o aborto praticado por médico:

I – se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II – se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Como, na visão da Igreja e de algumas linhas de pensamento, o feto já é considerado como detentor de alma e por isso de vida, pode-se considerar que estamos falando da formação de uma criança. Buscando

verificar a compreensão da justiça sob a criança, torna-se necessário fazer remissão aos estudos das leis que focam este objetivo, como o Estatuto da Criança e do Adolescente.

A Constituição Federal brasileira no art. 227 garante “[...] *a inviolabilidade do direito à vida*”, sendo dever do Estado, da sociedade e da família “[...] *assegurar à criança [...], com absoluta prioridade, o direito à vida*”. (BRASIL, 1988).

O *Estatuto da Criança e do Adolescente*, na forma de lei, aprovado em 13 de julho de 1990, objetiva a proteção integral da criança e do adolescente, enquanto pessoas de direitos fundamentais – desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Art.3º.) (ESTADO DE SANTA CATARINA, 2006).

O Art.4º menciona quem tem o dever de assegurar à criança e ao adolescente a efetivação dos direitos e bens pertinentes à vida. Saliento que, no parágrafo desse artigo, está disposto que a “*primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias*”.

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O Art. 5º traz como *punição* na forma da lei qualquer atentado, *seja por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais*, pois nenhuma criança ou adolescente deverá ser objeto de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Mesmo *nos casos de suspeita de maus tratos à criança* ou ao adolescente, de acordo com Art. 13º, obrigatoriamente se deverá informar o Conselho Tutelar.

Reforçando o direito de proteção à vida, o art. 7º prescreve: “A criança e o adolescente têm direito *a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência*”. E, para *assegurar a sua vida, à gestante deverá ser assistida através do Sistema Único de Saúde durante o período pré e perinatal* (Art. 8º) e, à criança e ao adolescente será assegurado

programas de assistência médica, odontológica, educação sanitária aos pais, educadores e alunos, no sentido de evitar enfermidades comuns à fase da infância e da adolescência.

O Art. 18º diz que é dever de todos velar pela criança “[...] a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. É considerado crime, de acordo com o Art. 228, quando os serviços de saúde, tanto básico com hospitalar, não registrar as atividades desenvolvidas durante a atenção à saúde da gestante, devendo o registro ser guardado pelo período de 18 anos. É considerado infração administrativa nos casos em que o médico, professora ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente (Art. 245).

A deontologia codifica um conjunto de deveres e obrigações inerentes ao exercício profissional, definindo comportamentos adequados e oportunos a fim de manter a dignidade da profissão enquanto membro de um corpo sócio-profissional. O conjunto de comportamentos é definido como códigos de deontologia ou códigos de ética profissional, cabendo punições decorrentes do não seguimento, sendo, portanto, considerado como extensão do direito profissional. Embora a deontologia esteja fundamentada no bem-estar individual e social, não faz parte desta definir a consciência do profissional enquanto ética pessoal (DURANT 1995; FORTES, 1998).

Todavia, enquanto sujeito ético, o profissional ao adotar o código de deontologia, se responsabiliza enquanto decisão pessoal.

[...] pois a noção de ética não se resume a uma obrigação por efeito de coação externa, mas supõe o livre consentimento e a adesão espontânea do indivíduo. O sujeito ético não é o que se submete a regras simplesmente por obrigação ou temor à determinada punição, mas sim porque nelas acredita e está convencido de seu valor e de sua legitimidade. Daí a essencialidade do conteúdo dos códigos ser aceito pelos integrantes de uma categoria profissional (CORTESE e FEDRIGOTTI; ORTIZ-IBARZ apud ZOBOLI, 2003, p. 115).

Embora os códigos “[...] podem configurar um instrumental útil enquanto uma diretriz da prática profissional e também do processo de tomada de decisão frente a situações que configuram problemas éticos (ZOBOLLI, 2003, p. 117)”, por vezes não alcançam os mais variados problemas e dilemas éticos vivenciados no cotidiano das práticas profissionais, havendo a necessidade de uma abrangência mais ampla, para além dos deveres e direitos definidos nos atuais códigos profissionais (SPINSANTI 1990; GRACIA 1991; ARROYO-GORDO 1997; CORTINA 1997a apud ZOBOLLI, 2003).

No Brasil, os códigos de deontologia dos profissionais de saúde exercem papel de controle no cumprimento desses códigos, empregando punições as violações, amparado no poder estatal de obrigatoriedade de inscrição junto ao conselho específico da profissão (ZOBOLLI, 2003).

Em decorrência da atual situação, de “[...] transformações socioculturais, científicas e legais, [...]” a partir de 12 de maio de 2007 – Resolução COFEN 311/2007, um novo código de ética dos profissionais de enfermagem passou a vigorar, o qual aborda a profissão de enfermagem da seguinte forma:

A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho com reflexos no campo científico e político.

Esse novo código, pautado na atual política de saúde do Brasil, apresenta referências pertinentes ao exercício profissional considerando a necessidade e o direito de assistência de enfermagem à população. Fundamentado nos Postulados da Declaração Universal dos Direitos do Homem, tem como centro de atenção a pessoa, família e coletividade, pressupondo “[...] que os trabalhadores de enfermagem estejam aliados

aos usuários na luta por uma assistência sem riscos e danos e acessível a toda população”.

Apresenta como Princípios Fundamentais o comprometimento da profissão e do profissional com:

[...] a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. [...] atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais. [...] participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde. [...] respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. [...] exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética.

Fazendo um breve levantamento sobre o que traz o novo código de ética com relação às questões, que, direta ou indiretamente, estão relacionadas ao aborto e à prática assistencial dos profissionais de enfermagem, observo as seguintes definições:

1. Os profissionais têm o **direito**: de exercer a profissão com liberdade e autonomia, sendo assegurado o tratamento segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e direitos humanos; recusar-se de praticar atividades que não são de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, a pessoa, família e coletividade;

2. São **responsabilidades e deveres**: o exercício da profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade; fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica; prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos,

riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem; respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar; manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito da pessoa envolvida ou de seu representante legal;

3. São **proibições**: provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo; provocar, cooperar, ser conivente ou omissos com qualquer forma de violência.

Desde o momento em que, tanto nacional quanto internacionalmente, se decide que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são direitos humanos, se está decidindo o respeito pela autonomia das mulheres e dos homens sobre a sua vida reprodutiva: poder decidir sobre uma maternidade desejada ou uma maternidade indesejada. Estudar e analisar de que maneira as profissionais enfermeiras compreendem esses direitos para orientar sua prática profissional trará indicadores dos esforços da implementação desses direitos.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A sustentabilidade de um estudo científico está diretamente relacionada à adoção de um Referencial Teórico ou Conceitual adequado para o alcance do objetivo de estudo, orientando o pesquisador no rumo e resolução do problema. Possibilita, também, a fundamentação teórica das concepções ou corrente sociológica adotada no tratamento do objeto de um estudo qualitativo, sustentando a discussão dos resultados (SANTOS; CLOS, 1998).

Objetivando, neste estudo, conhecer como as enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó relacionam suas representações sociais sobre abortamento/aborto com as formas de prestar cuidado em situações concretas, justifica-se a adoção da Teoria das Representações Sociais (TRS) como referencial teórico-metodológico no estudo qualitativo. De acordo com Cascais; Martini; Almeida, a Teoria das Representações Sociais, criada por Serge Moscovici em 1961, na França, por meio da publicação da obra *La Psychanalyse, son image son public*, nos últimos anos vem sendo adotada “[...] como fenômeno central do estudo e como método no âmbito de investigações na área da saúde”. (2007, p. 4).

A construção, por Moscovici, da Teoria das Representações Sociais foi influenciada por diversos estudiosos, “[...] entre eles Allport, Mead, Wundt e principalmente a concepção de Durkheim, sobre as representações coletivas”. (*ibid.*).

Durkheim, segundo Moscovici (1978, p. 25), foi pioneiro na utilização da expressão “representação social”, querendo designar a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Nesse sentido, afirma que “[...] a representação individual é um fenômeno puramente psíquico, irreduzível à atividade cerebral que o permite, também a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem uma sociedade”. As representações coletivas, segundo Durkheim, se constituem em um instrumento explanatório e se referem a formas de pensamento e de saberes partilhados coletivamente a uma classe geral de idéias e crenças – ciência, mito, religião, entre outros –, havendo uma separação radical entre as representações individuais e coletivas, sendo a primeira do campo psicológico e a segunda da sociologia. No entanto, para Moscovici, as representações são fenômenos específicos que se

relacionam com o modo de compreender e de se comunicar, enquanto realidade e senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Ainda, para Moscovici, Durkheim, em sua noção de representação coletiva, descreve-a ou identifica-a como sendo “[...] uma categoria colectiva que deve ser explicada ao nível da psicologia social sendo mais adequado, num contexto moderno, estudar representações sociais do que representações colectivas”. Fundamentado nesse entendimento, Moscovici, partindo do conceito de representações coletivas, amplia-o, entendendo “[...] as representações não apenas como factos observáveis e conceitos, mas sim como fenômenos sociais”, substituindo o termo *coletivo* por *social* (FARR apud CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA 2007, p 4) (itálico da pesquisadora).

As sociedades modernas são caracterizadas pelo seu pluralismo e pela rapidez com que as mudanças econômicas, políticas e culturais ocorrem. É aqui que surge a noção de Representação Social de Moscovici que estava a modernizar a ciência social, ao substituir representações coletivas por representações sociais, a fim de tornar a ciência social mais adequada ao mundo moderno (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 4).

4.1 DEFININDO REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A palavra representação, segundo Cascais; Martini; Almeida, no Dicionário Houaiss, é definida como “*a imagem ou idéia que concebemos do mundo de alguma coisa*”, consiste na “operação pela qual a mente tem presente em si mesma a imagem, a idéia ou o conceito que correspondem a um objeto que se encontra fora da consciência”. (2007, p. 5).

Para Moscovici, “[...] em poucas palavras, a representação social é *uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos*”. E, quando o psíquico processa a familiarização, situa e torna presente em nosso interior algo que dista de nós ou é ausente, a representação se faz pela “estampagem” do objeto (1978, p. 26).

Por esta razão, foi freqüentemente dito, *toda a representação é uma representação de alguma*

coisa [...], uma representação faz circular e reúne experiências, vocabulários, conceitos e condutas que provêm de origens muito diversas. [...] observa-se que representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o *status* de um *signo*, é conhecê-lo, tornando-o *significante*. De um modo particular, dominamo-lo e interiorizamo-lo, fazemo-lo nosso. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina em que *todas as coisas são representações de alguma coisa* (MOSCOVICI, 1978, p. 62-63).

As representações sociais, ainda, enquanto definição, correspondem a:

[...] um conjunto de conceitos, e explicações que se originam na vida diária no curso de comunicações interpessoais. São equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI apud CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 5).

Embora possua uma contextura psicológica autônoma, a representação social é própria também de nossa sociedade e de nossa cultura e, em nosso universo cotidiano, as representações sociais atuam por meio de observações, de análises e de noções e linguagens que continuamente circulam, cruzam-se e se cristalizam na fala e no gesto, havendo a sua impregnação na maioria das relações sociais, nas comunicações trocadas, nos objetos consumidos ou produzidos. Elas “[...] correspondem, por um lado, à substância simbólica que entra na elaboração e, por outro, à prática que produz a dita substância, tal como a ciência ou os mitos correspondem a uma prática científica e mítica”. (MOSCOVICI, 1978, p. 41).

Seguindo nesse mesmo entendimento, Jodelet, citada por Martini, diz que as representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Especificamente para Martini, o conceito de representações sociais “[...] é conceito dinâmico e explicativo,

possuindo dimensões históricas e transformadoras, é um conceito relacional e, por isso mesmo, social”. (2001, p. 155).

4.2 FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O qualitativo social, aqui apresentado como representações sociais, enquanto função corresponde e contribui “[...] *para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais*”. (MOSCOVICI, 1978, p. 77).

Especificamente quanto às funções das representações sociais, Spink, diz que “[...] enquanto formas de conhecimento prático, respondem a diversas funções, entre elas, a função social, a função afectiva e a função cognitiva”. As condutas e as comunicações são permitidas pela orientação da função social. Os indivíduos são situados dentro do campo social pela função afetiva, protegendo e legitimando-os na especificidade dos grupos através da “[...] elaboração de estratégias colectivas ou individuais para a manutenção das identidades ameaçadas”. O que é estranho e ameaçador ao indivíduo e ou ao grupo é transformado em algo familiar pela ação da função cognitiva (apud CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 5).

No entanto, Moreira *et al.*, mencionado por Dias, define outras “[...] funções: a do saber, a identitária, a de orientação e à justificadora”(sic). A realidade é esclarecida e captada devido à função do saber correspondente à cognitiva, permitindo a aquisição de conhecimentos e a associação desses “[...] num quadro assimilável e compreensível para elas, servindo como referência para as trocas sociais e a transmissão deste saber ‘ingênuo’”. A função identitária, correspondente à afetiva, possibilita “[...] situar as pessoas dentro do campo social dando proteção dentro da especificidade dos grupos, confirmando uma identidade social e pessoal”. Os comportamentos e as práticas das pessoas são orientadas pela função de orientação, correspondente à social, pois a ação é guiada pela representação constituída “[...] no sistema de pré-descodificação da realidade, [...] refletindo a natureza das regras e dos elos sociais, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável num dado contexto social”. As tomadas de posições e dos comportamentos são justificados pela função justificadora, permitindo preservar a diferenciação social através da estereotipação nas relações entre os grupos, a manutenção da distância e a discriminação social entre eles (apud CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p. 6).

As funções das representações sociais também são assim definidas: a de categorizar ou convencionar e a de exercer a sua força prescritiva (MOSCOVICI, 1978).

Categorizar os objetos e fenômenos permite a localização e formalização desses em uma determinada categoria, convencionando-os como modelo a ser partilhado por um grupo de pessoas ou coisas, e o que aparecer como novo elemento deverá juntar-se ao modelo pré-existente e sintetizar-se nele (MOSCOVICI, 1978).

É por meio das convenções que é possível reconhecer o que representa o quê, contribuindo para resolver uma mensagem, interpretando-a como significativa ou não em relação a outras, ou como um acontecimento casual. Parafraseando Moscovici, citado por Farr (1984):

[...] cada experiência é somada a uma realidade predeterminada, que define fronteiras, distingue imagens, separa mensagens significantes das não significantes; ligando cada parte ao todo, colocando cada um numa categoria distinta. Nós pensamos através de uma linguagem; organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura. Nós vemos o que as convenções subjacentes nos permitem ver, e, muitas vezes, nós permanecemos inconscientes dessas convenções (apud MARTINI, 2001, p 20).

Nesse norte, a função de exercer a sua força prescritiva é a combinação de uma estrutura pré-existente, isso é, já está decretado o que se deve pensar sobre os fenômenos e objetos (MOSCOVICI, 1978).

Portanto, as representações sociais se fazem presentes nas interações humanas por meio das suas funções e das características definidas por Moscovici, pois cada um dos participantes, psicologicamente, representa, por meio das comunicações e ações, o que está categorizado ou convencionado em si. Representação essa fundamentada na força exercida sobre como e o que deve expressar o que lhe é significativo sobre os objetos e fenômenos (apud MARTINI, 2001).

Criadas pelas pessoas e grupos, as representações sociais adquirem vida própria no decorrer das interações humanas, são

dinâmicas e estão sujeitas a substituições, pois, de acordo com Moscovici, elas “[...] *‘circulam, se encontram, atraem-se e se repelem, e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto que velhas morrem’*”. (1978, p. 41).

4.3 ELABORAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Moscovici define dois processos fundamentais para a elaboração de uma representação social: a objetivação e a amarração, também denominada ancoragem. Observa-se, que, a ancoragem, sempre e somente, ocorre após o processo de objetivação. “Objetivar, corresponde a reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). [...] transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo”. (1978, p. 111). Gibson, explica que:

“A percepção visual não dá muitas vezes a impressão de um saber, mas sim de um conhecimento imediato ou de um contato direto”. As idéias já não são percebidas como produtos da atividade intelectual de certos espíritos, mas como reflexos de algo que existe no exterior. Houve substituição do percebido pelo conhecido (apud MOSCOVICI, 1978, p. 112).

Para Cascais; Martini; Almeida, a objetivação consiste em definir um conceito numa imagem, tornando real o que é conceptual. Refere-se à forma de organização dos elementos que compõem a representação e o caminho percorrido por tais elementos para adquirirem a materialidade, constituindo-se a fase figurativa da representação (2007).

Distintamente, o processo de objetivação envolve três fases. Na primeira, o objeto da representação, dependendo da coerência das normas e dos valores grupais, sofre um processo de seleção e descontextualização das informações e crenças, formando um todo coerente ao grupo. Na segunda fase, ocorre a organização dos elementos pela seleção das informações coerentes a determinados objetos ou situações necessárias à organização da imagem pertinente ao objeto, formando-se o núcleo figurativo. Na terceira e última fase, pela naturalização, o núcleo figurativo já formado se materializa constituindo

uma categoria natural. “Ou seja, os conceitos tornam-se equivalentes à realidade e o abstracto torna-se concreto”. (SPINK; CABECINHAS; apud CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007, p.6).

A organização dos conhecimentos de um grupo, a um dado objeto, corresponde à dimensão da informação. A imagem ou campo de representação conduz à idéia de imagem, do conteúdo concreto e limitado das proposições precisas atribuídas a um determinado objeto, pressupondo a organização, a ordenação e a hierarquização dos elementos que configuram o conteúdo representado. A orientação global favorável ou desfavorável, em relação ao objeto de representação social, é permitida na dimensão da atitude (MOSCOVICI, 1978).

O conceito de imagem se assemelha ao de opinião, de acordo com o seu pressuposto de base, e é entendido “[...] como reflexo interno de uma realidade externa, cópia fiel no espírito do que se encontra fora do espírito.[...] é a reprodução passiva de um dado imediato”. (MOSCOVICI, 1978, p. 47). As imagens, ainda, segundo Moscovici, por suposição, são:

[...] espécies de ‘sensações mentais’, de impressões que os objetos e as pessoas deixam em nosso cérebro. [...], elas mantêm vivos os traços do passado, ocupam os espaços de nossa memória para protegê-los contra a barafunda da mudança e reforçam o sentimento de continuidade do meio ambiente e das experiências individuais e coletivas (*ibid.*, p. 48).

Sem que se perceba, as imagens, as idéias e as palavras cercam o ser humano, tanto no individual quanto no coletivo, penetrando nos olhos, mentes e ouvidos, independentemente de vontade. E, ao aceitar-se a existência de certa quantidade de autonomia e condicionamento em cada ambiente, natural ou social e, em ambos, admite-se que as representações sociais possuem duas funções: a de categorizar os objetos ou fenômenos encontrados e a de exercer a sua força prescritiva, “[...] isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível”. (MARTINI, 2001, p. 172).

A Teoria das Representações Sociais é construída sobre uma teoria dos símbolos. É forma de conhecimento social implicados em duas faces interligadas – face figurativa ou imaginaria e face simbólica (MOSCOVICI, 1978).

Sendo assim, a representação se constitui pela informação e organização do conhecimento e da imagem de um dado objeto que se representa na adoção de uma posição e em função da posição tomada (*ibid.*).

Em síntese, o universo consensual corresponde ao conhecimento do senso comum e o universo reificado, ao conhecimento científico.

O diagnóstico do conhecimento do senso comum, nas pesquisas sobre representações sociais, recebe a maior atenção, sendo, normalmente, mediante pesquisas descritivas (CAMARGO, 2007).

Para Köche, o homem, para viver a sua existência, atribui significações para interpretar o mundo em que vive, criando, intelectualmente, representações significativas sobre a sua realidade, chamadas de conhecimento. “A forma mais usual que o homem utiliza para interpretar a si mesmo, o seu mundo e o universo como um todo, produzindo interpretações significativas, isto é, conhecimento, é a do senso comum, também chamado de conhecimento ordinário, comum ou empírico”. (1997, p. 23).

Na visão das representações sociais, a comunicação é a base das relações sociais e a fundamentação do senso comum. O grupo cria uma base de significância durante as conversações, compartilhando imagens e idéias aceitas mutuamente, consolidando o vínculo enraizado no senso comum. As experiências sociais, valores e crenças dos grupos socioculturais semelhantes ancoram o representado pelo grupo sobre a sua visão de mundo (MOSCOVICI, 1978, 2003).

O senso comum, “[...] concebido predominantemente como um estágio arcaico de compreensão, incluindo uma magnitude de conhecimento que não mudou durante milênios e que nasceu da nossa percepção direta das pessoas e das coisas. [...] se ajusta aos objetivos de nossa vida diária, com extraordinário sucesso”. (MOSCOVICI, 2003, p. 204).

A necessidade de resolver problemas imediatos de fatos e fenômenos práticos do dia-a-dia faz surgir o conhecimento do senso, percebidos, principalmente, pela percepção sensorial. A evolução do homem foi e é subsidiada pelo conhecimento do senso comum, “[...] gerado pela necessidade de produzir soluções para os seus problemas de sobrevivência”. (KÖCHE, 1997, p. 24).

Pela forma em que é constituído, o conhecimento do senso comum não é programado ou planejado. Ele se desenvolve à medida que os fenômenos vão acontecendo, “[...] elaborados de forma *espontânea e*

instintiva. [...] na maioria das vezes, vivencial e, por isso, ametódico”. (KÖCHE, 1997, p. 24).

Esse conhecimento, pelo fato de darem certo, acabam se transformando em convicções, crenças repassadas de geração a geração, isso porque não há a busca de fundamentações teóricas sobre o conhecido, permanecendo num nível superficial de consciência.

O conhecimento do senso comum tem uma objetividade superficial e limitada por estar demasiadamente preso à vivência, à ação e à percepção orientadas pelo interesse prático imediatista e pelas crenças pessoais. [...] É um conhecimento que está subordinado a um envolvimento afetivo e emotivo do sujeito que o elabora, permanecendo em suas interpretações, relações significativas que possam existir entre eles (*ibid.*).

O senso comum, mesmo sofrendo mudanças em seu conteúdo e nas maneiras de raciocinar, não é substituído pela lógica ou pelas teorias científicas. Isso porque ele descreve as relações comuns entre os indivíduos, explicando suas atividades, comportamentos normais e intercâmbios cotidianos. É resistente à “[...] reificação que transformaria os conceitos e imagens enraizados na linguagem em regras e procedimentos explícitos”. (FARR apud MOSCOVICI, 2003, p. 199).

Para Moscovici, as representações do senso comum – o conhecimento popular –, oferecem acesso direto às representações sociais diárias e espontâneas, se tornam em representações científicas e autônomas. “São, até certo ponto, as representações sociais que combinam nossa capacidade de perceber, inferir, compreender, que vêm à nossa mente para dar sentido às coisas, ou para explicar a situação de alguém” (2003, p. 201). Porém, para Demo, o senso comum, “[...] porque aceita sem discutir, ou melhor, porque não aplica ao conhecimento nele implicado suficiente sistematicidade questionadora”, não é científico, embora “[...] não representa algo desprezível, pois, na prática, é a maneira usual de ver a realidade”. (1994, p. 17).

4.4 PERSPECTIVAS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM

O adoecimento faz parte das experiências e costumes dos indivíduos. Inegavelmente, todos vivem essa experiência, rodeada de crenças, percepções, significados e valores, e por que não dizer, de representações. O processo de adoecer, enquanto representação social, assume sinônimos – interpretações, concepções e entendimentos (CARDOSO; GOMES, 2000).

De acordo com as Ciências Sociais, as representações se concretizam a partir das experiências da ação humana, e, sob essa óptica, nos últimos anos, tem-se utilizado, consideravelmente, a Teoria das Representações Sociais em pesquisas qualitativas na área da enfermagem (MINAYO, 2007; CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

A atual prática do cuidado em saúde, inserida na óptica das Ciências Sociais, contempla o novo olhar sobre o processo saúde/doença, situando e contextualizando o indivíduo na sua integralidade, pertencente a um meio cultural e social. Pesquisar as representações sociais em saúde/doença, sob essa óptica, possibilita estudos científicos mais criativos envolvendo os sujeitos – cuidados e cuidadores –³⁴, considerando respectivamente, as representações sobre o processo saúde/doença e sobre o processo de cuidar, enquanto indivíduo ou grupo cuidador (CASCAIS; MARTINI; ALMEIDA, 2007).

Na busca de fundamentação literária sobre o objeto deste estudo – representações sociais sobre abortamento/aborto e as suas relações com as formas de prestar cuidado em situações concretas –, apenas uma fonte foi encontrada. Em contrapartida, foram encontrados estudos sobre as representações sociais das mulheres assistidas durante o abortamento/aborto. Portanto, perceber-se que a maioria das pesquisas desenvolvidas sob a óptica das Ciências Sociais tem como objeto de estudo os grupos ou indivíduos no processo de saúde/doença, havendo uma lacuna sobre as INQUEITAÇÕES E representações sociais dos grupos PROFISSIONAIS ou indivíduos enquanto cuidadores.

O estudo encontrado – Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados, publicado em 2003, no Cadernos de saúde pública, de Gilberta Santos Soares -, diferentemente do Projeto de Pesquisa aqui apresentado, aborda a temática sob a ótica

³⁴ Cuidadores: nesta situação específica, refere-se aos profissionais que por meio de seu conhecimento científico prestam cuidados às mulheres em situação de abortamento/aborto.

do aborto legal e a equipe de assistência técnica de execução do aborto legal (SOARES, 2003).

Esse estudo objetivou buscar as representações das diferentes categorias profissionais dos serviços que implantaram Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual na Paraíba e no Distrito Federal. Foram envolvidos no estudo todos os profissionais diretamente envolvidos com os programas: três assistentes sociais, duas psicólogas, três enfermeiros e quatro obstetras, totalizando 12 profissionais (dois homens e dez mulheres). Visando caracterizar os programas, as histórias de implantação e contextualizar a atuação dos profissionais, também foram envolvidos dois gestores dos programas: um homem e uma mulher.

Os dados foram obtidos em entrevistas semi-estruturadas buscando informações a respeito da atuação, formação profissional e inserção nesses programas. As representações foram obtidas por meio das opiniões sobre os casos atendidos, sobre a violência sexual e suas nuances, o abortamento, os desafios e as dificuldades enfrentadas.

A fim de revelar as representações sobre o abortamento, os discursos foram categorizados com base nesse propósito. A leitura das informações foi feita de forma transversal, por meio de análise temática comparativa entre as representações das diferentes categorias profissionais. E, complementarmente, foi realizada a leitura singular das entrevistas.

Síntese dos resultados sobre as representações descritas no estudo de Soares (2003):

A representação do abortamento oscilou entre a concepção da interrupção da gravidez como um direito, e o valor religioso como um pecado.

Com relação as suas concepções e restrições religiosas, os profissionais foram unânimes (sic) em afirmar que devem manter uma postura neutra e imparcial a respeito da decisão da mulher, não devendo julgá-la porque fez o aborto. “*O profissional não deve persuadir para fazer ou deixar de fazer o aborto*” (médica). Contraditoriamente, uma profissional disse que “*decidiu ficar no programa para ajudar as mulheres a não fazer a interrupção*” (médica) (2003, p. 403-404).

Há, por parte de alguns profissionais, a preocupação em serem julgados pela sociedade, tachados de “aborteiros” e legalmente incriminados pela interrupção (p. 404).

A pesquisadora traz, nas considerações finais, entre outras escritas:

As dimensões técnicas, legais e éticas explicaram os motivos que levaram à adesão dos profissionais. Ao mesmo tempo em que acreditam estar fazendo algo correto técnica e eticamente (a decisão pelo abortamento como direito humano), compartilharam de uma matriz cultural que coloca o abortamento como uma questão moral/religiosa.

É importante ressaltar que as experiências de atendimento às mulheres em situação de violência sexual provocaram possibilidades de mudanças dos valores e resignificação da prática dos profissionais de saúde. A experiência e o convívio com as mulheres e sua histórias de dor e sofrimento transformaram resistência, medo e distancia em solidariedade e compromisso (p. 405).

Observa-se que o estudo acima apresentado foi desenvolvido sob o foco das representações na assistência às mulheres em situação de abortamento legal, diferentemente do proposto neste estudo.

O desenvolvimento deste estudo, utilizando a Teoria das Representações Sociais como referencial teórico, poderá contribuir com o estado da arte sobre essa temática, polêmica para sociedade e para os profissionais de saúde. De acordo com Camargo, “A TRS torna-se para o pesquisador uma grade de leitura do conhecimento social de objetos diversos, e estes diagnósticos servem sobretudo para objetivos práticos, tais como: influenciar políticas de saúde e educacionais, rever procedimentos de atenção à saúde, [...]”.(2007, p. 99).

5 METODOLOGIA

Este capítulo descreve o caminho do pensamento percorrido e a prática na abordagem da realidade por meio da delimitação e do delineamento adotado como desenho de pesquisa.

Para Minayo (2004, p. 16) “[...] a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas” e, para Lênin, “[...] ‘o método é a alma da teoria’ ” (apud MINAYO 2004, p.16).

Fizeram parte da metodologia “[...] as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador” (MINAYO 2004, p.16).

5.1 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

Este estudo trata de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentado na teoria das representações sociais.

De acordo com Richardson *et al* (1999), por se tratar de uma pesquisa qualitativa, com a pretensão de obter a qualidade da abordagem, houve a preocupação pela busca de respostas da realidade objetivada com informantes ricos em experiência comportamental, considerando-se a complexidade e particularidade enquanto processo dinâmico individual e grupal. Nesse sentido, o estudo almejou o conhecimento de uma realidade na qual não cabe a quantificação, por se tratar de um universo de questões subjetivas: representações sociais, ancoradas em significados, crenças e valores, em atitudes num espaço de relações – prática assistencial –, informações não compatíveis com as operações de variáveis (MINAYO, 2004).

A opção pela pesquisa do tipo exploratório fundamentou-se na inexistência de estudos com tal especificidade – abortamento/aborto: representações sociais e práticas assistências das enfermeiras na Atenção Básica à Saúde. Esse tipo de pesquisa que tem como finalidade, de acordo com Gil (1999, p. 44), “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para auxiliar nos estudos posteriores” e, para Minayo (2004, p. 33), a fase exploratória da pesquisa tem a importância fundamental de “superar o empirismo nas abordagens das questões sociais”. Já, quanto ao tipo descritivo, a sua fundamentação foi baseada na necessidade de se explorar e descrever o problema e a situação

insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços (MINAYO, 2004).

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Chapecó, localizada no Oeste do estado de Santa Catarina, cuja população é de aproximadamente 170.000 habitantes. A região e o município foram colonizados, majoritariamente, por imigrantes italianos, oriundos do estado do Rio Grande do Sul. O município com apenas 91 anos de criação, é referência regional em vários aspectos: – Saúde, comércio, indústria, produção agroindustrial de alimentos derivados de aves e suínos, ocupando o 13º lugar em desenvolvimento e crescimento, no âmbito nacional.

A Secretaria Municipal de Saúde, na gestão plena dos serviços, entre os diversos espaços de serviços, administra 27 unidades básicas de saúde, denominadas Centros de Saúde da Família (CSF) e Centros Integrados de Saúde (CIS). Os CSF e CIS estão distribuídos pelos diversos Bairros da cidade, organizados em Equipes de Saúde da Família (ESF) e Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Todos desenvolvem serviços, principalmente de promoção e prevenção da saúde no cuidado à saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso. Especificamente em relação à saúde da mulher, existe organizada como referência, a Clínica da Mulher, para o atendimento das demandas de média complexidade.

Nesses espaços de serviços da atenção básica de saúde, fazem parte das equipes, várias profissionais enfermeiras que atuam como coordenadoras e ou como assistencialistas nos diversos programas de cuidado à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde.

5.3 DELIMITAÇÃO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Por se tratar de pesquisa qualitativa, com relação à delimitação das participantes, a preocupação da investigadora não se voltou para a generalidade numérica e sim, para o “aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, [...] ou de uma representação”, constituindo “[...] uma amostra qualitativa ideal, [...]” refletindo “[...] a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”. (sublinhado pela autora) (MINAYO 2007, p. 196-197).

Assim, para a obtenção de uma amostra qualitativa ideal, foi observado, entre outros critérios, ao delimitar no grupo de profissionais enfermeiras da Atenção Básica à Saúde as que continham o conjunto de experiências e expressões objetivadas, enquanto sujeitos sociais detentoras dos atributos pretendidos na investigação. Sobre essas enfermeiras recaiu a pergunta central da pesquisa. Nesse aspecto, de acordo com Rangel (1993), a representação traz o conceito e o objeto, respectivamente, significado e significante e, a intimidade entre o sujeito e o objeto representado, se expressa na compreensão de que o sujeito representará o objeto a partir de suas experiências pessoais e interações sócio-grupais.

Nesse sentido, para a delimitação dos sujeitos participantes no estudo, foram observados os seguintes critérios: Estar atuando na Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó/SC; ter vivenciado, durante a assistência à saúde da mulher, situações relacionadas ao abortamento/aborto, mais especificamente ter-se defrontado com a situação de alguma mulher ter manifestado o interesse em praticar o aborto ou que tenha conhecimento do aborto provocado por uma gestante que estava sob seus cuidados profissionais no Pré-Natal; ter concordado em fazer parte do estudo como sujeito livre e esclarecido.

Definidos esses critérios, no mês de março de 2009, o projeto deste estudo foi apresentado ao Secretário Municipal da Saúde e às enfermeiras coordenadoras dos Centros Integrados de Saúde e Centros de Saúde da Família. Na ocasião, após a exposição clara dos objetivos e da metodologia de pesquisa, em concordância com o desenvolvimento do projeto e, observando-se os critérios acima definidos, entre as pessoas presentes alguns nomes foram listados como sujeitos participantes do estudo. No mês de junho desse ano, um novo contato foi realizado para a confirmação da participação e agendamento do primeiro encontro para a coleta de dados. Algumas das enfermeiras que tinham se disposto inicialmente a participar do estudo, não estariam disponíveis no período previsto para a coleta dos dados, fazendo-se necessário novos contatos para a constituição de um grupo representativo ideal.

5.4 A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio da técnica de “Grupo Focal”. Essa técnica, que se constitui numa abordagem especificamente qualitativa para a obtenção das informações sobre o objeto de estudo, por meio “[...] de conversa em grupos pequenos e homogêneos [...] sob

a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um”. (MINAYO 2007, p. 269).

A utilização dessa técnica foi pertinente por existir uma relação prévia entre a pesquisadora e os sujeitos participantes, pelo fato da pesquisadora ser também enfermeira e ter trabalhado, noutro momento, no mesmo espaço de serviço – Secretaria Municipal de Saúde – ocupando o cargo de coordenadora de um Centro de Saúde da Família.

Nesse sentido, para Oliveira (2001), o Grupo Focal é uma estratégia que contribui para um alto nível de envolvimento com o grupo, oportunizando a exploração do tópico de pesquisa. E, segundo, Morgan e Burgess, citados por Oliveira (2001), a constituição de um Grupo Focal com participantes previamente conhecidos e com uma história em comum, garante certo nível de intimidade, favorecendo e facilitando discussões de temas delicados dentro do grupo. Isso possibilita a espontaneidade por se sentirem à vontade para discutir o objeto de estudo, direcionando e expressando seus interesses, entendimentos e, conseqüentemente as suas representações.

Para Moscovici, mencionado por Farr (1995), as representações sociais estão presentes em todas as relações humanas, entre duas ou mais pessoas, sendo o foco definidor de uma interação o fato de essas representações estarem psicologicamente representadas em cada um dos participantes, como produto das ações e comunicações em atividades profissionais – pedagogos, sacerdotes, pensadores, intelectuais, representantes da ciência, da cultura e ou religião – , transmitindo as suas representações, na maioria das vezes, sem saber ou querer.

Essa técnica, também, segundo Minayo (2007, p. 270), é utilizada de maneira a “[...] focalizar [...] e formular questões mais precisas,” para obter “[...] informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; [...]”. Da mesma forma, descreve Carey citado por Oliveira (2001, p.100): “[...] os membros do grupo podem descrever em ricos detalhes a complexidade de experiências e a razão de suas ações, crenças, percepções e atitudes”³⁵. Oliveira (2001, p.100) amplia o entendimento, dizendo que “[...] ambos têm a oportunidade de refletir sobre experiências individuais ou crenças pessoais, conhecimentos, atitudes sobre as questões que são levantadas, [...]”³⁶.

³⁵ Tradução da pesquisadora: “[...] group members can describe the rich details of complex experiences and reasoning behind their actions, beliefs, perceptions, and attitudes”.

³⁶ Tradução da pesquisadora: “[...] both have the opportunity to reflect on individual experiences or access personal beliefs, knowledge, attitudes about the issues that are being raised, [...]”.

Operacionalmente, o Grupo Focal é realizado em reuniões com um número pequeno de participantes, devendo ser entre seis a doze pessoas. Há a necessidade da presença de um animador. Aqui neste estudo, a pesquisadora, a qual teve a função de sensibilizar o grupo para a introdução ao objeto de estudo – **dramatização**; introduzir e fomentar a discussão enfatizando que não se preocupem em responder “certo ou errado”, pois não é o que se busca saber; estimular e encorajar a participação de todos; captar pontos relevantes e provocar o aprofundamento por meio da construção de uma boa relação entre pesquisadora e participantes; captar informações não verbais expressas pelas participantes; observar o tempo previsto para o encontro, o qual não deve ser superior a uma hora e meia (OLIVEIRA, 2001; MINAYO, 2007;).

Os encontros foram planejados e desenvolvidos “[...] mediante um roteiro que vai do geral para o específico [...]”, sempre no sentido de buscar o aprofundamento da “[...] interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências”. (MINAYO 2007, p. 269). Não há regra quanto ao número de encontros, pois vai depender das características da pesquisa, das limitações e interesses dos envolvidos no estudo (MORGAN apud OLIVEIRA 2001, p. 101).

E, estrategicamente, para sensibilizar e introduzir o Grupo Focal na discussão da temática, foi adotado a “dramatização de uma vivência profissional em situação eminente de uma usuária referir a intenção de abortar e de outra usuária em tentativa de praticar o aborto”. De acordo, pois, com Anastasiou e Alves (2004), essa estratégia deve ser utilizada como mobilização para incentivar a visão e a discussão de uma realidade problemática:

Possibilita o desenvolvimento da “empatia”, isto é, a capacidade [...] se colocarem imaginariamente em um papel que não seja o seu próprio, [...] traz [...] um pedaço da realidade social, de forma viva e espontânea, para ser observada e analisada [...]. Desenvolve a criatividade, a desinibição, a inventividade e a liberdade de expressão (2004, p. 89).

Assim, operacionalmente, a delimitação das participantes e a coleta de dados foi realizada observando-se as fundamentações acima citadas.

O Grupo Focal foi constituído de oito enfermeiras, as quais, além de contemplarem os critérios de inclusão no grupo de participantes do estudo, apresentam as seguintes características pertinentes ao foco do estudo: idade entre 26 a 46 anos; número de filhos, de zero a 3, sendo um adotivo; tempo de formação profissional de 5 a 25 anos; tempo de atuação na Atenção Básica à Saúde de 3 a 15 anos, a maioria com o tempo igual ou superior a 9 anos; tempo de atuação em programas de saúde da mulher de 2 a 15 anos, a maioria, igual ou superior a 9 anos.

As reuniões para a coleta e validação dos dados ocorreram em três momentos: no primeiro e segundo, foram coletados os dados dos objetivos específicos um e dois, respectivamente; e, no terceiro, as participantes validaram os dados apresentados.

Para a definição da data, do horário e do local ideal para as reuniões do Grupo Focal, foram considerados os seguintes aspectos: data apropriada para as participantes; horário correspondente a uma manhã em que estariam em expediente de trabalho (em comum acordo com a coordenadora de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde); local livre de interrupções, de fácil acesso e aconchegante para as participantes e pesquisadora.

Após a organização, o primeiro encontro foi realizado no dia 22 de julho de 2009, com a duração de 1 hora e 35 minutos, com o Grupo Focal constituído por sete enfermeiras participantes; o segundo, no dia 12 de agosto, com duração de 1 hora e 15 minutos, com seis participantes (uma enfermeira que não pôde estar presente no primeiro, participou deste segundo e terceiro encontro); o terceiro, no dia 03 de setembro, também com duração de 1 hora e 35 minutos, contando com a presença de seis participantes. Todos os encontros foram realizados no período da manhã, com início às 8 horas, tendo como local as dependências de uma Faculdade localizada no centro da cidade de Chapecó.

Os três encontros aconteceram observando-se o seguinte encaminhamento:

1º Encontro

Primeiramente o grupo foi informado e esclarecido sobre a proposta e a organização dos encontros – o número de encontros, os objetivos e encaminhamentos previstos para cada encontro; a agenda dos dois próximos encontros que seria definida pelo grupo; o objetivo e proposta dos encontros serem filmados (filmadora) e gravados (gravador); a participação de uma aluna da 9ª Fase do Curso de

Enfermagem para auxiliar na captação e transcrição das informações obtidas; e que, ao final de cada reunião seria oferecido um *coffee break*.

Após esses esclarecimentos, utilizando-se de um aparelho *Data Show*, foram apresentados os principais tópicos do Projeto de Pesquisa – introdução, objetivo geral e específicos, metodologia e questões éticas da pesquisa.

Após a apresentação, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecendo a cada participante, duas cópias. Uma para ser assinada e entregue à pesquisadora e outra para posse pessoal. Também foi esclarecido que, se no relatório houvesse a necessidade de identificar as falas (o que dificilmente seria necessário), os seus nomes seriam substituídos por nomes de pedras preciosas.

Em seguida, a pesquisadora disse o seguinte: – “Cada uma deve procurar falar e expressar o que realmente sente com relação à temática, não se preocupando com o que eu gostaria de ouvir [...], devemos pactuar a confiança mútua, não nos preocupando com o que a colega vai pensar sobre o que é falado [...], vamos manter e respeitar a ética [...]”

Na sequência, para sensibilizar e introduzir as participantes na temática, foi realizada a dramatização da situação vivenciada pela pesquisadora, do caso real de assistência a uma mulher que expressou o desejo de abortar (pesquisadora representou o papel da enfermeira e a aluna ajudante o papel da mulher): *Dona Ana* (nome fictício) *vai até o Centro de Saúde da Família (CSF) retirar o resultado do seu exame de gravidez e é passada para a consulta de enfermagem, lá é informada de que está grávida e quais os procedimentos de rotina em relação ao acompanhamento gestacional – Pré-Natal. Dona Ana ouve as orientações da enfermeira e ao final relata que não quer o filho e que pretende “tirar”*.

Após a dramatização, a pesquisadora fez novamente a leitura do primeiro objetivo específico: – Levantar as inquietações e as representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto; (estava em *slide* na tela do *Data Show*) e solicitou às colegas que começassem a expressar as suas inquietações e representações sobre o que tinham acabado de ver na dramatização.

Ao final das falas deste primeiro encontro, foi definida a data do próximo encontro.

No início do segundo encontro, as falas até então coletadas foram integralmente transcritas e lidas, explorando-se neste primeiro contato com os dados, informações não suficientemente claras, subsidiando aspectos a serem resgatados no próximo encontro. E, na filmagem, foi avaliada a presença ou não, de falas não verbais. Foi

observado, por meio das imagens, que as participantes estavam à vontade, demonstrando espontaneidade, liberdade e conhecimento de causa para discutir o objeto de estudo. Isso aconteceu, porque as participantes eram conhecidas e com histórias comuns, reafirmando o que Burgess, citado por Oliveira (2001), aponta, quando o Grupo Focal é constituído por participantes previamente conhecidos e com uma história em comum, garante certo nível de intimidade, favorecendo e facilitando as discussões com espontaneidade e liberdade para discutir o objeto de estudo, direcionando e expressando seus interesses e entendimentos, conseqüentemente, as suas representações. Observou-se apenas um único momento de expressão não verbal diferenciado: Uma das participantes comentou que teria acionado o Conselho Tutelar, quando foi solicitada sua intercessão na tentativa de evitar a prática de um aborto em que a gestação estaria entre o 5º ou 6º mês. Foi possível observar expressões de surpresa, dando a entender que as presentes, não teriam acionado o Conselho Tutelar nesta situação.

2º Encontro

Inicialmente foi feita uma breve retomada do como primeiro encontro e apontadas algumas falas que necessitavam de esclarecimentos.

Em seguida, foi apresentado e lido (*Data Show*), o segundo e último objetivo específico: – Identificar como essas profissionais desenvolvem suas práticas de cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento/aborto.

Novamente, para sensibilizar e introduzir o grupo na temática, outra dramatização foi apresentada (pesquisadora no papel da enfermeira e aluna de enfermagem no papel da usuária): *A usuária Ana (nome fictício) procurou o CSF, para realizar a coleta do exame preventivo do câncer cérvico-uterino. Porém, queixando-se de fortes cólicas, nega que esteja menstruada. A enfermeira, ao introduzir o espéculo vaginal detecta a presença de grande quantidade de comprimidos e questiona a usuária: - Que comprimidos são estes? A mesma responde que é “Cytotec”*

Após a encenação, a pesquisadora direciona ao grupo os seguintes questionamentos: “– *O que na verdade a Ana veio fazer na unidade de saúde? O que ela veio procurar?*”.

Tem início então, as falas das participantes do estudo.

Ao término das falas deste encontro, novamente foi agendada a data para o próximo encontro, com o objetivo de retomar as falas pendentes e validar os dados.

Novamente, no início do terceiro e último encontro, as informações coletadas no segundo encontro foram transcritas e lidas objetivando levantar pendências e organizá-las para facilitar a leitura do grupo e a validação dos dados coletados – 69 páginas de papel A 4, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, orientação paisagem. Através das filmagens foi observada, mais uma vez, a liberdade e espontaneidade das participantes na discussão sobre objeto de estudo, não havendo na ocasião situações de expressões não verbais significativas.

3º Encontro: Validação dos Dados Coletados

Dando início ao encontro, a pesquisadora fundamentou a importância e a metodologia adotada para a validação dos dados.

Em seguida distribuiu aleatoriamente em torno de 10 páginas com dados transcritos, solicitando que ao fazerem a leitura, se detivessem no conteúdo das falas, avaliando a veracidade das mesmas, conforme seus relatos, lembrando sempre dos objetivos do estudo.

Ao final da leitura, as seis participantes desse encontro, espontaneamente, expressaram suas avaliações sobre as falas transcritas e o prazer que sentiram ao participarem do Grupo Focal deste estudo.

Encerrando o estudo, a pesquisadora comentou sobre a existência do material bibliográfico elaborado pelo Ministério da Saúde: **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica e a Resolução COFEN 311/2007 – (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem). As participantes solicitaram o envio dos materiais por e-mail. Por fim, a pesquisadora agradeceu a participação e o envolvimento de cada uma das enfermeiras, propondo-se assim que possível, apresentar coletivamente os resultados do estudo ao Secretário Municipal da Saúde e demais profissionais.

5.5 REGISTRO DOS DADOS COLETADOS

Conforme previsto no projeto, os três momentos do Grupo Focal foram filmados e gravados. Esta filmagem teve como objetivo a captação das expressões não verbais, embora, em apenas um dos momentos foram observadas expressões significativas para o estudo. As gravações foram integralmente transcritas pela aluna de enfermagem que esteve presente em todos os encontros, auxiliando no que foi necessário: disposição da filmadora e do gravador para melhor captação de imagem e som, bem como, observação e anotação de fatos alheios à filmagem e gravação.

Após cada encontro, todas as falas gravadas foram transcritas e lidas, objetivando retomada de dúvidas e pendências do encontro anterior, uma vez que a pesquisa qualitativa permite a flexibilidade na busca de informações, retomando-as quando necessário (MINAYO, 2007).

Antes do encontro da validação dos dados, a pesquisadora fez mais uma leitura de todo o conteúdo transcrito, ouvindo simultaneamente as gravações, ajustando a escrita, acrescentando reticências e realizando uma correção ortográfica.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Quando o pesquisador tem familiaridade com o objeto de estudo, há uma forte tendência à interpretação espontânea e literal dos dados obtidos: “ilusão da transparência”, como se a realidade se apresentasse nitidamente aos olhos do observador (BOURDIEU apud MINAYO 2007, p. 299). Todavia, para Minayo (2007, p. 299), “[...] analisar, compreender e interpretar um material qualitativo é, em primeiro lugar, proceder a uma superação da sociologia ingênua e do empirismo, visando a penetrar nos significados que os atores sociais compartilham na vivência de sua realidade”.

A utilização de métodos e instrumentos na análise de dados possibilita ao pesquisador trilhar caminhos mediadores para o alcance de respostas aprofundadas à pergunta central do estudo e às demais perguntas, construídas a partir do encontro do objeto empírico ou documental (MINAYO, 2007).

A análise dos dados, observando-se os preceitos teórico-filosófico e metodológico da pesquisa de abordagem qualitativa, iniciou-se simultaneamente com o primeiro encontro do Grupo Focal e foi concluída após o término da coleta de dados, utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre e Teixeira (2000).

Segundo Lefèvre, Lefèvre (2005, p. 19), o Discurso do Sujeito Coletivo é a representação reconstruída, “[...] com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”. (itálico dos autores). Ainda, segundo Lefèvre; Lefèvre (2005, p. 13),

Quando se busca, por meio de uma pesquisa social empírica, resgatar o pensamento³⁷ de uma *coletividade* sobre um tema, é preciso considerar que o pensamento ou opinião dos *indivíduos* que compõem essa coletividade só podem ser vistos, legitimamente, como um depoimento discursivo, entendendo-se como tal na manifestação lingüística de um posicionamento diante de um dado tema, composto por uma idéia central e seus respectivos conteúdos e argumentos.

Ora, se esse pensamento dos indivíduos, considerado isoladamente, é um discurso, o pensamento de uma coletividade deveria também ser visto como um discurso. (nota e itálico do próprio autor)

O conjunto de discursos verbais emitidos por membros de um grupo ou população, ao serem indagados com perguntas de cunho qualitativo, corresponde a um pensamento discursivo desencadeado e manifestado pela forma de pensamento do grupo ou população sobre o tema indagado. Portanto, é por meio do discurso coletivo que uma população procura expressar, o mais fielmente possível, o seu pensamento sobre o tema (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000).

Os autores, Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000, p. 17-18), simplificadamente, definem as representações sociais “como um conhecimento muito próximo da ação cotidiana e que tem a função de guiar, orientar, justificar essa ação.” Portanto, pode-se entender que as representações sociais são as expressões do que pensa ou percebe determinado grupo ou população. Assim, “o discurso da realidade se refere ao momento descritivo da pesquisa qualitativa e abre espaço para o discurso sobre a realidade no seu momento interpretativo.” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 32).

Utilizando as quatro ferramentas propostas na técnica do DSC, procedeu-se a análise dos dados:

1ª Ferramenta – Análise, seleção e agrupamento das Expressões-Chave (ECH): São partes, trechos do discurso ou até mesmo descrições literais (quando se trata de depoimentos), que revelam a

³⁷ Ou os valores, as crenças, as representações, enfim, várias formas de que se reveste o sentido atribuído pelos atores sociais aos eventos que cercam a vida deles.

essência do conteúdo discursivo, correspondendo geralmente às respostas das questões de pesquisa. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Neste momento, todas as informações transcritas foram lidas selecionando-se as falas que continham informações significativas – expressões chave –, relacionadas às questões de pesquisa.

2ª Ferramenta – Análise e agrupamento das Idéias Centrais (IC)/Categorias: Revelam e descrevem, sinteticamente, com maior precisão e fidedignidade possível, “[...] o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECH [...]”, que irão gerar o Discurso do Sujeito Coletivo. As ICs, “[...] podem ser resgatadas através de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando *o que foi dito* ou através de descrições indiretas ou mediadas, que revelam o tema do depoimento ou *sobre o que* o sujeito enunciador está falando”. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005, p. 17).

Dando seqüência à análise dos dados, nas falas selecionadas anteriormente, minuciosamente, foram selecionadas, resgatadas e agrupadas às descrições diretas que revelavam, em seu sentido, idéias centrais.

3ª Ferramenta – Análise das Ancoragens presentes nas Expressões Chave: Algumas expressões chave estão fundamentadas em uma teoria, ou ideologia, ou crença, ou valor, correspondentes, metodologicamente, “[...] a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (AC), [...]”, pois, na grande maioria, o discurso é “[...] alicerçado em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses”. (*ibid.*, p. 17-18).

A análise e agrupamento das expressões chave que apresentavam ancoragens, foi feito simultaneamente ao resgate e agrupamento das idéias centrais.

4ª Ferramenta – Construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC: É a elaboração de sínteses a partir de trechos dos discursos, objetivando expressar a representação social do fenômeno em questão. Deve-se redigir em primeira pessoa do singular, sendo composto por expressões-chave que tem a mesma idéia central ou ancoragem (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Os DSCs, enquanto representações sociais do objeto de estudo, foram reconstituídos, na forma discursiva, pela a união das idéias centrais agrupadas e das principais ancoragens presentes nas expressões centrais, pois para Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 20), é na junção das “peças” que se construir os DSCs.

Durante a reconstituição dos discursos foram considerados os princípios propostos na configuração metodológica da estratégia:

Coerência: a reunião das partes como um todo, com coerência e nexos;

Posicionamento próprio: por se tratar de um discurso, o mesmo expressa um posicionamento próprio, distinto, original e específico ao tema pesquisado.

Tipos de distinção entre os DSCs: segundo Lefèvre e Lefèvre, essa distinção se faz necessária quando há o interesse do pesquisador em apresentar resultados mais detalhados ou genéricos das respostas, apresentando os discursos complementares, ou contraditórios, ou incoerentes. Esse propósito foi de interesse da pesquisadora, a qual apresenta discursos distintos construídos na forma de sub-categorias, levantadas a partir de diferentes contextos das idéias centrais/categorias;

Artificialidade natural: os discursos coletivo foram construídos e são apresentados na forma pessoal, embora se trate de uma construção artificial, onde foram eliminadas as particularidades, narrando-os na forma de texto claro e coerente.

Dando continuidade à análise dos dados, de posse dos Discursos do Sujeito Coletivo, passa-se à etapa de discussão dos resultados encontrados – fundamentações empíricas e ou teóricas –, discussão essa, apresentada nos dois artigos construídos a partir do desenvolvimento deste estudo.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Durante todas as etapas de elaboração e execução deste estudo, os aspectos éticos da pesquisa foram delineados, considerados e respeitados conforme os preceitos recomendados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS) – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos –, e nos moldes do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN 311/2007), observando-se entre outros aspectos, prioritariamente, os quatro princípios éticos universais: beneficência (isenção de dano e exploração); não-maleficência (abster-se intencionalmente de realizar ações que possam causar danos ou prejudicar outras pessoas); respeito à dignidade humana (direito à autodeterminação e o direito à revelação completa, consentimento autorizado); justiça (direito a tratamento justo e direito à privacidade).

O projeto deste estudo foi submetido à qualificação e aprovação de uma banca examinadora e, de acordo com o proposto na resolução 196/96, também, ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC (anexo I).

Às participantes, algumas contatadas ainda durante a elaboração do projeto, foi apresentado a síntese deste estudo, salientando-se, principalmente, os objetivos e as estratégias metodológicas a serem utilizadas no desenvolvimento do projeto e, posteriormente, na etapa de coleta dos dados, na presença de todas as participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice I) foi lido e explicado, sempre deixando claro a preservação do seu anonimato e a possibilidade de desistir a qualquer momento de fazer parte da pesquisa. Após esses esclarecimentos, o Termo foi assinado, individualmente, por todas as participantes, ficando uma cópia para a pesquisadora e outra para cada sujeito participante. Também, de acordo com o previsto no TCLE, foi autorizada a gravação das falas e de imagens do grupo durante os momentos de coleta dos dados, ressaltando-se o uso exclusivo para este estudo.

A utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo Figueroa-Perea (1999), objetiva a proteção para a pessoa que investiga ou intervém e, para os sujeitos investigados, o apoio na compreensão do que está se expondo, pois, um consentimento informado em seu propósito deve ser compreensível, gerando um significado à pessoa. O participante, ao assinar o termo de consentimento expressa que teve a oportunidade de não ter aceitado as condições contidas no Termo, demonstrando, portanto, que fez uma escolha esclarecida e livre de coação. A exposição do TCLE pelo investigador ao sujeitos participantes, não se trata de uma tentativa de sedução e convencimento, trata-se, sim, de um processo de informação e compreensão da proposta e das opções claras que o sujeito tem – participar ou não e desistir a qualquer momento.

Considerando-se que este estudo foi desenvolvido com profissionais enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó/SC, onde elas, por três períodos matinais de horário de trabalho, se ausentaram para participar da coleta de dados, houve a necessidade da apresentação e do parecer favorável ao desenvolvimento do estudo pelo Secretário Municipal da Saúde (Apêndice II).

Ainda, observando-se os aspectos éticos da pesquisa, as participantes tiveram acesso a todos os dados coletados, as quais leram na íntegra, validando as informações obtidas pela pesquisadora.

5.8 VALIDAÇÃO DO ESTUDO

A validação do estudo deve ser considerada em estudos científicos, principalmente nas pesquisas de abordagem qualitativa, pela sua recente disseminação e natureza – valorizar as experiências humanas, os significados a elas atribuídos e as suas representações –, exigindo do pesquisador a adoção e a demonstração da preocupação com o rigor na condução da sua investigação ao observar os seguintes critérios, de acordo Lincoln & Guba citado por Alves-Mazzotti; Gewandszajder (1999, p.171-172):

a) credibilidade (os resultados e interpretações feitas pelo pesquisador são plausíveis para os sujeitos envolvidos?); b) transferibilidade (os resultados do estudo podem ser transferidos para outros contextos ou para o mesmo contexto em outras épocas?); c) consistência (os resultados obtidos têm estabilidade no tempo?) e d) confirmabilidade (os resultados obtidos são confirmáveis?).

O critério da **credibilidade** num estudo qualitativo indica a veracidade quando as descrições e interpretações são fiéis a uma experiência humana, a ponto das pessoas que vivenciaram as mesmas experiências reconhecerem como suas as descrições e interpretações. E, as pessoas que somente lerem o estudo, ao vivenciarem tais experiências, também se reconhecerem no estudo lido (SANDELOWSKI, 1986). Neste estudo buscou-se alcançar este critério ao se adotar a estratégia da “dramatização”, sensibilizando e motivando as participantes a expressarem as representações pautadas em suas vivências, oportunizando dados fiéis para a descrição e interpretação do objeto de estudo, a ponto de contribuir, muito provavelmente, no auto-reconhecimento dos futuros leitores. Também foi adotada, para o alcance deste critério, a validação dos dados pelas participantes do estudo, as quais, ao lerem as transcrições, mesmo sem estar identificando as autoras das falas, reconheceram-se com facilidade nas informações contidas.

Já o critério da **transferibilidade ou aplicabilidade** está presente quando os seus achados são significativos, aplicáveis e adequáveis a outras experiências, num outro contexto externo à situação de estudo (SANDELOWSKI, 1986; ALVES-MAZZOTTI e

GEWANDSNDJER, 1999). O objeto investigado neste estudo é marcado pela subjetividade, e seus achados, embora significativos, muito provavelmente serão aplicáveis e adequáveis somente em experiências e contexto semelhantes, por se tratar de uma investigação onde a temática, por si só, traz singularidades específicas.

A **consistência** refere-se à estabilidade dos achados no tempo e na sua consistência se a investigação for reaplicada aos mesmos sujeitos ou com sujeitos em um contexto similar. Observa-se que nesse critério, na pesquisa qualitativa, pela ênfase dada às singularidades e importância das variações nas experiências humanas, achados variados podem ser esperados (MORSE e FIELD, 1995; SANDELOWSKI, 1986). Diante dessa especificidade da pesquisa qualitativa, como critério de rigor e mérito, na consistência dos achados é indicada a utilização da **auditabilidade**: descrição, explanação ou justificação de como o pesquisador interessou-se pela questão de estudo; como é vista a questão pelo pesquisador; objetivo específico do estudo; quais os critérios de inclusão dos sujeitos no estudo e como esses foram abordados; impactos de uns sobre os outros – sujeitos e pesquisador –; como aconteceu a coleta de dados, quanto tempo demorou e em qual ambiente os dados foram coletados; como os dados foram organizados para a análise; como ocorreu a ponderação dos vários elementos dos dados; seleção das categorias para conter os dados; técnicas determinantes para a credibilidade e a aplicabilidade dos achados. Segundo Sandelowski (1986), a utilização da auditabilidade viabilizará a adoção, por outro pesquisador, do mesmo caminho percorrido para as decisões, num outro estudo.

No que se refere à consistência e a auditabilidade neste estudo, respectivamente, se a investigação for reaplicada aos mesmos sujeitos na contemporaneidade, certamente os achados serão similares. No entanto, como a temática investigada vem atrelada a questões culturais, morais, religiosas e legais, muito provavelmente, ao longo do tempo, achados diferentes poderão ser encontrados, principalmente se houver mudanças nas questões legais sobre o objeto deste estudo. Já com relação à auditabilidade, detalhadamente, neste estudo, há a descrição e justificativa de todas as decisões e percurso adotado pela pesquisadora no desenvolvimento da pesquisa, possibilitando achados semelhantes em outros estudos que adotarem as mesmas decisões envolvendo sujeitos em contexto similar a esta pesquisa.

Por fim, com relação ao critério da confirmabilidade dos resultados, por se tratar de uma alternativa a ser adotada na pesquisa tradicional, referindo-se à redução de vieses nos procedimentos e

resultados, pode-se dizer que muito pouco se aplica nesta pesquisa de abordagem qualitativa.

6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados são discutidos e apresentados nos seguintes artigos:

**‘QUE ‘VIDA’ PRESERVAR?’
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE ABORTAMENTO/ABORTO**

Este artigo foi construído a partir dos resultados do objetivo específico: **Levantar as percepções e as significações das enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto inseguro.** O mesmo será submetido à Revista – Estudos Feministas/ Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Centro de Comunicação e Expressão. Florianópolis: UFSC.

**‘E ELA É ABANDONADA...’
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE ABORTAMENTO/ABORTO**

Artigo referente aos resultados do objetivo específico: Identificar como essas profissionais desenvolvem a prática de cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro. O mesmo será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da USP.

6.1 ARTIGO

‘QUE ‘VIDA’ PRESERVAR?’ REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE ABORTAMENTO/ABORTO³⁸

Carmen Luiza Hoffmann Mortari³⁹, Jussara Gue Martini⁴⁰

Resumo

O objetivo deste artigo é relatar como a problemática do abortamento/aborto inseguro é representada por enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde, no município de Chapecó/SC. É uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados de julho a setembro de 2009, através de “Grupo Focal”, constituído por oito enfermeiras. A análise dos dados utilizou o método do Discurso do Sujeito Coletivo. A oportunidade de debater a temática possibilitou reflexões e entendimentos sobre os posicionamentos profissionais, as quais, de acordo com as concepções – religiosa, familiar e formação profissional –, devem buscar a manutenção da vida,

³⁸ Artigo elaborado a partir dos resultados da dissertação, intitulada “**Abortamento/aborto:** Representações sociais de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde.” Mestrado em enfermagem – MINTER Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO e Associadas, 2010.

³⁹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Área de concentração: Filosofia, saúde e sociedade. Enfermeira especialista em Saúde Pública. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS e Grupo de Estudos e Pesquisas de Gênero Fogueira – UNOCHAPECO.

⁴⁰ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS. Orientadora de estudo.

Correspondência: Carmen Luiza Hoffmann Mortari. Rua Montevidéu, 1242 E – Bairro Presidente Médici. CEP 89.801-331 – Chapecó/SC. Fone: (49) 3322 1235, (49) 9911 2677. E-mail: carmenlhm@brturbo.com.br

questionando-se *'que 'vida' preservar? Se a criança que não é abortada, pode ser 'abortada em vida, a criança vivendo na miséria' e a mãe o inferno'*. Havendo o entendimento de que, quando há interferências contrárias ao desejo da mulher, conseqüentemente, há *'responsabilidades para com as crianças que não foram abortadas e vivem na condição de mortas vivas'*.

Palavras chave: abortamento/aborto; representações; enfermeiras; atenção básica.

**'WHAT' LIFE 'PRESERVE?
SOCIAL REPRESENTATIONS OF NURSES OF PRIMARY
HEALTH ON ABORTING /ABORTION**

Abstract

The aim of this paper is to report how the issue of abortion /unsafe abortion is represented by the nurses who work in primary health care in the city of Chapecó/SC. This is a qualitative, exploratory and descriptive research based on the theory of Social Representations. Data were collected from July to September of 2009, by "Focus Group", consisting of eight nurses. The data analysis used the method of the collective subject discourse. The opportunity to discuss the issue enabled considerations and understandings of the professional positions, which, in accordance with the ideas - religious, family and professional training - should look for the maintenance of life, questioning the *'what' life 'preserve? If the child is not aborted, can be 'aborted alive, children living in poverty' and the mother living in hell'*. Understanding that when there is interference contrary to the desire of women, therefore, there's *'responsibilities to the children who were not aborted and live in the condition of living dead'*.

Key words: aborting /abortion; representations, nurses, primary health care.

INTRODUÇÃO

O aborto⁴¹ é uma realidade presente em nossa sociedade, uma temática interdita, um desafio complexo para os profissionais da saúde, uma situação trágica que envolve questões de vida ou morte: “vida e morte biológica de um futuro ser humano; vida ou morte existencial de sonhos, projetos e aspirações; vida ou morte em todos os seus sentidos de milhões de mulheres em função de seqüelas causadas pelo aborto clandestino”.⁴²

Esse tema traz múltiplas interpretações, representa interesses diversos para as instituições sociais, não existindo uma posição consensual sobre essa questão. É um tema ‘tabu’, sussurrado pelos corredores, quase nunca discutido no cerne da família ou da escola e entre os profissionais que dão assistência à saúde. No entanto, essa realidade de vida ou morte pressiona o debate sobre o aborto no Congresso Nacional, no Sistema Judiciário, no Executivo, na sociedade civil por meio de movimento de mulheres e nas I e II Conferências de Políticas Públicas para as mulheres, exigindo a descriminalização do aborto⁴³.

A problemática que envolve o abortamento⁴⁴/aborto⁴⁵ adquire relevância política quando ultrapassa as fronteiras do universo privado, da vida individual e passa a integrar a agenda da vida política do país, assim como de fóruns nacionais e internacionais. Pois, de acordo com José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, o aborto é uma questão de saúde pública e precisa ser enfrentado pela sociedade e pelo Congresso Nacional⁴⁶. Isso remete o discurso para além da moralidade e da legalidade, liberando o debate nos espaços dos serviços de saúde, entre gestores e profissionais, não somente no âmbito hospitalar, mas também na Atenção Básica à Saúde.

As questões de vida ou morte, questões morais, religiosas e éticas que permeiam a temática, se fazem presentes na abordagem profissional, uma vez que a assistência às mulheres em situação de

⁴¹ *Aborto* é o produto da concepção eliminado no abortamento (BRASIL, 2005, p. 22).

⁴² VASCONCELOS, Márcia, 2004, p. 97.

⁴³ BRASIL, 2006.

⁴⁴ *Abortamento* é a interrupção da gravidez até a 20^a-22^a semana e com o produto da concepção pesando menos de 500g (BRASIL, 2005, p.22).

⁴⁵ Neste estudo optou-se por utilizar as palavras “abortamento/aborto”, por entender que a palavra “abortamento” expressa mais as questões que envolvem a temática. A palavra “aborto”, como definição, corresponde ao produto da concepção eliminada.

⁴⁶ DINIZ, Débora, 2007.

abortamento/aborto inseguro⁴⁷ acontece sob a ótica da concepção de um crime, sem referência aos direitos reprodutivos e às questões da problemática da clandestinidade e do social.⁴⁸

A relação entre a Atenção Básica à Saúde e o tema abortamento/aborto ocorre por ser normalmente a porta de entrada dos usuários, aqui em questão, das mulheres usuárias⁴⁹ do Sistema Único de Saúde (SUS). Mulheres essas, que, por diversos motivos, são assistidas, seja por promoção, prevenção ou recuperação da saúde, ampliando significativamente o convívio nesse serviço, o que pode gerar a liberdade para expressar sentimentos e desejos aos profissionais que lhes assistem.

Essa observação é argumentada a partir da experiência profissional vivenciada pela autora deste estudo, durante o período de 1998 a 2002, no exercício da profissão junto à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, na atividade de enfermeira assistencialista e de coordenadora de uma Policlínica de Saúde, assim denominada na época. Nessa ocasião o vínculo profissional com usuários e usuárias cresceu positivamente, demonstrado por meio de atitudes de confiança e de trocas, o que acontecia durante a consulta de enfermagem, havendo momentos em que a mulher usuária tinha, a liberdade de expressar seus mais íntimos desejos e angústias.

Durante o cadastramento de uma gestante no Programa de Pré-Natal, uma usuária teve a liberdade de comentar sobre a intenção de praticar o aborto. Diante de tal comentário, foram necessários alguns segundos refletindo sobre o que falar. A única fala que ocorreu naquele momento foi: – “Isso não é comigo e nem com o Serviço de Saúde”. Após alguns dias, a usuária retornou comentando que utilizara “Cytotec®”⁵⁰, e que não estaria dando certo.

Com essa experiência incomum, foi possível perceber que há falta de preparo pessoal e profissional para tal situação, vindo à tona

⁴⁷ *Aborto inseguro* é “um procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizada por pessoas sem as devidas habilidades ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos ou ambos” (Organização Mundial de Saúde, 1992).

⁴⁸ SOARES, Gilberta S., 2003.

⁴⁹ **Mulheres usuárias:** se refere às mulheres que procuram o serviço de saúde e são atendidas nas unidades básicas de saúde, também denominadas de centros de saúde de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁵⁰ **Cytotec** é um dos nomes comerciais do misoprostol, uma substância abortiva. Esse medicamento entrou no mercado brasileiro em 1986 para o tratamento de úlcera gástrica, e desde 1998, seu uso é restrito no ambiente hospitalar, servindo para induzir o parto em mulheres com dificuldades para ter dilatação e para expulsar fetos presos no útero após abortos naturais (BRASIL, 2009, p. 35).

vários questionamentos: Qual é o entendimento das enfermeiras⁵¹ sobre a prática do abortamento/aborto inseguro? Que preparo se tem como profissional, para dar o devido encaminhamento nas questões relacionadas ao abortamento/aborto inseguro?

Buscando respostas a esses questionamentos, constatou-se que o Ministério da Saúde no ano de 2005, elaborou a norma técnica sobre a humanização do abortamento, levando em conta a definição dos direitos reprodutivos definidos na Conferência de Beijing:

Os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos que incluem o direito de toda pessoa ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária.⁵²

Essa norma técnica, **Atenção Humanizada ao Abortamento**, foi elaborada com o objetivo de garantir os direitos sexuais e reprodutivos, na qual se explicitam orientações para apoiar profissionais e serviços de saúde, introduzindo novas abordagens no acolhimento e na atenção para as mulheres nas questões relacionadas especificamente ao abortamento. A norma traz, claramente aos profissionais de saúde, a proposta de acolhimento e de atenção humanizada a assistência à mulher, procurando estabelecer a confiança, sem julgamento e discriminação, deixando de lado os preceitos morais e religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de decisão⁵³.

Ainda não satisfeita com as informações contidas nessa norma, mais uma vez, buscando literaturas, foram encontradas informações, na maioria, sob o ponto de vista das mulheres na assistência prestada pelos profissionais nas situações de abortamento/aborto. Existindo uma lacuna, acerca das significações e percepções de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto inseguro. E, objetivando preencher essa lacuna, este estudo foi desenvolvido com a seguinte

⁵¹ Adotada-se a designação “enfermeira (as)” porque a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino.

⁵² BRASIL, 2005 a, p. 11.

⁵³ BRASIL, 2005 a

pergunta de pesquisa: **Como a problemática do abortamento/aborto inseguro é representada pelas enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó/SC?**

A sustentabilidade de um estudo científico está diretamente relacionada à adoção de um Referencial Teórico ou Conceitual adequado, para o alcance do objeto de estudo⁵⁴. E, por se tratar de um estudo que **objetivou conhecer as representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto inseguro**, foi adotado como referencial teórico-metodológico, a Teoria das Representações Sociais (TRS), criada por Serge Moscovici, em 1961, na França, por meio da publicação da obra *“La Psychanalyse, son image son public.”*

De acordo com as Ciências Sociais, as representações se concretizam a partir das experiências da ação humana e, sob essa óptica, nos últimos anos, tem-se utilizado consideravelmente a Teoria das Representações Sociais em pesquisas qualitativas na área da enfermagem^{55,56}.

A atual prática do cuidado em saúde, inserida nas Ciências Sociais, contempla um novo olhar o processo saúde/doença, situando e contextualizando o indivíduo na sua integralidade, pertencente a um meio cultural e social.

Pesquisar as representações sociais em saúde/doença, sob essa óptica, possibilita estudos científicos mais criativos, envolvendo os sujeitos – cuidados e cuidadores –⁵⁷, considerando respectivamente, as representações sobre o processo saúde/doença e sobre o processo de cuidar, enquanto indivíduo ou grupo cuidador.¹⁹

Destaca-se neste estudo, que para a análise dos resultados, foi imprescindível o posicionamento da pesquisadora, considerando-se que, é na relação do pesquisador com o objeto de estudo, que se constrói a interpretação e a análise do material empírico, assim como todo o processo metodológico. No momento em que a pesquisadora identifica a sua posição, ela está em condição de respeitar e compreender os diferentes e complexos posicionamentos que permeiam a problemática estudada. Falando então deste posicionamento, considera-se a interrupção voluntária da gravidez como um ato relativo à autonomia

⁵⁴ SANTOS, Iraci S.; CLOS, Araci C., 1998.

⁵⁵ MINAYO, Maria C. 2007

⁵⁶ CASCAIS, Ana F.; MARTINI, Jussara G.; ALMEIDA, Paulo J., 2007.

⁵⁷ Cuidadores: nesta situação específica, refere-se aos profissionais que por meio de seu conhecimento científico prestam cuidados às mulheres em situação de abortamento/aborto.

das mulheres, as quais podem tomar decisões éticas e responsáveis sobre a sua vida reprodutiva.

REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

TEÓRICO

Para Moscovici⁵⁸, “[...] em poucas palavras, a representação social é uma modalidade de conhecimento particular, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos”.

As representações sociais, na atualidade, correspondem à versão do senso comum que se origina na vida diária, por meio das comunicações interpessoais, nas quais são instituídos conceitos e explicações, equivalendo em nossa sociedade, aos mitos e aos princípios das crenças das sociedades tradicionais²¹.

As representações sociais fazem parte da nossa sociedade e da nossa cultura no cotidiano, estando impregnadas nas relações e comunicações sociais trocadas, por meio da observação, da análise e noções da linguagem, circulando, cruzando-se e se cristalizando nas falas e nos gestos²¹. Elas têm a função de categorizar ou convencionar e exercer força prescritiva, correspondendo e contribuindo *nos “processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais.”*²¹

Criadas pelas pessoas e grupos, as representações sociais adquirem vida própria no decorrer das interações humanas, são dinâmicas e estão sujeitas a substituições, pois, de acordo com Moscovici, elas “[...] ‘*circulam, se encontram, atraem-se e se repelem, e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto que velhas morrem*’”.²¹

Dois processos são fundamentais para a elaboração de uma representação social: a **objetivação** e a **amarração**, também denominada **ancoragem**. Observa-se, que a ancoragem, sempre e somente ocorre após o processo de objetivação. “Objetivar, corresponde a reabsorver um excesso de significações materializando-as (e adotando assim certa distância a seu respeito). [...] transplantar para o nível de observação o que era apenas inferência ou símbolo”.⁵⁹

Para Köche, o homem, para viver a sua existência, atribui significações para interpretar o mundo em que vive, criando, intelectualmente, representações significativas sobre a sua realidade,

⁵⁸ MOSCOVICI, Serge, 1978, p.26,44,77.

⁵⁹ MOSCOVICI, 1978, p. 111.

chamadas de conhecimento. E, “A forma mais usual que o homem utiliza para interpretar a si mesmo, o seu mundo e o universo como um todo, produzindo interpretações significativas, isto é, conhecimento, é a do senso comum, também chamado de conhecimento ordinário, comum ou empírico⁶⁰.”

Para Moscovici⁶¹, as representações do senso comum – o conhecimento popular –, oferecem acesso direto às representações sociais diárias e espontâneas, se tornam em representações científicas e autônomas. “São, até certo ponto, as representações sociais que combinam nossa capacidade de perceber, inferir, compreender o que vêm à nossa mente para dar sentido às coisas, ou para explicar a situação de alguém”. Porém, para Demo⁶², o senso comum, “[...] porque aceita sem discutir, ou melhor, porque não aplica ao conhecimento nele implicado suficiente sistematicidade questionadora”, não é científico, embora “[...] não representa algo desprezível, pois, na prática, é a maneira usual de ver a realidade”.

METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais.

A opção pela pesquisa do tipo exploratório descritivo, é fundamentada na inexistência de estudos com tal especificidade – **representações sociais de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o abortamento/aborto inseguro**. Esse tipo de pesquisa tem por finalidade auxiliar estudos posteriores, superando “o empirismo nas abordagens das questões sociais”, explorando e descrevendo um problema e situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços^{63,64}.

Para a obtenção de uma amostra qualitativa ideal, foi observado, entre outros critérios, no grupo de profissionais enfermeiras da Atenção Básica à Saúde da cidade de Chapecó/SC, as que continham o conjunto de experiências e expressões objetivadas, enquanto sujeitos sociais, detentoras dos atributos pretendidos na investigação, sobre as quais recaiu a pergunta central da pesquisa. Pois, de acordo com

⁶⁰ KOCHE, José C., 1997, p.93.

⁶¹ MOSCOVICI, 2003, p.201.

⁶² DEMO, Pedro, 1995, p.17.

⁶³ GIL, A.C, 1999.

⁶⁴ MINAYO, 2004, p. 33.

Rangel⁶⁵, a representação traz o conceito e o objeto, respectivamente, significado e significante e, a intimidade entre o sujeito e o objeto representado, se expressa na compreensão de que o sujeito representará o objeto a partir de suas experiências pessoais e interações sócio-grupais.

Nesse sentido, para a delimitação dos sujeitos participantes no estudo foram observados os seguintes critérios: ser enfermeira; ter vivenciado durante a assistência à saúde da mulher situações relacionadas ao abortamento/aborto inseguro, mais especificamente, ter-se defrontado com a situação de alguma mulher ter manifestado o interesse em praticar o aborto ou que tenha conhecimento do aborto provocado por uma gestante que estava sob seus cuidados profissionais; ter concordado em fazer parte do estudo como sujeito livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio da técnica de **“Grupo Focal”**. Técnica essa, que se constitui numa abordagem especificamente qualitativa para a obtenção das informações sobre o objeto de estudo, por meio [...] de conversa em grupos pequenos e homogêneos [...] sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um⁶⁶.”

A sua utilização foi pertinente por existir uma relação prévia entre a pesquisadora e os sujeitos participantes, pelo fato da pesquisadora ser também enfermeira e ter trabalhado, em outro momento, no mesmo espaço de serviço - Secretaria Municipal de Saúde do município de Chapecó/SC.

Estrategicamente, para sensibilizar e introduzir o Grupo Focal na discussão da temática, foi adotada a **“dramatização de uma vivência profissional, na situação de uma usuária ter referido a intenção de praticar o aborto”**. Pois, de acordo com Anastasiou e Alves⁶⁷, essa estratégia deve ser utilizada como mobilização para incentivar a visão e a discussão de uma realidade problemática, estimulando “a criatividade, a desinibição, a inventabilidade e a liberdade de expressão”, possibilitando aos participantes, “se colocarem imaginariamente” na situação do outro, trazendo-os à realidade social viva e espontânea, “para ser observada e analisada”.

O Grupo Focal foi constituído por oito enfermeiras, e os encontros para a coleta e validação dos dados ocorreram em três

⁶⁵ RANGEL, Mary, p.1993.

⁶⁶ MINAYO 2007, p.269.

⁶⁷ ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos.; ALVES, Leonir Pessate A., 2004, p.

momentos, de julho a setembro de 2009. No primeiro e segundo foram coletados os dados, e no terceiro, as participantes validaram os dados apresentados. Os encontros foram filmados e as falas foram gravadas. A filmagem objetivou a captação das expressões não verbais, sendo que, em apenas um momento, foram observadas expressões significativas.

Os dados foram trabalhados e analisados de acordo com a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), pois segundo Lefèvre, Lefèvre⁶⁸, o discurso traz maior clareza das representações sociais do objeto de estudo, enquanto “conjunto das representações que conforma um dado imaginário”. É a representação reconstruída, “[...] com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno”. (itálico dos autores).

O conjunto de discursos verbais emitidos por membros de um grupo ou população, ao serem indagados com perguntas de cunho qualitativo, corresponde a um pensamento discursivo desencadeado e manifestado pela forma de pensamento do grupo ou população sobre o tema indagado. Portanto, é através do discurso coletivo que uma população procura expressar, o mais fielmente possível, o seu pensamento sobre o tema⁶⁹.

Pode-se entender que as representações sociais, são as expressões do que pensa ou percebe determinado grupo ou população. Sendo assim, "o discurso da realidade se refere ao momento descritivo da pesquisa qualitativa e abre espaço para o discurso sobre a realidade no seu momento interpretativo^{70c}.

Seguindo os preceitos teórico-filosófico e metodológico da pesquisa de abordagem qualitativa, a análise dos dados iniciou-se simultaneamente ao primeiro encontro do Grupo Focal, concluindo-se ao término da coleta de dados. A análise foi realizada de acordo com as quatro ferramentas propostas na estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo: Análise, seleção e agrupamento das Expressões-Chave (ECH); Análise e agrupamento das Idéias Centrais (IC)/Categorias; Análise das Ancoragens presentes nas Expressões Chave; Construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC⁷¹.

Durante todo o desenvolvimento do estudo, foram garantidos os aspectos éticos da pesquisa: Aprovação pelo Comitê de Ética em

⁶⁸ LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcante, 2005, p.19.

⁶⁹ LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria.; TEIXEIRA, Jorge J, 2000.

⁷⁰ LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 32.

⁷¹ LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005.

Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)⁷², da Universidade Federal de Santa Catarina; Apresentação e aceite, pelos sujeitos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo, todos os dados foram analisados. Inicialmente agrupando-os de acordo com as idéias centrais, as quais foram categorizadas a seguir e, quando pertinente, sub-categorizadas. Buscou-se, também, durante todo esse processo de análise, as ancoragens das falas, quando presentes.

Vale ressaltar que, para sustentar a discussão dos resultados, é pertinente fazer uma breve retomada da Teoria das Representações Sociais, a qual, para Moscovici⁷³, a comunicação é a base das relações sociais e a fundamentação do senso comum. É por meio dela que o grupo cria a base de significância durante as conversações, compartilhando imagens e idéias aceitas mutuamente, consolidando o vínculo enraizado nesse senso. As experiências sociais, valores e crenças dos grupos socioculturais semelhantes ancoram o representado pelo grupo sobre a sua visão de mundo.

Após essa análise preliminar, as representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó/SC sobre o abortamento/aborto inseguro, estão expressas na forma de Discursos do Sujeito Coletivo, as quais são apresentadas a seguir:

Categoria 1 – O aborto é visto como crime por se tratar da interrupção de uma vida.

DSC – Saber que está grávida é uma felicidade e a palavra aborto já assusta. Interromper a vida de um ser humano que está vindo é uma loucura, é um crime. Não concordo com a prática do aborto. É preciso ter muita coragem para abortar, é uma vida que morre, independente da idade gestacional, porque já há vida desde a fecundação.

Ancoragem – Valores, Religião, Família e Formação Profissional.

DSC – A gente cresceu num ambiente onde o aborto é crime, é um conceito herdado da família. A mulher não ficará em paz pela a vida inteira, porque foi uma vida que tirou, uma vida que seria designada, reencarnada. Interrompeu-se um ciclo de

⁷² Certificado nº 159 – Florianópolis, 29 de junho de 2009.

⁷³ MOSCOVICI, 1978; 2003.

encarnações. A fé e a consciência trazem uma culpa permanente e profunda para a vida inteira. E a nossa formação profissional nos preparou, para a preservação da vida, princípio a ser almejado.

Categoria 2 – É egoísta a mulher que prioriza o seu problema em detrimento da criança.

DSC – A mãe que aborta pensando nos seus projetos atuais é egoísta. Ela é egoísta porque não pensa na criança, pensa em se livrar do peso.

Categoria 3 – Não é egoísta a mulher que prioriza a criança e opta pela adoção.

DSC – Se a mãe pensar na criança e não abortá-la, dando-a para a adoção, ela quer dar uma vida melhor para a futura criança. A coisa mais bonita que uma mãe pode fazer, se ela não pode criar, é dar para outra mãe criar. A mãe, ao pensar na criança, num ato de coragem e preocupação com as condições afetivas e econômicas, dar a criança para a adoção é a melhor saída.

Ancoragem das categorias 2 e 3 – A mulher dar a ‘vida’, ficando com a criança ou dando-a para adoção, cumpre o seu papel social bíblico.

DSC – Meu Deus! Foi Deus que te enviou esse filho pra seguir o teu futuro e te cuidar quando tu ficares velha. A dor e coragem da mãe em dar a criança para adoção, querendo dar uma vida melhor para essa futura criança, é a melhor saída para a mãe.

Categoria 4 – A mulher é a responsável pela sua decisão, é ela que interrompe a gravidez, ela que engravidou e que deve dar um jeito.

DSC – A mulher recebe orientações e métodos contraceptivos, sabe como se engravida e, num momento impensado não toma cuidado. Então, a decisão de abortar ou não deve ficar por sua conta. Ela sabe o que fez e o que faz. Eu não posso decidir por ela, mesmo porque não estarei na casa dela para cuidar e sustentar o filho que não é meu. A minha educação diz, que tenho que assumir o que eu fiz, por isso, ela vai ter que assumir de qualquer forma. Ajudar a decidir ou a abortar não é nosso trabalho. Nós continuaremos a dar a assistência que ela precisar, depois do aborto ou no Pré-Natal. A gente se omite no momento da

decisão dela, a responsabilidade é dela, a escolha foi dela. Não dá para adotarmos uma criança por mês.

Ancoragem – Responsabilidade pelos próprios atos – responsabilidade pelo que fez. Posicionamento descompromissado.

DSC – Cada qual deve assumir os seus atos e conseqüências e, como foi ela que engravidou, ela que assuma a sua responsabilidade, decidindo e assumindo o que vai fazer.

Categoria 5 – Não é egoísta a mulher que prioriza a criança e opta pelo aborto.

DSC – A mulher que, pela sua vivência, sabe que não vai dar conta de mais um filho e pensa no sofrimento da criança, na situação de miséria e pratica o aborto, não é egoísta. Nessa situação, não abortar é sim, egoísmo. É não pensar no futuro da criança. Criança esta, que, se tem alguma deficiência ou a família não quer, fica largada, sofrendo abusos e fome, numa família desestruturada. Pensar num filho envolve também, pensar nas condições favoráveis à vida: casa, estrutura, saúde, escola, educação, roupa e comida.

Ancoragem – Condições humanas mínimas para a sobrevivência.

DSC – Pensar em se ter um filho, implica em pensar também na existência de uma estrutura favorável para a sua vida.

Categoria 6 – Aborto Social: a morte pode ser em vida... aborto em vida...

DSC – O aborto envolve toda uma questão social e essa questão pesa muito. Pensando na criança que não foi abortada e que está aí cheia de problemas – desorientada, passando fome, com problemas psicológicos, devido a traumas e violências – quando eu me posiciono, penso na criança que não foi abortada, falta tudo para essa criança – família, comida, aconchego, carinho e colo. Isso é vida? Pensando na criança que convive na desestrutura familiar, morrendo aos poucos. Às vezes não fazer o aborto é deixar a criança morrer depois, porque a morte pode ser em vida, ela é abortada a vida inteira, só não teve o mecanismo.

Ancoragem – Acesso aos direitos humanos/ vida digna.

DSC – Para que um ser seja humano, tenha vida, não significa apenas estar em um corpo respirando. Significa também

ter acesso aos direitos humanos. Condição almejada por todos os seres.

Subcategoria 1 – A prática do aborto pode minimizar problemas sociais.

DSC Não temos nada para colocar com relação ao aborto, nem lado ruim nem lado bom, mas acho que o aborto às vezes, é a solução para o problema. As crianças que não são abortadas ficarão por aí, colocando em risco os nossos filhos, roubando celulares para trocar por “crack” e a mãe dessa criança, vivendo o inferno.

Subcategoria 2 – Quando nos posicionamos contra o aborto, a responsabilidade social com relação à criança também é nossa.

DSC – O nosso posicionamento contrário ao aborto gera responsabilidades pela situação social vivenciada pela criança. O que vai ser da criança que a gente se posicionou contra o aborto ontem? Hoje ela sofre seqüelas e amanhã vai ser um dependente químico, passando a furtar para suprir as suas necessidades.

Ancoragem da subcategoria 2 – Todos nós participamos e somos atores de uma sociedade.

DSC – Os acontecimentos e fatos presentes em uma sociedade, refletem os atos e encaminhamentos dados pelos diversos atores que compõe a sociedade.

Subcategoria 3 – Não existe um sistema que dê conta de acolher as crianças que não foram abortadas.

DSC – As fundações e os abrigos estão encharcados, e as crianças que não são abortadas ficam por aí, como mortas vivas. A morte pode ser viva. Se existisse um sistema que acolhesse a criança do pré-aborto, aquela que a mãe não fez o aborto, essa questão social estaria resolvida. Nas famílias acolhedoras, as crianças nunca sentem a casa como delas, pelo contrário, o local que se sentem em casa é na calçada e debaixo da ponte.

Categoria 7 – Discursos sobre a descriminalização do aborto.

Subcategoria 1: Preocupação de que a prática do aborto passe a ser usada como método anticoncepcional.

DSC – No Brasil, a descriminalização do aborto pode ser entendida, pela sociedade e pelas mulheres, por desinformação e praticidade, como método anticoncepcional, passando a ser usado de forma banal como recurso contraceptivo.

Subcategoria 2: A descriminalização do aborto pode ocultar situações de abuso sexual.

DSC – Com a descriminalização, nas situações de abuso sexual, o abusador, para se proteger e esconder o seu crime, obrigará a abusada a fazer o aborto.

Subcategoria 3: Concordância em descriminalizar o aborto.

DSC – Concordo com a descriminalização do aborto para que as mulheres que, por suas razões abortaram, não sejam mais consideradas, perante a lei, criminosas.

Categoria 8 – Experiências e situações pessoais geram diferentes percepções e significações sobre o abortamento/aborto.

DSC – As opiniões sobre o aborto dependem de cada situação e das experiências vivenciadas. Eu me posicionava contra o aborto porque eu sempre tive o sonho de estar grávida, mas agora entendo que a gente não pode decidir pela pessoa. Se a minha filha de 16 anos engravidasse, eu não sei o que faria, pois não seria a época dela ter um filho. Talvez, se eu tivesse ajudado a minha colega, ela não teria morrido devido a um aborto mal feito.

Categoria 9 – Discursos sobre a pílula do dia seguinte e o Dispositivo Intra-Uterino de cobre (DIU)⁷⁴

Subcategoria 1 – A pílula do dia seguinte e o DIU não são abortivos

DSC – Tanto a pílula do dia seguinte como o DIU não são abortivos. Se fossem, não seriam fornecidos nos serviços de saúde pelo governo, e nem seriam comercializados nas farmácias.

Subcategoria 2 – Se ocorrer o aborto pelo uso da pílula ou DIU, a mulher não fica com sentimento de culpa.

⁷⁴ A pílula do dia seguinte, denominada tecnicamente de anticoncepção de emergência, sobre o seu mecanismo de ação não há conhecimentos certos, mas parece que este tratamento provoca atraso na ovulação e um efeito no endométrio, neste caso, se por ventura já ter ocorrido a fecundação, o ovo poderá não se fixar no endométrio (camada uterina que permite o desenvolvimento da gravidez). O DIU, um artefato de cobre introduzido na cavidade uterina, com finalidade contraceptiva, é usado há milênios. O seu mecanismo de ação, entre outros, pode provocar o deslocamento do blastocisto mecanicamente, impedindo a implantação no endométrio, isso é, na permite a fixação do ovo (célula diplóide formada pela união do óvulo e espermatozoíde) no útero, acarretando a sua eliminação (FREITAS, Fernando *et al.* 2005, p. 222, 226).

DSC – Se forem abortivos, pelo fato da mulher não saber se estava grávida ou não, ela não vai ficar com peso na consciência e nem se sentir culpada.

Subcategoria 4 – Se ocorrer o aborto pelo uso da pílula ou DIU, esse, é um aborto legal.

DSC - Já que o uso da pílula e do DIU é permitido pelo governo e pela sociedade, se ocorrer um aborto, esse é um aborto legal. O que não é proibido pelo governo e pela sociedade, também é permitido por Deus.

DISCUSSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento propõe-se a aprofundar a análise dos resultados por meio das discussões e considerações que compõem o tecido da trama da temática aqui estudada.

Por entender que algumas das representações traduzem concepções e fundamentações que não divergem da maioria da sociedade, enquanto representações de pessoas culturalmente pertencentes ao contexto social que segue a tradição cristã e familiar, opta-se pela brevidade na discussão desses nuances. Aprofundando-se na discussão das representações que aparecem, aqui, como diferenciadas, fomentando novos olhares, discussões e considerações sobre a temática.

A representação de que a prática do aborto inseguro se trata de um ‘crime’, vem fundamentada na tradição cristã, familiar e na formação profissional, havendo o entendimento de que há vida desde a fecundação, sendo esta atribuída ao ‘dom divino’ e a ‘maternidade compulsória designada à mulher’, a qual, como cristã, deve seguir a tradição de gerar a vida que lhe foi designada, em detrimento da sua aceitação, optando, no máximo, por levar a gravidez até o final para doar a criança à outra mãe. Sendo essa, abençoada por Deus, por ter mantido a vida da criança – ‘*A coisa mais bonita de uma mãe fazer, se ela não pode criar, é dar para outra mãe criar.*’ Contrariamente a essas duas possibilidades, se a mulher optar pela prática do aborto, há o discurso de que a mesma, segundo a tradição cristã e a doutrina espírita, se culpará a vida inteira por ter tirado uma vida, interrompido o ciclo de reencarnação. Segundo Aguirre⁷⁵, o aborto provocado permanece condenado pela Igreja Católica em qualquer circunstância e momento da gestação, defendendo incondicionalmente o direito à vida, fazendo-se

⁷⁵ AGUIRRE, Luiz P., 2000, p. 13.

valer do significado literal da palavra “aborto” – “Não é por acaso que o verbo latino ‘*aboriri*’, de que deriva o substantivo ‘*abortus*’, significa também matar.”

Ainda, com relação ao entendimento da prática do aborto ser considerado ‘crime’, de acordo com a tradição familiar, a sua fundamentação também está ligada à tradição cristã, pois aos olhos desta, as mulheres devem ser fiéis ao seu papel maternal, mantendo sob seus olhos todos os filhos que lhe forem concebidos por Deus, constituindo uma família espelhada na tradicional família cristã – ‘José e Maria.’

Chama a atenção nesta relação, família e a prática do aborto, a percepção da responsabilidade das pessoas sobre os seus atos, sendo atribuído ao ambiente familiar, a concepção que embasa a seguinte representação – a *mulher é responsável pela sua decisão, é ela que interrompe a gravidez, ela que engravidou e que se vire* – uma vez que a mulher é orientada e tem acesso aos meios contraceptivos, e não toma cuidado, deve sim assumir a sua responsabilidade pelo ato impensado. Esse discurso nada tem haver com o ‘direito de autonomia da mulher de decidir sobre si e sobre a gestação’, cabendo a ela, unicamente, assumir ou dar a criança para a adoção, independentemente das condições que tem para gerar e criar a criança.

A formação profissional, ‘*que preparou para a preservação da vida, princípio a ser almejado*’, também citada como uma das fundamentações no entendimento do aborto provocado ser a representação de um ‘crime’, igualmente é fundamentada em sua base filosófica e teórica, na concepção da tradição cristã, da existência de vida desde a fecundação.

Atrelada à fundamentação profissional, surgem os seguintes discursos reflexivos e questionamentos: *O que é vida? Que ‘vida’ defender? Que vida deve-se preservar enquanto cuidadoras da saúde da mulher e da criança?* Respondendo a tais reflexões e questionamentos, aos olhos da representação sobre a prática do aborto, encontra-se o discurso de que a ‘*não prática do aborto*’ pode gerar, conforme denominado neste estudo, ‘*o aborto social: a morte pode ser em vida... aborto em vida...*’. Essa idéia central se sustenta no acesso das pessoas, aos direitos humanos e ao direito à vida digna. Direito não alcançado, quando a mulher gestante, sem condições mínimas de infra-estrutura, acaba optando por ter a criança, levando-a ou deixando-a ‘viver’ em condições sub-humanas, desencadeando toda uma situação para a ‘*morte em vida*’. E, como sustentação a essa concepção, aparece a representação sobre as responsabilidades da sociedade, aqui

representada pelas profissionais enfermeiras, que, ao se colocarem, mesmo que indiretamente, contrárias ao aborto, enquanto sociedade, devem assumir responsabilidades sobre as crianças *‘abortadas em vida’*, dando conta de suprir as suas necessidades, assumindo as conseqüências do seu posicionamento contrário ao *‘aborto social’*. O Estado, representante maior da nossa sociedade, legislando contrariamente à prática do aborto na livre decisão das mulheres, apesar das inúmeras ações de proteção a criança e ao adolescente, não dá *‘conta de acolher as crianças que não foram abortadas’* de modo a suprir as suas responsabilidades sociais criadas por esse posicionamento – *‘sendo a casa delas a calçada, ou debaixo da ponte. Essas crianças que não são abortadas vão ficar por aí’, colocando os nossos filhos e a sociedade em risco, roubando celulares para trocar por “crack” e a mãe dessa criança, vivendo o inferno’*. Sendo assim, a prática do aborto é compreendida, como uma das formas de minimizar problemas sociais relacionados, progressivamente, aos maus tratos, à *‘drogadição’*, aos furtos e latrocínios.

E, sob o olhar e reflexão do direito à vida digna, há o discurso de que a mulher, consciente da sua situação, *‘sabe que não vai dar conta de mais um filho e pensa no sofrimento da criança na situação de miséria e aborta, não é egoísta’* priorizando a criança ao praticar o aborto. Esse discurso remete ao tratado na Conferência Internacional da ONU sobre Populações e Desenvolvimento (CIPD), 1994 e à IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995, que afirmam que os direitos sexuais e direitos reprodutivos estão inseridos nos direitos humanos fundamentais – direitos à saúde, educação, trabalho, igualdade, liberdade e inviolabilidade da intimidade.⁷⁶

Reforçando e sustentando essa concepção, sob a ótica da mulher que pensa ou decide pelo aborto, a Suprema Corte da Romênia e Escandinávia, na década de 1970, verbalizou o pensamento das mães quando a mulher não deseja ter um filho, havendo um leque de bons motivos que a faz crer não ser capaz “[...] de oferecer um lar apropriado à criação de uma criança saudável e produtiva”:

Ela pode ser solteira ou ter um mau casamento, achar que a sua vida é insustentável ou infeliz demais ou, ainda, que o álcool ou as drogas que consome são capazes de prejudicar a saúde do bebê. Talvez se considere demasiado jovem ou

⁷⁶ DIDES, C., Claudia, 2006.

pouco instruída. É possível até que queira ter filhos, mas não neste momento.⁷⁷

Segundo esses autores, em 1973, o desembargador de um dos estados da América do Norte, Harry Blackmun, relatou sobre o calvário da futura mãe, imposto pelo Estado, ao ser negado a opção do aborto:

A maternidade, ou uma prole adicional, pode gerar para a mulher uma vida e um futuro preocupantes. O dano psicológico pode ser eminente. A saúde física e emocional pode ser sobrecarregada pelos cuidados maternos. Existe um sofrimento, para todos os envolvidos, relacionado a um filho indesejado, além do problema de nascer uma criança em uma família já incapaz, em termos psicológicos e outros, de cuidar dela⁴⁵.

No que diz respeito aos discursos referentes à descriminalização do aborto, duas preocupações são enunciadas nos discursos: a prática do aborto ser adotada como método contraceptivo e, quando nos casos de abuso sexual ocorrer gravidez, o abusador ser liberado do seu crime ao lançar mão do aborto, não comprovando o ato criminoso. Há também o discurso no sentido literal da palavra: *‘concordo com a descriminalização do aborto para que as mulheres que, por suas razões abortaram, não sejam consideradas, perante a lei, criminosas’*.

Frente a essas representações, cabem basicamente duas ponderações: a) se mesmo diante do acesso a tantos métodos contraceptivos, há a preocupação da prática do aborto tornar-se método contraceptivo, julga-se necessário questionar a capacidade, mais uma vez do Estado, em suprir as deficiências educacionais de modo a possibilitar às mulheres gravidezes apenas desejáveis. Esse entendimento é preocupante, pois demonstra a fragilidade e inabilidade dos serviços de saúde e educacional em trabalhar e dar condições de mudanças nas formas de entendimento e postura das pessoas, de modo que suas vidas sejam fundamentadas nas suas responsabilidades, enquanto cidadãos de deveres e direitos; b) será que é tão fácil assim para as mulheres praticar o aborto, mesmo sem constituir crime aos

⁷⁷ LEVITT, Steven D.; DONOHUE, John, 2005, p. 139-140.

olhos da lei? Muito provavelmente não é fácil, pois segundo Aguirre⁷⁸, se mesmo com as legislações vigentes há vários anos em diversos países, a mulher continua praticando o aborto, isso mostra o quão encurralada e angustiada se encontra, a ponto de ignorar as conseqüências legais do seu ato e desconsiderar o risco de vida para sair de tal situação. As leis estão fadadas ao mínimo de sucesso e a mulher precisa resolver o que para si é problema. Ainda, conforme Aguirre⁷⁹:

Se a norma penal não tem a mínima eficácia, se não contribui para ajustar a realidade à dignidade humana, perde ela seu sentido. [...], se não se oferecem às condições mínimas que tornem humanamente possível o cumprimento de uma lei, não é desatino pensar que essa lei não obriga, é inválida não sendo difícil que quem exige sua aplicação ou pretende aplicá-la cometa uma injustiça e uma imoralidade.

Como a problemática do aborto vem permeada de várias questões ligadas a efetivas ações do Estado, principalmente educação, acesso aos métodos contraceptivos e combate à violência contra a mulher, especificamente o estupro, de nada adiantam leis punitivas, já que a base desta problemática está na inexistência e ou na ineficiência da educação em geral. A educação tem o poder de mudar efetivamente realidades amplas e específicas e, nesse caso, a melhorar a eficácia na prática do planejamento familiar, do uso dos direitos de acesso aos métodos contraceptivos e de defesas legais à situação de estupro.

Reforçando a relação – Estado e a problemática do aborto – , os discursos sobre o uso da pílula do dia seguinte e do DIU, dão conta ‘claramente’ de demonstrar o poder do Estado sobre as representações, enquanto representante maior de uma sociedade, o qual, por meio de seus atos e encaminhamentos, sustenta e valida aos sujeitos, novas concepções, tomando para si, o que, aos olhos desse, é permitido: *‘o uso da pílula e do DIU são permitidos pelo governo e pela sociedade, e, se ocorrer um aborto, é um aborto legal. O que não é proibido na sociedade, também é permitido por Deus.’* O Estado, embora laico⁸⁰, de

⁷⁸ AGUIRRE, 2000.

⁷⁹ AGUIRRE, 2000, p.55.

⁸⁰ LAICO: do latim laicus, é o mesmo que leigo, equivalente ao sentido secular, em oposição do bispo, ou religioso (SILVA apud QUEIROZ, 2006, p.?).

acordo com o discurso anterior, também exerce força na ressignificação das representações ancoradas na tradição cristã, entendendo-se que, esse, o Estado, é soberano à tradição cristã, a ponto de fundamentar novos entendimentos sobre as concepções religiosas.

Chama a atenção, o fato de que, em nenhum momento e discurso, o homem foi citado. Ora, em pleno século XXI, as mulheres, diante de muita luta, fizeram inúmeras conquistas, têm voz na sociedade, participam de decisões públicas e políticas e, ainda, com relação à participação do homem nas questões referentes à vida sexual e reprodutiva, o mesmo continua sendo ignorado e despercebido, livrando-se das suas responsabilidades. Ficando, portanto, tudo e tão somente para as mulheres, as conseqüências de uma gravidez indesejável. Muito embora, nos documentos que tratam dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, os homens são citados, entre outros aspectos, no seu efetivo envolvimento e co-responsabilidade nas questões referentes à vida sexual e reprodutiva.^{81,82}

É importante ressaltar que as experiências com o atendimento a crianças em situação de distúrbios psicoafetivos e com o fim trágico de um aborto inseguro, fundamentaram a ressignificação de alguns discursos. Sendo oportuno, lembrar que as ressignificações, que se converteram em representações sobre um dado objeto, estão fortemente relacionadas a experiências de vida, seja no campo pessoal ou profissional.

Com muita riqueza de argumentos, as colegas justificaram determinadas representações, reforçando a complexidade da temática. Não é simplesmente ser a favor ou contra, foram expressas várias significações de campos opostos. Por isso, conflitantes quanto a valores, crenças, sentido de vida, da missão no mundo, das responsabilidades, do sagrado e do profano, pois, aquilo que se crê com profunda fé é convencimento de que é o melhor para as mulheres. Isso permite a compreensão de como é difícil para as profissionais enfermeiras ‘responsáveis pelo cuidado da vida’ entender o significado da autonomia das mulheres, das desigualdades de gênero que demarcam a nossa cultura, da violência contra as mulheres e da relação de poder que o Estado e a Igreja exercem sobre as representações.

Vale ressaltar, que, neste estudo, a metodologia adotada na coleta de dados ‘Grupo Focal’, permitiu de maneira satisfatória e prazerosa o debate entre nós colegas, que interagimos, com muita ética,

⁸¹ DIDES, 2006.

⁸² BRASIL, 2005 b.

durante os três momentos do grupo, enriquecendo o conteúdo discutido, proporcionando, por várias vezes à pesquisadora, reconhecer-se nas falas e achados encontrados. Ao final dos encontros, expressaram, positivamente, a satisfação de terem participado do estudo, sugerindo a continuidade do grupo para debaterem outras temáticas conflitantes.

É pertinente, ao finalizar, comentar que o desenvolvimento deste estudo, possibilitou, além do alcance do objetivo proposto, o debate entre profissionais da saúde sobre um ‘tema problema da saúde pública’, oferecendo, às enfermeiras, momentos de reflexões e trocas sobre os diversos nuances que permeiam a prática do cuidado às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Luiz Pérez. Aspectos Religiosos do Aborto Induzido. Título original: Aspectos del Aborto Inducido, in Presencia Ecumênica, n. 51, abril-junio 1999, pp. 20-40 . Tradução de Adail Sobral. Editoração Eletrônica: Anita Ham. São Paulo, SP Publicações CDD, 2000.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pessate Alves. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** 3ª. Edição/ 2ª. Tiragem. – Joinville, SC: UNIVILLE, 2004.

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

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Relatório de Implementação – 2005.** Brasília: 2006, 116 p.

.CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **As Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e**

saúde. In. Rev Investigação em Enfermagem, n^o 16, p. 3-10, Agosto, 2007.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do Conhecimento:** metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DIDES C, Claudia. **Aportes al debate sobre el aborto en Chile:** Derechos, género y bioética. Acta bioeth., Santiago, v. 12, n. 2, 2006
Disponível em:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar 2009.

DINIZ, Débora. **Programa de Pós-graduação em Política Social.** Universidade de Brasília. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):1992-1993, set. 2007.

FREITAS, Fernando. **Rotinas em ginecologia.** 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006. 584 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica:** teoria da ciência e prática da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O Discurso do Sujeito Coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2.ed. Caxias do Sul,RS:Educs. 2005.

LEVITT, Steven D.; DONOHUE, John. **Onde foram parar todos os criminosos?** In: LEVITT, Steven D.; DUBNER, Stephen J. **Freakonomics: o lado oculto e inesperado de tudo que nos afeta: as revelações de um economista original e politicamente incorreto.** Tradução Regina Lyra. 11ª Reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p. 119.147.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8ª ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978, p 291.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais** : investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p 404.

RANGEL, Mary. A representação social como opção teórico-metodológica para a produção do conhecimento em didática. Caxambu: ANPED, 1993. Texto mimeografado.

SANTOS, Iraci dos Santos; CLOS, Araci Carmen. Pesquisa quantitativa e Metodologia. In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al (org.). **Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998, p 1-17.

SOARES, Gilberta Santos. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S399-S406, 2003.

VASCONCELOS, Márcia. **Corpo, sexualidade e aborto**: o jogo político de significações. In: Revista Grifos: Dossiê Gênero e Cidadania. Chapecó: Editora Argos, volume 16, maio/2004.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Brasil: UNFPA, 2004.

6.2 ARTIGO:

‘E ELA É ABANDONADA...’ REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE ABORTAMENTO/ABORTO*

Carmen Luiza Hoffmann Mortari^I, Jussara Gue Martini^{II}

Resumo

O artigo apresenta as Representações Sociais de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde sobre o cuidado às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro. Pesquisa qualitativa, tipo exploratória descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados através de “Grupo Focal”, constituído por oito enfermeiras do município de Chapecó/SC, e analisados segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos apontam que o cuidado é permeado por conflitos entre posicionar-se contra o aborto ou apoiar as mulheres, e/ou, manter-se na imparcialidade. A representação da *‘preservação da vida, como princípio almejado pela formação profissional e tradição cristã’*, desencadeia tentativas de evitar a interrupção da gravidez. Quando não obtém sucesso, as enfermeiras pelos limites profissionais, mesmo desejando ajudar a mulher a encontrar uma opção segura, a orientam a *‘ir pra casa pensar, deixando*

* Artigo elaborado a partir dos resultados da dissertação, intitulada “**Abortamento/aborto:** Representações Sociais das Enfermeiras da Atenção Básica da Saúde.” Mestrado em enfermagem – MINTER Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO e Associadas, 2010.

^I Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Área de concentração: filosofia, saúde e sociedade. Enfermeira especialista em Saúde Pública. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS e Grupo de Estudos e Pesquisas de Gênero Fogueira – UNOCHAPECO.

^{II} Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina UFSC. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina – NUPEQUIS. Orientadora do estudo.

Correspondência: Carmen Luiza Hoffmann Mortari. Rua Montevidéu, 1242 E – Bairro Presidente Médici. CEP 89.801-331 – Chapecó/SC. Fone: (49) 3322 1235, (49) 9911 2677. E-mail: carmenlhm@brturbo.com.br

claro que não é com ela a prática do aborto. Ficando a mulher abandonada...?.

Palavras chave: abortamento/aborto, prática do cuidado, enfermeiras, Atenção Básica à Saúde.

**'AND IT IS ABANDONED ...'
SOCIAL REPRESENTATIONS OF NURSES OF PRIMARY
CARE HEALTH ON ABORTING / ABORTION**

Abstract

The aim of this study is to report to the primary care nurses to develop health care for women having an abortion / unsafe abortion. This is a qualitative approach, an exploratory and descriptive type, based on the Theory of Social Representations. Data were collected using "Focus Group", consisting of eight nurses Chapecó / SC. The data analysis used the method of the Collective Subject Discourse. Speeches show that in those situations, the practice of care are permeated with conflicting stances against abortion and support to pregnant women and / or maintain the impartiality, leaving the responsibility of decision and action to them. The representation of the 'preservation of life, as a principle chosen in the training and the Christian tradition', attempts to avoid triggering the termination of pregnancy. . When there is no success in these attempts, some nurses are even willing to help the woman find a safe way out, by professional boundaries, by guiding them to 'go home and think about it, making it clear that is not her (the nurse) to practice abortion, and that the woman may be abandoned...

Key words: aborting/abortion, care practice, nurses, basic health care.

**'Y ELLA ES ABANDONADA'
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE ABORTO DE
ENFERMERAS QUE TRABAJAN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD**

Resumen

El objetivo de este artículo es relatar la manera como enfermeras que trabajan con la atención primaria de la salud, dan asistencia a las mujeres en situación de aborto inseguro. Esta es una investigación

cualitativa, tipo exploratoria descriptiva, fundamentada en la Teoría de las Representaciones Sociales. Los datos fueron recolectados a través del Grupo Focal formado por ocho enfermeras del municipio de Chapecó/SC, los cuales fueron analizados con el método: Discurso del Sujeto Colectivo. Los discursos muestran que, en esas situaciones, la práctica de la asistencia a las mujeres esta impregnada por posturas en conflicto: entre posicionarse contra el aborto o apoyar a las mujeres o mantener la imparcialidad. La representación: ‘ *preservación de la vida como principio deseado por la formación profesional y la tradición cristiana*’, llevan a tentativas de convencer a la mujer para no interrumpir el embarazo; cuando esto no ocurre, algunas enfermeras, aunque deseen ayudar a la mujer a encontrar una alternativa segura, por los propios límites de la profesión, apenas consiguen orientarla así: ‘ *ir para la casa a pensar, dejando claro que no es con ella (la enfermera) la práctica del aborto. Quedando la mujer abandonada...*’

Palabras clave: aborto, asistencia, enfermeras, atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

O aborto é uma realidade presente em nossa sociedade, uma temática interdita, um desafio complexo para os profissionais da saúde, uma situação trágica que envolve questões de vida ou morte: “Vida ou morte biológica de um futuro ser humano; vida ou morte existencial de sonhos, projetos e aspirações; vida ou morte em todos os sentidos, de milhões de mulheres, em consequência das seqüelas causadas pelo aborto clandestino”⁽¹⁾.

Esse tema traz múltiplas interpretações, representa interesses diversos para as instituições sociais, não existindo uma posição consensual sobre essa questão. É um tema ‘tabu’ sussurrado pelos corredores, quase nunca discutido no cerne da família ou da escola e entre os profissionais da saúde. No entanto, essa realidade de vida ou morte pressiona o debate sobre o aborto no Congresso Nacional, no Sistema Judiciário, no Executivo, na sociedade civil por meio do movimento de mulheres e nas I e II Conferências de Políticas Públicas para as mulheres, exigindo a descriminalização do aborto⁽²⁾.

As questões que envolvem o abortamento/aborto* adquirem relevância política quando ultrapassam as fronteiras do universo privado, da vida individual e passa a integrar agenda da vida política do país, assim como de fóruns de discussões nacionais e internacionais sobre os direitos sexuais e direitos reprodutivos.

A temática passa a ser discutida no cenário atual da saúde, pois, de acordo com José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, o aborto é uma questão de saúde pública e precisa ser enfrentada pela sociedade e pelo Congresso Nacional⁽³⁾. Isso remete o discurso para além da moralidade e da legalidade, liberando o debate nos espaços dos serviços de saúde, entre gestores e profissionais, não somente no âmbito hospitalar, mas também na Atenção Básica à Saúde.

Diante deste entendimento, o Ministério da Saúde, visando ampliar o conhecimento sobre o tema da Saúde da Mulher, nas questões referentes à gravidez na adolescência e ao aborto, em 18 de setembro de 2007, lançou edital promovendo pesquisas sobre essas temáticas⁽⁴⁾.

As profissionais enfermeiras** que atuam na Atenção Básica à Saúde, em função de ações da política nacional de saúde e dos programas de assistência, vêm ampliando significativamente os seus espaços de atuação no planejamento e no desenvolvimento de diversos programas e estratégias assistenciais.

Na abordagem profissional, esta é uma temática que suscita questões de vida ou morte, questões morais, religiosas, éticas, e a assistência, vem permeada pela concepção de um crime, sem referência aos direitos reprodutivos e às questões da problemática da clandestinidade e do social⁽⁵⁾.

A relação entre a Atenção Básica à Saúde e o tema abortamento/aborto ocorre por ser essa, normalmente, a porta de entrada dos usuários, aqui em questão, das mulheres usuárias, no Sistema Único de Saúde (SUS). Mulheres essas, que por diversos motivos, são assistidas na promoção, prevenção e ou recuperação da saúde, ampliando significativamente o seu convívio nesse serviço, podendo gerar a liberdade ou a confiança para expressarem sentimentos e desejos aos profissionais que lhes assistem.

*Neste estudo optou-se por utilizar as palavras “abortamento/aborto”, por entender que a palavra “abortamento” expressa mais as questões que envolvem a temática. A palavra “aborto”, como definição, corresponde ao produto da concepção eliminada.

** Adotada-se a designação “enfermeira (as)” porque a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino.

A experiência profissional vivenciada pela autora deste estudo, durante a atividade de enfermeira assistencialista e coordenadora de uma Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó/SC, provocou o desejo da investigação da temática relacionada ao cuidado de enfermagem. Nesse período, o vínculo profissional com usuários e usuárias cresceu positivamente, demonstrado nas atitudes de confiança e de troca durante o cuidado de enfermagem, havendo momentos em que a mulher usuária tinha a liberdade de expressar seus mais íntimos desejos e angústias. Pois, ao cadastrar uma gestante no Programa de Pré-natal, a usuária teve a liberdade de comentar sobre a sua intenção de praticar o aborto. Diante de tal comentário, foram necessários alguns segundos para refletir sobre o que falar. A única fala que ocorreu naquele momento foi: “ – Isso não é comigo e nem com o serviço de saúde”. Após alguns dias, a usuária retornou comentando que utilizara “Cytotec”*, mas que não estaria dando certo.

Com esse incidente, foi possível perceber a falta de preparo pessoal e profissional para tal situação, vindo à tona vários questionamentos sobre o preparo para encaminharmos as questões relacionadas ao abortamento/aborto inseguro.

Não somente para a autora deste estudo, mas provavelmente para muitos outros profissionais, surgem inquietações e angústias relacionadas às questões éticas, pelo fato do aborto inseguro ser considerado um crime pelo no Código Penal Brasileiro. Questões éticas que suscitam vários questionamentos: Cabe uma denúncia ao Poder Judiciário ou a outra instituição, uma vez que caracteriza crime? Quais os limites dos Códigos Éticos quando está em jogo a vida da mulher e mais uma vida em potencial? Que critérios éticos e direitos humanos são aplicáveis na atenção ao abortamento? O que se pode oferecer enquanto serviço de saúde? Deve-se questionar a mulher ao se obter um diagnóstico de gravidez se esta, foi decorrente de estupro ou não? Se a resposta for positiva, informá-la sobre os direitos legais? Quanto ao acesso aos serviços de assistência, nos casos legais – Interrupção voluntária da gravidez nas hipóteses de gravidez decorrente de estupro ou que implica em risco para a vida da gestante – informar onde são realizados?

* Cytotec é um dos nomes comerciais do misoprostol, uma substância abortiva. Esse medicamento entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento de úlcera gástrica, e desde 1998, seu uso é restrito no ambiente hospitalar, servindo para induzir o parto em mulheres com dificuldades para ter dilatação e para expulsar fetos presos no útero após abortos naturais.⁽⁶⁾

Buscando responder esses questionamentos, constatou-se que o Ministério da Saúde no ano de 2005, elaborou a norma técnica sobre a humanização do abortamento levando em conta a definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos definidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995. Essas conferências afirmaram que os direitos sexuais e dos direitos reprodutivos devem ser contemplados nos direitos humanos e, recomendaram aos Estados, atenção de qualidade a todas as pessoas, para que essas possam exercer tais direitos⁽⁷⁾.

Esta norma técnica, Atenção Humanizada ao Abortamento, foi elaborada com o objetivo de garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos, nela se explicitam orientações para apoiar profissionais e serviços de saúde, introduzindo novas abordagens no acolhimento e na atenção para com as mulheres nas questões relacionadas especificamente ao abortamento. A norma traz a proposta de acolhimento e de atenção humanizada na assistência à mulher, procurando estabelecer a confiança, deixando de lado o julgamento, a discriminação, os preceitos morais e religiosos, respeitando a ética, a autonomia e a capacidade de decisão⁽⁸⁾.

Ainda assim, algumas questões continuaram sem respostas: Como deixar de lado os preceitos morais, religiosos, valores e crenças, na atenção não julgadora e discriminada? Como lidar com as significações que são mobilizadas e reavaliadas no íntimo?

Mais uma vez, buscando literaturas para responder essas questões, foram encontradas informações, na maioria, sob o ponto de vista das mulheres em relação à assistência prestada pelos profissionais nas situações de abortamento/aborto no âmbito hospitalar. Existindo aí, uma lacuna acerca das inquietações, significações e percepção das profissionais enfermeiras na sua prática assistencial, tanto no âmbito hospitalar como na Atenção Básica à Saúde. E, objetivando preencher essa lacuna, este estudo foi desenvolvido com a seguinte pergunta de pesquisa: – Quais as inquietações e representações das enfermeiras da Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó/SC sobre a prática do cuidado às mulheres na situação eminente de abortamento/aborto inseguro?

A sustentabilidade de um estudo científico está diretamente relacionada à adoção de um Referencial Teórico Conceitual adequado para o alcance do objeto de estudo⁽⁸⁾. E, por se tratar de um estudo que objetivou conhecer como as enfermeiras desenvolvem a prática do

cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro, foi adotado como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais (TRS), criada por Serge Moscovici, em 1961, na França, por meio da publicação da obra “*La Psychanalyse, son image som public.*”

De acordo com as Ciências Sociais, as representações se concretizam a partir das experiências da ação humana e, sob essa óptica, nos últimos anos, tem-se utilizado, consideravelmente, a Teoria das Representações Sociais, em pesquisas qualitativas na área da enfermagem⁽⁹⁾.

A atual prática do cuidado em saúde, inserida nas Ciências Sociais, contempla com um novo olhar sobre o processo saúde/doença, situando e contextualizando o indivíduo na sua integralidade, pertencente a um meio cultural e social. Pesquisar as representações sociais em saúde/doença, sob essa óptica, possibilita estudos científicos mais criativos, envolvendo os sujeitos – cuidados e cuidadores, considerando respectivamente, as representações sobre o processo saúde/doença e sobre o processo de cuidar, enquanto indivíduo ou grupo cuidador⁽¹⁰⁾.

Durante a análise dos dados, observou-se que é imprescindível apresentar o posicionamento da pesquisadora com relação à temática, ao se considerar que é na relação do pesquisador com o seu objeto de estudo que se constrói a interpretação e a análise do material empírico e todo o processo metodológico. No momento em que a pesquisadora identifica a posição pessoal, está em condições de respeitar e compreender os diferentes e complexos posicionamentos que permeiam a problemática estudada. Falando, pois, do posicionamento pessoal da autora deste estudo, leva-se em conta, a interrupção voluntária da gravidez, como um ato relativo à autonomia das mulheres, as quais, podem tomar decisões éticas e responsáveis sobre a própria vida reprodutiva. Em suma, a pesquisadora se posiciona favorável à liberdade de decisão das mulheres que enfrentam uma gravidez indesejada.

REVISÃO DA LITERATURA

Independentemente do tipo de pesquisa, mesmo as exploratórias, que se justificam pela pouca ou não aparente existência de referências, cabe ao pesquisador apresentar um referencial técnico das publicações que mostre o *estado-da-arte* de seu estudo, pois, “[...] estas sempre existem, se não de uma forma direta com o objeto de estudo, acabam apresentando alguma associação que pode explicar ou facilitar as conclusões do investigador⁽¹¹⁾”.

A revisão da literatura, portanto, consiste em inserir o problema de pesquisa num contexto geral, identificando falhas e lacunas em estudos anteriores, justificando a necessidade do estudo ⁽¹²⁾.

Sendo assim, na busca por literaturas sobre o abortamento/aborto inseguro e as suas relações com as formas de prestar cuidado em situações concretas, apenas uma fonte foi encontrada. E, em contrapartida, foram encontrados estudos sobre as representações sociais ‘das mulheres’ assistidas durante o abortamento/aborto. Perceber-se, que a maioria das pesquisas desenvolvidas sob a óptica das Ciências Sociais, têm como objeto de estudo, os grupos ou indivíduos no processo de saúde/doença, havendo uma lacuna sobre a óptica dos cuidadores – as inquietações e representações sociais dos grupos de profissionais ou indivíduos cuidadores.

A única literatura que aborda o tema estudado, trata dos conflitos, desafios e significados percebidos pelos profissionais da equipe de assistência à mulher nos casos de aborto legal, diferentemente do proposto neste estudo – abortamento/aborto inseguro e a prática do cuidado de enfermagem na Atenção Básica à Saúde.

O estudo “Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados,” publicado em 2003, nos Cadernos de Saúde Pública, objetivou buscar as representações das diferentes categorias profissionais dos serviços que implantaram Programas de Assistência às Mulheres Vítimas de Violência Sexual, na Paraíba e no Distrito Federal ⁽⁵⁾.

Os resultados sobre as representações do abortamento, oscilaram entre a concepção da interrupção da gravidez como um direito e, o valor religioso, como um pecado.

Com relação às concepções e restrições religiosas, os profissionais foram unânimes em afirmar que devem manter uma postura neutra e imparcial a respeito da decisão da mulher, não devendo julgá-la pela prática do aborto. “*O profissional não deve persuadir para fazer ou deixar de fazer o aborto*” (médica). Contraditoriamente, uma profissional disse que “*decidiu ficar no programa para ajudar as mulheres a não fazer a interrupção*” (médica) ⁽⁵⁾.

Há, por parte de alguns profissionais, a preocupação de serem julgados pela sociedade, tachados de “aborteiros” e, legalmente, incriminados pela interrupção ⁽⁵⁾.

Assim, diante de poucas ou não aparentes referências literárias específicas ao objeto deste estudo, optou-se pela Revisão Narrativa ou tradicional, utilizada em temática mais aberta, sem pré-determinação e especificidade na busca de fontes. ⁽¹³⁾

Portanto, a existência de uma lacuna de estudos que abordem a temática de pesquisa, justificou o desenvolvimento deste estudo e a apresentação deste artigo.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais.

Esse tipo de pesquisa tem por finalidade auxiliar estudos posteriores, superando “o empirismo nas abordagens das questões sociais”, explorando e descrevendo um problema e situação insuficientemente conhecida, apresentando carência de conhecimentos organizados sobre os problemas existentes para os indivíduos, para as relações e para os espaços dos serviços⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Na delimitação dos sujeitos participantes do estudo, foram observados os seguintes critérios: Ser enfermeira; estar atuando na Atenção Básica à Saúde; ter vivenciado situações relacionadas ao abortamento/aborto inseguro e, ter concordado em fazer parte do estudo como sujeito livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por meio da técnica de “Grupo Focal”, que se constitui numa abordagem especificamente qualitativa para a obtenção das informações sobre o objeto de estudo, por meio [...] de conversa em grupos pequenos e homogêneos [...] sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um”⁽⁹⁾.

O Grupo Focal foi constituído por oito enfermeiras, e os encontros para a coleta e validação dos dados ocorreram em três momentos, de julho a setembro de 2009. No primeiro e segundo foram coletados os dados, e no terceiro, as participantes validaram os dados apresentados. Os encontros foram filmados e as falas foram gravadas.

Os dados foram trabalhados e analisados de acordo com a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), pois segundo Lefèvre, Lefèvre⁽¹⁶⁾, o discurso traz maior clareza das representações sociais do objeto de estudo, enquanto “conjunto das representações que conforma um dado imaginário”. É a representação reconstruída, “[...] *com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno*”. (itálico dos autores).

O conjunto de discursos verbais emitidos por membros de um grupo ou população, ao serem indagados com perguntas de cunho

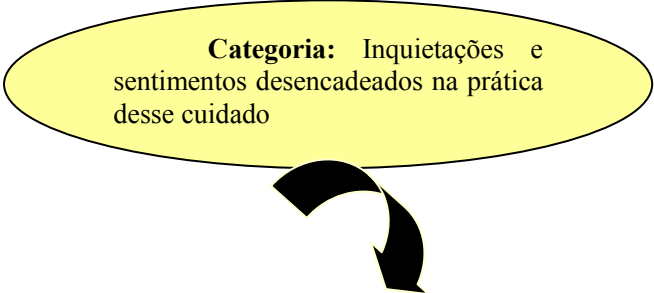
qualitativo, corresponde a um pensamento discursivo desencadeado e manifestado pela forma de pensamento do grupo ou população sobre o tema indagado. Portanto, é através do discurso coletivo que uma população procura expressar, o mais fielmente possível, o seu pensamento sobre o tema⁽¹⁷⁾.

Seguindo os preceitos teórico-filosóficos e metodológicos da pesquisa de abordagem qualitativa, a análise dos dados iniciou-se simultaneamente ao primeiro encontro do Grupo Focal, concluindo-se ao término da coleta de dados. A análise foi realizada de acordo com as quatro ferramentas propostas na estratégia do Discurso do Sujeito Coletivo: Análise, seleção e agrupamento das Expressões-Chave (ECH); Análise e agrupamento das Idéias Centrais (IC)/Categorias; Análise das Ancoragens presentes nas Expressões Chave; Construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC⁽¹⁶⁾.

Os aspectos éticos de pesquisa foram observados durante todo o desenvolvimento do estudo: – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina; – Concordância de participação e manutenção do anonimato dos sujeitos envolvidos de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

As representações sobre as práticas de cuidado de enfermagem às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro na Atenção Básica à Saúde estão expressas na forma de Discursos do Sujeito Coletivo, os quais são apresentados e discutidos a seguir:

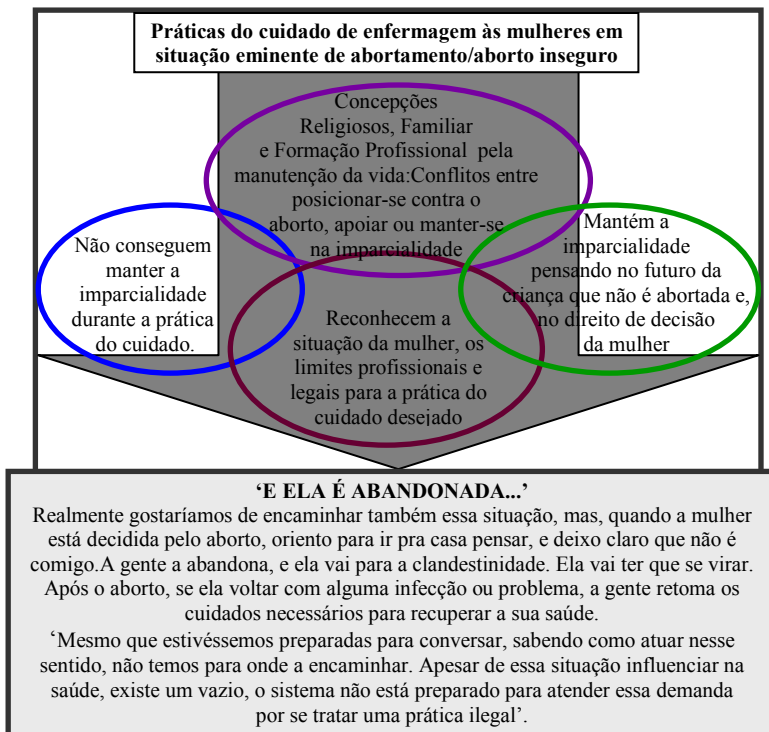


Categoria: Inquietações e sentimentos desencadeados na prática desse cuidado

É uma situação muito difícil. Mexe com os nossos sentimentos: – preocupação com o psicológico da mulher e da criança não existir; – culpa, tristeza e trauma por não ter contribuído para um aborto seguro nos casos de morte materna ou por não ter convencido a mulher a não

abortar; – revolta, raiva, preconceito e julgamento por ela ter feito sexo desprotegido, com tantas informações e métodos contraceptivos disponíveis na unidade de saúde; – inquietude, desespero, angústia e impotência quando há a vontade de ajudar.

Permeada por estes sentimentos e inquietações, a prática do cuidado pode ser representada pelo seguinte diagrama:



As concepções ancoradas nos valores religiosos, culturais, familiares e formação profissional de que o aborto é um ‘crime’, dão conta de que, nessa prática de cuidado, ‘deve-se buscar a manutenção da vida’ – *Os valores pessoais, culturais e, principalmente o religioso, nos dizem: vamos povoar o mundo! Onde come um, comem dois! Gestar é uma benção! Há uma vida e abortar é um crime. – A formação profissional nos preparou para a ética e legalidade na manutenção e preservação da vida, princípio a ser buscado na prática profissional.*

Estas concepções são abaladas por conflitos entre posicionar-se contra o aborto, apoiar as mulheres na sua decisão ou manter-se na imparcialidade frente à situação.

De modo geral, há tentativas de se prestar o cuidado mantendo-se a imparcialidade – Busca-se a imparcialidade na assistência, mas ser imparcial é difícil. Os nossos valores, a cultura, a religião e o princípio da profissão acabam refletindo em nossas falas na tentativa de evitar um crime.

No entanto, mesmo que sutilmente, por expressões verbais e ou não verbais, tentativas de reverter o aborto são desencadeadas – Não se consegue ser neutra. Tenta-se convencer a mulher a não abortar, expressando o lado positivo de ter o filho: ‘foi Deus que te enviou!’ Ele vai cuidar de você no futuro. – Solicitei que o agente de saúde largasse na caixinha do correio da casa da gestante ‘folders’ sobre a amamentação. Sabia que ela ia abrir. Em outro momento, novamente, solicitei ao agente que deixasse na caixinha do correio a parte da frente de uma carteirinha de saúde da criança. Passado umas duas semanas, ela apareceu trazendo em mãos o que eu tinha mandado o agente levar, dizendo que tinha conversado com o pai sobre a gravidez e que estaria tudo bem e que não iria mais abortar.

Diferentemente desta prática de cuidado, ancorando-se na concepção de direito humano à vida digna, há posicionamento e encaminhamento imparcial fundamentado na preocupação com o futuro da criança que não é abortada e na mulher que, pela sua experiência de vida, reconhece que não terá condições de dar vida digna a criança: – *Dizer para a mulher não fazer o aborto porque há uma vida, não dá mesmo. Não sabemos como essa criança foi concebida, se terá ou não seqüela. Não sabemos qual é a estrutura econômica e social da mulher, que, se não fizer o aborto, poderá deixar a criança morrer depois ou, a criança ficará abortada a vida inteira: um aborto que não foi aborto, só não teve o mecanismo. – A mulher que, pela sua vivência, sabe que não vai dar conta de mais um filho e pensa no sofrimento futuro da criança na situação de miséria, sabe o que está fazendo, não deve ser criminalizada. – Pensar em se ter um filho implica pensar também na existência de uma estrutura favorável para a sua vida. – Para que um ser seja humano, tenha vida, não significa apenas estar em um corpo respirando. Significa, também, ter acesso aos direitos humanos.*

Ainda, fundamentado na preocupação com o futuro da criança não abortada, há a categoria denominada neste estudo, ‘Aborto Social: a morte pode ser em vida, aborto em vida’ – *O aborto envolve toda uma*

questão social, e essa questão, pesa muito. – Para essa criança que não foi abortada, falta tudo: família, comida, aconchego, carinho e colo. Isso é vida? – Às vezes não fazer o aborto é deixar a criança morrer depois, porque a morte pode ser em vida, ela é abortada a vida inteira, só não teve o mecanismo.

Nesta categoria, há a seguinte subcategoria: ‘Quando nos posicionamos contra o aborto, a responsabilidade social com relação à criança também é nossa’ – *O nosso posicionamento contrário ao aborto gera responsabilidade pela situação social vivenciada pela criança. O que vai ser da criança que a gente se posicionou contra o aborto ontem? Hoje ela sofre seqüelas e amanhã vai ser um dependente químico, passando a furtar para suprir as suas necessidades.*

Esta subcategoria ancora-se no entendimento de que ‘todos nós participamos e somos atores de uma sociedade’ – Os acontecimentos e fatos presentes em uma sociedade refletem os atos e encaminhamentos dados pelos diversos atores que compõe a sociedade.

Para as profissionais, além dos conflitos abordados anteriormente, há o conflito gerado pelo reconhecimento da situação de desespero da mulher e do limite legal e profissional no encaminhamento desejado na situação – *Para a mulher é uma situação desesperadora. É muito fácil, a gente dizer àquela pessoa que está desesperada: – você fez, agora vai assumir, tu não se cuidou. – Hoje cai tudo para as mulheres a responsabilidade. Com certeza o homem sai pela tangente. – Há a preocupação com o psicológico da mulher pelo trauma de fazer um aborto.*

As profissionais percebem nesta situação, a mulher no seu contexto existencial – Ela não está precisando de julgamento, mas sim de alguém que a apóie. Tem que ver o momento que a pessoa está vivendo. Ser profissional não esquecendo que tem um ser com "n"problemas, e "n" vivências.

Ancorados na criminalização da prática do aborto, enquanto posição de Estado há a categoria de que o sistema não dá conta de atender a demanda gerada por esse posicionamento – *Apesar dessa situação influenciar na saúde, existe um vazio. O sistema não está preparado para atender essa demanda por se tratar uma prática ilegal.* Pois, mesmo desejando encaminhar a mulher para um atendimento de apoio reflexivo, outros profissionais também sofrem limites de atuação – *Não é só a equipe de enfermagem que não tem apoio de encaminhamentos, porque, mesmo que encaminhemos a gestante para o*

médico, ele também não vai ter o que fazer. Dependendo da sua disponibilidade de tempo, vai apenas conversar com ela.

Entendem que deveria existir um apoio psicológico imediato para as mulheres, sem ter que esperar duas semanas ou um mês.

Mas, se mesmo assim, ela decidir pelo aborto, há o entendimento de que há o abandono na assistência da mulher – Realmente gostaríamos de encaminhar também essa situação, mas, quando a mulher está decidida pelo aborto, orienta-se a ir pra casa pensar, deixando claro que não é comigo. A gente a abandona, e ela vai para a clandestinidade. Ela vai ter que se virar. Após o aborto, se ela voltar com alguma infecção, algum problema, a gente retoma os cuidados para recuperar a sua saúde.

Com relação às questões éticas da profissão, os discursos trazem a inexistência de um entendimento claro e unânime sobre as questões, observando-se contradições nos discursos – *Não denunciaria ao Conselho Tutelar porque não é meu papel, mesmo porque o Conselho luta pelos direitos da criança. Acionaria por exemplo, se a gestante tivesse 16 anos e fosse usuária de “crack”, colocando a criança em risco. – Não denunciaria a mulher, independentemente da situação. Se não tiver como ‘provar’ se o aborto foi provocado, não adianta denunciar. – Denunciaria, se a mulher estivesse sendo pressionada a provocar o aborto, não sei se seria no Conselho Tutelar.*

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos expressam o desencadeamento de vários conflitos na prática do cuidado, fundamentados em diferenciadas representações sobre a temática.

Os conflitos são originários, basicamente, de concepções distintas que não se somam, pelo contrário, cada uma pede um posicionamento diferenciado no encaminhamento do cuidado profissional.

A concepção da manutenção da vida, fundamentada na tradição cristã e formação profissional e, a concepção de responsabilidade de cada um assumir as conseqüências de seus atos dá conta de que a prática do cuidado deve ser voltada na tentativa de reverter o aborto. Já, as concepções de direito à vida digna, enquanto direito humano, e de responsabilidade social com as crianças não abortadas por interferência profissional, originam práticas de cuidados sob a óptica da imparcialidade.

Estas concepções são responsáveis pelos mais variados sentimentos e inquietações com relação à criança que poderá não existir, com o risco da mulher se submeter a um aborto inseguro e, com a criança não abortada viver na condição de ‘aborto social’.

Situação agravada, principalmente, pela questão ética profissional, pela busca da manutenção da vida e da posição do Estado frente à situação, pois, entende-se que, duas vidas estão em jogo – a da criança e a da mulher que deseja fazer o aborto. Justificando-se, posturas sutis, por estarem ‘entre a cruz e a espada’, isso é, entre posicionar-se contrário ao aborto ou ser imparcial, ignorando todos os riscos pertinentes à prática do aborto inseguro.

Com relação aos sentimentos desencadeados pelas mulheres não tomarem os devidos cuidados para evitar uma gravidez indesejada, nós profissionais, devemos refletir sobre a eficácia da educação em saúde referente ao planejamento familiar. Este, não se trata apenas do acesso aos métodos contraceptivos, trata-se também, de se contemplar enquanto processo, o contexto e perspectivas de vida das mulheres, as quais, muito provavelmente, assumirão o planejamento, fundamentado nos seus projetos de vida.

É pertinente, ao finalizar esta discussão, retomar o discurso, sobre o aqui denominado, ‘*Aborto Social: a morte pode ser em vida, aborto em vida*’.

O Estado, ao não assumir o direito de autonomia e decisão das mulheres sobre as questões relativas a reprodução, apesar dos esforços, enquanto política de assistência à criança e ao adolescente, não dá conta de ‘acolher’ as crianças que *vivem na marginalidade, tendo como o seu ‘lar’ a rua, a calçada e o abrigo debaixo da ponte*.

Como autora deste estudo, arrisco-me a dizer que muito provavelmente, os sentimentos e inquietações originadas na prática do cuidado, seriam amenizados ou deixariam de existir se os direitos sexuais e direitos reprodutivos fossem contemplados pelo Estado, observando-se o proposto na norma técnica do Ministério da Saúde, **Atenção Humanizada ao abortamento:**

Os direitos reprodutivos são constituídos por direitos humanos que incluem o direito de toda a pessoa ter controle e decisão sobre as questões relativas a sua sexualidade, livres de coerção, discriminação e violência, e de dispor de informações e meios adequados que lhes garantam o mais elevado padrão de saúde sexual e saúde reprodutiva; o tema do abortamento inseguro deve ser tratado de forma humana e solidária. ⁽⁷⁾

Pois, a partir do momento em que a prática do cuidado passa a ser desenvolvida sob a óptica do “[...] direito da mulher ter controle e decisão sobre as questões relativas à sexualidade, livres de coerção, discriminação [...]”⁽⁷⁾, por entender o ‘poder do Estado sobre as representações’, algumas das profissionais, muito provavelmente, a maioria, assumiria ou ressignificaria as suas concepções e, conseqüentemente, seus encaminhamentos. Suprindo, todas as questões que permeiam o cuidado à saúde da mulher nessa situação – aporte psicológico para a tomada de decisão, segurança da saúde da mulher se permanecer a decisão do aborto e, diminuição das possibilidades de ‘aborto social’.

Conclui-se que, as colegas enfermeiras, vivenciam as mesmas inquietações e dificuldades da pesquisadora no encaminhamento à saúde reprodutiva das mulheres nas situações de abortamento/aborto inseguro. Isso porque, como profissionais comprometidas com o cuidado à saúde, procuram desenvolver o seu papel, considerando-se os vários aspectos e nuances que permeiam a saúde da população, aqui em questão, à saúde da mulher.

E, as representações, por mais que se tente deixá-las de lado durante a prática do cuidado, sempre vão estar presente, mesmo que sutilmente, a ponto de se poder afirmar que a imparcialidade na prática do cuidado é inviável, pois elas fazem parte das relações e comunicações entre cuidadoras e cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos M. Corpo, sexualidade e aborto: o jogo político de significações. Revista Grifos: Dossiê Gênero e Cidadania. Chapecó: Editora Argos, volume 16, 2004.
2. Presidência da República (Brasil). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Relatório de Implementação – 2005. Brasília: 2006, 116 p.

3. Diniz D. Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):1992-1993, set. 2007.

4. Ministério da Ciência e Tecnologia (Brasil). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico – CNPq. EDITAL MCT/ CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde nº 022/2007. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2007.

5. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S399-S406, 2003.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil:20 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

8. Santos IS, Clos AC. Pesquisa quantitativa e Metodologia. In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al (org.). Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998, p 1-17.

9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

10. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJDS. As Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde. In. Rev Investigação em Enfermagem, nº 16, p. 3-10, Agosto, 2007.

11. Pacheco W Jr, Pereira VLDV, Pereira HDV Filho. Pesquisa Científica sem Tropeços: Abordagem Sistêmica. São Paulo: Atlas, 2007.

12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª. Ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 2004.

13. Cordeiro AM, Oliveira GM, Renteria JM, Guimarães CA. Revisão Sistemática: Uma revisão narrativa. Rev Col Bras Cir. [período Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.

14. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

15. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

16. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).2.ed. Caxias do Sul,RS:Educs. 2005.

17. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV.O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo, para a pesquisadora, também enfermeira e professora universitária da disciplina de Atenção Básica à Saúde, possibilitou, além do alcance do objetivo proposto, provocar o debate sobre a temática entre as colegas enfermeiras da Atenção Básica à Saúde.

Com riqueza de argumentos, as mesmas justificaram determinadas representações, reforçando a complexidade da temática.

Foram expressadas aqui, várias significações de campos opostos, por vezes conflitantes quanto a valores, crenças, sentido de vida, da missão no mundo, das responsabilidades, do sagrado e do profano. Acreditar nessas representações faz com que as enfermeiras atuem com profundo convencimento, de que a sua decisão é o melhor para as mulheres. Isso permite a compreensão, de como é difícil para as profissionais enfermeiras, ‘responsáveis pelo cuidado da vida’, entenderem o significado da autonomia das mulheres, das desigualdades de gênero que demarcam a nossa cultura, de violência contra as mulheres e da relação de poder que o Estado e a Igreja exercem sobre as representações.

É importante ressaltar que as experiências com o atendimento à crianças em situações de distúrbios psicoafetivos e com o fim trágico de um aborto inseguro, fundamentam a resignificação de alguns discursos. Sendo oportuno lembrar, que as resignificações, que se convertem em representações sobre um dado objeto, estão fortemente relacionadas às experiências de vida, seja no campo pessoal ou profissional.

As representações de que a vida deve ser preservada, na prática assistencial às mulheres em situação eminente de aborto inseguro, são expressas indiretamente na tentativa de reverter o aborto, normalmente, por meio de falas sobre a positividade de levar a gestação a termo. Reforçando essa tentativa, por vezes lançam mão de estratégias para acompanhar mais de perto as mulheres, solicitando ao agente comunitário de saúde, sem informá-lo sobre a possibilidade de aborto, que faça a visita de acompanhamento de Pré-Natal com maior frequência, de modo a inseri-la nos acontecimentos que envolvem a mulher no período gravídico. E, se por ventura, após tentativas, a gestante ‘desaparecer’, isso é, não comparecer mais ao acompanhamento de Pré-Natal, há o entendimento de que foi feito o que poderiam fazer, ou, ficam ‘incomodadas’, por não terem evitado o aborto.

Outras representações dão conta de que, na possibilidade de aborto induzido, a enfermeira não deve manifestar suas concepções sobre a situação, deve apenas, dar a ‘entender’, que ‘as portas da unidade de saúde estarão abertas e que elas estarão ali para recebê-las para o Pré-Natal ou para dar continuidade ao acompanhamento de saúde da mulher, isto é, depois do aborto ter sido feito. Esse encaminhamento vem fundamentado sob três concepções independentes:

a) ‘a formação profissional preparou para a defesa da ‘vida’, havendo os questionamentos: ‘O que é vida? Que vida preservar? Se as crianças não abortadas durante a gestação poderão ser mortas vivas, faltando tudo – carinho, amor, família, comida, casa, – vivendo na miséria e marginalidade, colocando em risco os nossos filhos’;

b) na responsabilidade da mulher assumir as conseqüências de seus atos, a qual, mesmo ‘*com acesso aos contraceptivos, não se cuidou.*’

c) na responsabilidade social das enfermeiras com as crianças que não são abortadas, devido à expressões e ações contrárias ao aborto.

Fica claro a presença de duas práticas de cuidado distintas, fundamentadas em diferentes representações, confirmando-se que as representações se fazem presentes nas expressões da comunicação, nas relações e ações do cotidiano, seja na vida privada ou profissional.

O poder do Estado sobre as representações, é legitimado claramente nos discursos sobre a liberação do uso da pílula do dia seguinte e do Dispositivo Intra-Uterino de cobre – ‘*se ocorrer o aborto pelo uso da pílula do dia seguinte ou do DIU, esse, é um aborto legal. O uso da pílula e do DIU é permitido pelo governo e pela sociedade e, o que não é proibido, pelo governo ou pela sociedade, também é permitido por Deus.*’.

É pertinente, ainda, ao finalizar, fazer um breve comentário sobre a metodologia adotada na coleta de dados, ‘Grupo Focal’. Este, como estratégia, possibilitou de maneira satisfatória e prazerosa o debate entre nós colegas, que interagimos, com muita ética, durante os três momentos vivenciados pelo grupo, enriquecendo o conteúdo discutido, proporcionando, por várias vezes, à pesquisadora e às participantes, se reconhecerem nas falas e achados encontrados. No último encontro, expressaram, positivamente, a satisfação por terem participado do estudo, sugerindo a continuidade do grupo, para debaterem outras temáticas conflitantes.

E, diante de tal sugestão, cabe destacar, a importância deste estudo como contribuição para novos olhares e futuros encaminhamentos no cuidado às mulheres em situação eminente de

abortamento/aborto inseguro. Isso porque, a efetividade dos serviços de saúde, demanda, também, estudos sob a ótica dos profissionais na prática do cuidado, desencadeando auto-avaliações e, conseqüentemente, novas práticas. Pois, o profissional comprometido com a prática do cuidado, deve refletir e se questionar sobre a qualidade e efetividade do cuidado com a saúde, ampliando os conhecimentos, no propósito de qualificar seu desempenho profissional. Observa-se porém, que as reflexões e os questionamentos, somente serão motivados quando houver o vínculo e a empatia com as pessoas que estão sob nossos cuidados.

REFERÊNCIAS

AGUIRRE, Luiz Pérez. **Aspectos Religiosos do Aborto Induzido**. Título original: Aspectos del Aborto Inducido, in Presencia Ecumênica, n. 51, abril-junio 1999, pp. 20-40 . Tradução de Adail Sobral. Editoração Eletrônica: Anita Ham. São Paulo, SP Publicações CDD, 2000.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. 2ª. Ed. – São Paulo: Pioneira, 1999.

ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Pessate Alves. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.3ª. Edição/ 2ª. Tiragem. – Joinville, SC: UNIVILLE, 2004.

ANDRADE, Laís Amaral Rezende de. **Aborto, o delito e a pena**. Jus Navigandi, Teresina, ano 4, n. 42, jun. 2000. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=983>> Acesso em: 27 fev. 2009.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985, 370 p.

BARBER-MADDEN, Rosemary. Apresentação UNFPA. In: **Direitos Reprodutivos no Brasil**. VENTURA, Miriam. Brasil: UNFPA, 2004, p 7-11.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. [Lisboa]: 70, [2008?].
BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988.

_____. CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER. **IV Conferência Mundial sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

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

_____. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: Relatório de Implementação**. – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para a Mulher, 2005 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005 c.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – Relatório de Implementação – 2005**. Brasília: 2006, 116 p.

_____. **EDITAL MCT/ CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT** – Saúde nº 022/2007. Edital esse que conta com a parceria do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico – CNPq. (www.saude.gov.br). 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciências e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil:20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMARGO, Brígido Vizeu. O que o caminho interdisciplinar brasileiro da teoria das representações sociais não favorece? In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu (Org.).

Contribuições para a teoria e o método de estudos das representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007, 380p.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida; GOMES, Romeu.

Representações sociais e história: referências teórico-metodológicas para o campo da saúde coletiva. Cad. de Saúde Pública vol. 16 n.2. Rio de Janeiro, Abril/Junho 2000.

CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos. **As Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde.** In. Rev Investigação em Enfermagem, nº 16, p. 3-10, Agosto, 2007.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN**

311/2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: fev/2007.

<<http://corensp.org.br/072005/legislacoes/anexos/resolucao-cofen-311-2007-codigo-etica.pdf>> Acesso em 10 de janeiro 2009.

Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 10.10.96: dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

CORDEIRO AM, OLIVEIRA GM, RENTERIA JM, GUIMARÃES CA, GERS-Rio. Revisão Sistemática: Uma revisão narrativa. Rev Col Bras Cir. [período Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL:

<<http://www.scielo.br/rcbc>>

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do Conhecimento : metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

DIDES C, Claudia. **Aportes al debate sobre el aborto en Chile:** Derechos, género y bioética. Acta bioeth. , Santiago, v. 12, n. 2, 2006
Disponível em:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Mar 2009.

DINIZ, Débora. Programa de Pós-graduação em Política Social. Universidade de Brasília. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):1992-1993, set. 2007.

DURAND, Guy. **A bioética:** natureza, princípios, objetivos. (tradução Porphírio Figueira de Aguir Netto) – São Paulo: Paulus, 1995.

EYDEN, René Van; FIORENZA, Elisabeth Schüssler; HUNT, Mary E.. **Olhares feministas sobre a Igreja Católica.** São Paulo, Editora: Josefa Buendía Gomez, Publicações CDD, 2001.

ESTADO DE SANTA CATARINA, Poder Judiciário. **Estatuto da Criança e do Adolescente:** Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Agosto/2006.

FARR, Robert M. **Representações sociais** : a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.) **Textos em representações sociais.** 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.31-62.

_____. Social representations: their role in the design and execution of laboratory experiments. In: FARR, R.M. & MOSCOVICI, S. (eds.). Social Representations. Cambridge University Press, 1987.

FIGUEROA-PEREA, Juan Guillermo. El significado de consentimiento informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción. **Perinatol Reprod. Hum.** v.13, n.1, p. 32-43, ene./mar. 1999.

FOUCAULT, Michael. **História da Sexualidade**. 12 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomadas de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GRACIA, D. **Fundamentos de Bioética**. Madrid: Eudema, 1989.

IPAS BRASIL. **Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto**: no âmbito da saúde e da justiça. Rio de Janeiro: ed. Ipas, 2007. <http://www.ipas.org.br/missao.html>. informação Acesso em 10 de Out. 2008.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e prática da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

_____. **O discurso do sujeito coletivo**: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). – 2. ed. – Caxias do Sul, RS: Educ, 2005.

LEOPOLDO e Silva F. Da ética filosofia à ética em saúde In Costa SIF, Garrafa V, Oselka G, coord. **Iniciação à bioética**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. p.19-36.

LUNA, Nara Lúcia de Albuquerque. **Fetos anencefálicos e embriões para pesquisa: sujeitos de direitos?** In Revista de estudos feministas (elaboração de parecer sobre artigo para periódico). 2009.

MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério**. Petrópolis-RJ: Vozes, 1984, 229 p.

MARTINI, Jussara Gue. **As Representações sociais: teorias e práticas**. Ciências Sociais Unisinos. ISSN 1519-7050.v 37, n. 158, p.153-185, Jan/Jun. 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

MORTARI, Carmen Luiza Hoffmann; SILVA, Carmen Lúcia Oliveira da. A Postura da mulher na opção pela laqueadura tubária como método de planejamento familiar no município de Cordilheira Alta/SC. Monografia apresentada no curso de especialização em Saúde Pública. UNOESC parceria com FIOCRUZ. Chapecó, 1996.

MORSE, Janice M.; FIELD, Peggy Ann. **Qualitative research methods for health professionals**. 2.ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p 404.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978, p 291.

NUNES, Maria José F. Rosado. De mulheres e deuses. In: **Palavras de mulheres: juntando fios da teologia feminista**. Organização Josefa Buendía Gómez. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.

OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Correa de. **Brazilian adolescent women talk about HIV/AIDS risk: Reconceptualizing risky sex – What implications for health promotion?** (trad: Carmen Luiza Hoffmann Mortari). Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy. Institute of Education University of London, 2001.

PACHECO JÚNIOR, Waldemar. PEREIRA, Vera Lúcia D .do Valte. PEREIRA FILHO, Hypólito do Valte. **Pesquisa Científica sem Tropeços: Abordagem Sistêmica**. São Paulo: Atlas, 2007.

PEDRO, Joana Maria. **A Publicidade da Intimidade: punição e controle**. In: PEDRO, Joana Maria; GROSSI, Miriam Pillar (org). **Masculino, Feminino, Plural: gênero na interdisciplinaridade**. Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998. 273-292.

PEDRO, Joana Maria (org). **Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. Ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 2004.

QUEIROZ, Fernando Fonseca de. Brasil: **Estado laico e a inconstitucionalidade da existência de símbolos religiosos em prédios públicos**. Jus Navigandi, Teresina, ano 10, n. 1081, 17 jun. 2006. Disponível em:

<<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8519>>. Acesso em: 27 fev. 2009.

RANGEL, Mary. A representação social como opção teórico-metodológica para a produção do conhecimento em didática. Caxambu: ANPED, 1993. Texto mimeografado.

REICH. WT, org. **Bioethis Enciclopedia**. 2ª ed. (CD Rom) New York Mac Millan Library, 1995a. Introduction.

RICHARDSON, R. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROHDEN, Fabíola. **A arte de enganar a natureza**: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 248 p.

ROSADO-NUNES, Maria José. **Teologia feminista e a crítica da razão religiosa patriarcal**: entrevista com Ivone Gebara. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 14, n. 1, Apr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Mar. 2009.

SANTOS, Iraci dos Santos; CLOS, Araci Carmen. Pesquisa quantitativa e Metodologia. In: GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al (org.). **Pesquisa em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998, p 1-17.

SANDELOWSKI, Margarete. The problem of rigor in qualitative research. **Advances in Nursing Science**, Philadelphia, v.8, n.3, p.27-37, april 1986.

SCHOR, Néia; ALVARENGA, Augusta Theresa de. **O Aborto: um resgate histórico e outros dados.** Fonte <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScrip=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=162238&indexSearch=ID> > [Rev. bras. crescimento desenvolv. hum](#), jul.-dez. 1994. Acesso em 26.02.2009.

SELLI, Lucilda. **Bioética na enfermagem.** São Leopoldo: Ed. UNISINOS, 1999.

SOARES, Gilberta Santos. **Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2):S399-S406, 2003.

TORRES, Marco Antônio. Antagonismos entre o magistério católico e as conquistas de mulheres católicas a partir da teoria do discurso. Revista Mal-Estar e subjetividade. Fortaleza. V. V/N. 1/ P. 145 – 160. Mar. 2005.

VASCONCELOS, Márcia. **Corpo, sexualidade e aborto: o jogo político de significações.** In: Revista Grifos: Dossiê Gênero e Cidadania. Chapecó: Editora Argos, volume 16, maio/2004.

VENTURA, Miriam. **Direitos reprodutivos no Brasil.** Brasil: UNFPA, 2004.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e atenção básica: Um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do programa de saúde da família.** 2003 acessado 12.01.09.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma dela é sua e outra é do pesquisador.

Título do projeto: Abortamento/aborto: representações sociais de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde.

Justificativa: é um tema polêmico e atual, havendo a necessidade de subsidiar discussões e evoluções na prática de enfermagem na Atenção Básica à Saúde.

Objetivo Geral da Pesquisa: Conhecer como as enfermeiras que atuam na Atenção Básica à Saúde no município de Chapecó relacionam as suas representações sociais sobre abortamento/aborto com as formas de prestar cuidado em situações concretas.

Metodologia: coleta de dados em Grupo Focal, três momentos, com gravação das falas e imagens, para captar as expressões não verbais.

Validação dos dados pelos participantes da pesquisa no terceiro e último encontro do grupo.

Pesquisadora Mestranda: Carmen Luiza Hoffmann Mortari

Telefone para contato: 49 33221235 ou 49 99112677

Orientadora: Profa. Dra. Jussara Gue Martini

A sua participação na pesquisa consiste em participar de um grupo de pesquisa que será desenvolvido pela própria pesquisadora, sem qualquer prejuízo ou constrangimento para o pesquisado. Os procedimentos aplicados por esta pesquisa não oferecem risco a sua integridade moral, física, mental ou efeitos colaterais. As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato pelos telefones acima citados.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito, bem como liberar para a pesquisadora minhas falas e imagens gravadas, para a obtenção dos dados de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, inexistência de riscos à minha pessoa, bem como os benefícios decorrentes da minha participação. Foi garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local: _____ . Data ____ / ____ / _____.

Nome e assinatura do sujeito _____

APÊNDICE B – DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHOPÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Tendo em vista:

que o objeto do presente processo é de natureza jurídica de interesse público e de natureza administrativa, de natureza legal, de natureza pública e de natureza de interesse público. Assim, considerando, principalmente, a importância da informação em saúde, bem como a necessidade de garantir a transparência e a accountability no processo de tomada de decisão, a fim de assegurar a qualidade e a segurança dos serviços de saúde.

Carolina M. Santos
Secretaria Municipal de Saúde

Wesley
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXOS

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS

CERTIFICADO Nº 159

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

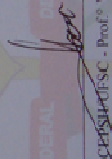
PROCESSO: 16.3/09 **FR:** 261928

TÍTULO: Aborto: inquietações, percepções e significados dos enfermeiros na atenção básica.

AUTOR: Jussara G. Martini e Carmen L. H. Mortari.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.


 Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portella de Souza

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)