

# Representações de enfermeiras sobre o cuidado com mulheres em situação de aborto inseguro\*

NURSES' REPRESENTATIONS REGARDING THE CARE OF WOMEN EXPERIENCING UNSAFE ABORTION

REPRESENTACIONES DE ENFERMERAS SOBRE EL CUIDADO DE MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO INSEGURO

Carmen Luiza Hoffmann Mortari<sup>1</sup>, Jussara Gue Martini<sup>2</sup>, Myriam Aldana Vargas<sup>3</sup>

## RESUMO

O aborto, realidade presente em nossa sociedade, é um desafio complexo para os profissionais da saúde. Este artigo objetiva relatar as representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó (SC) sobre o cuidado com mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório-descritivo. Os dados foram coletados por meio de Grupo Focal, constituído por oito enfermeiras, e depois analisados com a utilização do método do Discurso do Sujeito Coletivo. Os discursos indicam que o cuidado vem permeado de conflitos entre posicionar-se contra o aborto, apoiar as mulheres ou manter-se na imparcialidade. A representação da *preservação da vida, princípio almejado pela formação profissional e tradição cristã*, desencadeia tentativas de se evitar o aborto. Quando não há sucesso, mesmo desejando-se ajudar a mulher a encontrar uma saída segura, as enfermeiras apenas a orientam a *ir para casa a pensar, deixando claro que não é com ela a prática do aborto. Ficando a mulher abandonada...*

## DESCRIPTORES

Aborto  
Aborto criminoso  
Atenção Primária à Saúde  
Cuidados de enfermagem

## ABSTRACT

Abortion, a current reality in our society, is a complex challenge for healthcare professionals. The objective of this article is to report the representations that Primary Healthcare nurses from the city of Chapecó (SC) have regarding the care of women experiencing abortion/unsafe abortion. This is a qualitative, exploratory-descriptive study. Data were collected by means of focal groups comprised of eight nurses, and then analyzed using the method of Collective Subject Discourse Analysis. The discourses indicate that the care provided is permeated with conflicts between assuming an attitude against abortion, supporting the women or remaining impartial. The representation of the *preservation of life, a principle taught by professional training and Christian tradition*, triggers attempts to convince the women to avoid the abortion. When nurses are not successful in trying to help women find a safe alternative, they advise them *to go home and think about the situation, making it clear to the women that she is not the professional who performs the abortion and abandoning the women...*

## DESCRIPTORS

Abortion  
Abortion, criminal  
Primary Health Care  
Nursing care

## RESUMEN

El aborto, realidad social presente, es un complejo desafío para el profesional de salud. Se objetiva relatar las representaciones de enfermeras de Atención Primaria de Salud del municipio de Chapecó (SC) sobre cuidado a mujeres en situación de aborto inseguro. Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo. Datos recolectados mediante Grupo Focal, constituido por ocho enfermeras, analizados luego utilizando el método del Discurso del Sujeto Colectivo. Los discursos indican que la atención se ve impregnada por conflictos para posicionarse en contra del aborto, apoyar a las mujeres o mantenerse imparcial. La representación de la *preservación de la vida, principio deseado por la formación profesional y tradición cristiana*, da lugar a intentos de evitar el aborto. Cuando no hay éxito, aún con voluntad de ayudar a la mujer a encontrar una salida segura, apenas se la orienta para *ir a casa a pensar, dejando claro que el aborto no es para ella, dejándola abandonada...*

## DESCRIPTORES

Aborto  
Aborto criminal  
Atención Primaria de Salud  
Atención de enfermería

\* Extraído da dissertação "Abortamento/aborto: representações sociais das enfermeiras da Atenção Básica à Saúde", Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. <sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina e Grupo de Estudos e Pesquisas de Gênero Fogueira. Chapecó, SC, Brasil. carmenlh@brturbo.com.br <sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudos sobre Enfermagem, Quotidiano, Imaginário e Saúde de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. jussarague@gmail.com <sup>3</sup> Doutora em Ciências Humanas. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Coordenadora do Mestrado em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas de Gênero Fogueira. Chapecó, SC, Brasil. aldana@unochapeco.edu.br

## INTRODUÇÃO

O aborto é uma realidade presente em nossa sociedade, uma temática interdita, um desafio complexo para os profissionais da saúde, uma situação limite 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 sequelas causadas pelo aborto clandestino<sup>(1)</sup>.

Esse tema possibilita múltiplas interpretações e representa interesses diversos para as instituições sociais, não existindo uma posição consensual sobre a questão. É um tema *tabu* sussurrado pelos corredores, quase nunca discutido na sociedade, no cerne da família, no da escola e entre os profissionais da saúde.

Em nível mundial, 25% das gravidezes terminam em aborto provocado, o que corresponde a aproximadamente 50 milhões de abortos anuais. Desse total, 20 milhões são praticados em condições de risco, causa base de cerca de 13% das mortalidades maternas. Adolescentes e mulheres em idade inferior a 24 anos compõem 46% desse quadro epidemiológico<sup>(2)</sup>. Destaca-se que essa prática insegura, na sua maioria, acontece em países em que a legislação acerca do aborto é restrita ou ilegal, onde muitas mulheres, em decorrência de gravidezes não planejadas e indesejáveis, recorrem à prática do aborto clandestino<sup>(3)</sup>.

Essa realidade demonstra que, apesar da criminalização do aborto em diversos países, a mulher que pratica o aborto mostra o quão encurralada e angustiada se encontra, a ponto de ignorar as consequências legais do seu ato e desconsiderar o risco da própria 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<sup>(4)</sup>.

No Brasil, onde o aborto é criminalizado, exceto apenas em casos de estupro ou risco de vida da mulher, as taxas de mortalidade materna por aborto não diminuem, apresentando incidência alarmante, quadro merecedor de *um tratamento mais sério do que aquele que tem recebido até agora em nossa sociedade*<sup>(3)</sup>.

Em nível nacional, o movimento de mulheres nas I e II Conferências de Políticas Públicas para as mulheres tem exigido a descriminalização do aborto, respaldado nas plataformas de ação assinadas pelo governo brasileiro nas Conferências promovidas pelas Nações Unidas nas últimas décadas<sup>(5)</sup>.

As questões que envolvem o abortamento/aborto adquirem relevância política quando ultrapassam as fron-

teiras do universo privado, da vida individual e passam a integrar a 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 a declaração do ministro da saúde em exercício durante o primeiro semestre de 2007, *o aborto é uma questão de saúde pública e precisa ser enfrentado pela sociedade e pelo Congresso Nacional*<sup>(6)</sup>. Isso conduz 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.

Partindo desse 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<sup>(7)</sup>.

Na abordagem profissional, a temática do aborto suscita questões morais, religiosas e 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.

O atual Plano Nacional de Políticas para as mulheres contempla na atenção à saúde da mulher *a compreensão de aspectos biológicos, epidemiológicos, sociais, culturais, éticos e antropológicos articulados em um contexto de atuação de uma equipe multiprofissional*<sup>(3)</sup>. É tema de discussões que envolvem grupos populacionais, as quais apresentam indicadores de morbimortalidade relacionados aos principais problemas de saúde pública no mundo e principalmente no Brasil<sup>(3)</sup>.

Na abordagem profissional, a temática do aborto suscita questões morais, religiosas e 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<sup>(1)</sup>.

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 as 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, gerando a liberdade ou a confiança para expressarem sentimentos e desejos aos profissionais que lhes assistem.

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 na Atenção Básica à Saúde. Nesse período profissional, durante o cadastro de uma usuária gestante no Programa de Pré-natal, a gestante expressou o desejo de praticar o aborto. Diante de tal comentário, foram ne-

cessários 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 o medicamento misoprostol, mas que não estaria surtindo o efeito desejado (aborto). Essa situação possibilitou a percepção da confiança por parte da usuária, pois ela poderia ter omitido o seu desejo de abortar.

O medicamento misoprostol, utilizado pelas mulheres na prática do aborto, é responsável pela redução do número contábil de hospitalizações por abortamento devido à popularização do seu uso no início da década de 1990, que resultou na diminuição das complicações do aborto provocado, uma vez que as mulheres, ao utilizarem tal medicamento, conseguem dar conta da prática do aborto no próprio domicílio, sem a necessidade dos serviços de saúde, sejam os de atendimento na Atenção Básica à Saúde, ou hospitalar<sup>(8)</sup>.

Tal fato desencadeou alguns questionamentos: como lidar com a questão do aborto/abortamento provocado, como questão pessoal e na condição de cuidadora profissional? Que preparo profissional se tem para o encaminhamento das questões relacionadas ao abortamento/aborto inseguro?

Na busca de respostas a esses questionamentos, constatou-se que diante das consequências do aborto inseguro, 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 na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida em Beijing em 1995<sup>(9)</sup>. Essas conferências afirmaram que os direitos sexuais e os direitos reprodutivos devem ser contemplados nos direitos humanos e recomendaram aos Estados a atenção de qualidade a todas as pessoas, para que estas possam exercer tais direitos<sup>(10)</sup>.

A norma técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento*, elaborada com o objetivo de garantir os direitos humanos das mulheres (nesses, inseridos os direitos sexuais e os reprodutivos), explicita orientações para apoiar os profissionais e serviços de saúde, introduzindo novas abordagens no acolhimento e na atenção às 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<sup>(9)</sup>.

Analisando as questões relativas à problemática do aborto abordadas pela literatura, surgem inquietações e angústias relacionadas às dimensões pessoais e éticas em relação a essa prática, principalmente por se tratar, segundo o Código Penal Brasileiro, de um crime. Na dimen-

são ética, 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 uma vida em potencial? Que critérios éticos e direitos humanos são aplicáveis na atenção ao abortamento? O que se pode oferecer como serviço de saúde? Ao se obter um diagnóstico de gravidez, deve-se questionar a mulher se essa 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 risco para a vida da gestante –, informar onde são realizados?

Criminalizar o aborto provocado não seria o caminho mais adequado na superação da problemática anteriormente descrita. Questões centrais ainda ficam de lado, tais como os preceitos morais, religiosos, valores e crenças na atenção julgadora e discriminadora. Como lidar com as significações que são mobilizadas e reavaliadas no íntimo?

Buscando outras literaturas relativas ao tema em questão, foram encontrados artigos nas bases de dados que abordam, a maioria deles, revisões sistemáticas sobre o aborto, questões relacionadas à epidemiologia, ao tratamento e ao ponto de vista das mulheres em relação à assistência prestada pelos profissionais nas situações de abortamento/aborto no âmbito hospitalar, possibilitando elementos para a contextualização do objeto de estudo. Neste processo, foi importante encontrar o estudo intitulado *Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados*<sup>(11)</sup>, publicado em 2003, nos Cadernos de Saúde Pública, que aborda a temática sob o foco dos desafios, conflitos e significados dos profissionais da equipe de assistência à mulher nos casos de aborto legal.

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. Os resultados oscilaram entre a concepção da interrupção da gravidez como um direito e, sob valor religioso, como um pecado<sup>(11)</sup>.

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)<sup>(11)</sup>.

Há, por parte de alguns profissionais, a preocupação de serem julgados pela sociedade, tachados de *aborteiros* e, legalmente, incriminados pela interrupção<sup>(11)</sup>.

Ressalta-se que o principal diferencial do estudo mencionado refere-se às representações dos profissionais nos casos de aborto legal, enquanto que esta pesquisa focaliza a problemática do aborto inseguro, de acordo com o objetivo a seguir.

## OBJETIVO

Identificar as representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó (SC) sobre a prática do cuidado a mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tipo exploratório descritivo, fundamentada na Teoria das Representações Sociais<sup>(12)</sup>.

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<sup>(13-14)</sup>.

Na delimitação dos sujeitos participantes do estudo, foram observados os seguintes critérios: ser enfermeira (designação *enfermeira(s)*) porque a maioria dos profissionais de enfermagem é do sexo feminino); estar atuando na Atenção Básica à Saúde; ter vivenciado, na prática do cuidado, 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*<sup>(15)</sup>.

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 no segundo encontro 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 o discurso traz maior clareza das representações sociais do objeto estudado, enquanto *conjunto das representações que conforma um dado imaginário*<sup>(16)</sup>. 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.

O conjunto de discursos verbais emitidos por membros de um grupo ou de uma população, ao serem indagados com perguntas de cunho qualitativo, corresponde a um pensamento discursivo desencadeado e manifestado pela forma de pensamento do grupo ou da 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<sup>(16)</sup>.

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 ideias centrais (IC)/categorias; Análise das ancoragens presentes nas expressões-chave; Construção do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC<sup>(16)</sup>.

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.

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 (Certificado nº 159, Processo 163/09, FR 261928); Concordância de participação e manutenção do anonimato dos sujeitos envolvidos de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

As representações de enfermeiras da Atenção Básica à Saúde do município de Chapecó (SC) sobre a prática do cuidado a mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro são apresentadas a seguir na forma de Discursos

do Sujeito Coletivo, constituídos por categorias e subcategorias de representações.

A categoria *Inquietações e sentimentos desencadeados na prática desse cuidado* é representada pelo seguinte discurso:

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 esta categoria *Inquietações e sentimentos desencadeados na prática desse cuidado* e por outras categorias e subcategorias de representações, o desenvolvimento da prática do cuidado pode ser representada pelo seguinte diagrama:



**Figura 1** – Diagrama representativo da prática do cuidado de enfermagem na Atenção Básica à Saúde às mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro – Chapecó, SC – 2009

As concepções ancoradas nos valores religiosos, culturais, familiares e na 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! 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 diante da 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.

Nesse sentido, 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. 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 dessa 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 à 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 sequela. 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.

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 sequelas e amanhã vai ser um dependente químico, passando a furtar para suprir as suas necessidades.

Essa 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 a responsabilidade cai tudo para as mulheres. Com certeza o homem sai pela tangente.

Há a preocupação com o psicológico da mulher pelo trauma de fazer um aborto.

As profissionais percebem nessa situação a mulher no seu contexto existencial:

Ela não está precisando de julgamento, mas sim de alguém que a apoie. Tem que ver o momento que a pessoa está vivendo. Ser profissional não se esquecendo que há um ser com  $n$  problemas e  $n$  vivências.

Ancorados na criminalização da prática do aborto, como posição de Estado, há, entre os profissionais, a categoria de interpretação 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 disponibilidade de tempo, vai apenas conversar com ela.

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

Mas se mesmo assim ela decidir pelo aborto, há o entendimento do 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

Por se tratar de um estudo que objetivou identificar representações, foi adotado como referencial a Teoria das Representações Sociais (TRS) – *La Psychanalyse, son image som public*<sup>(12)</sup>.

De acordo com as Ciências Sociais, as representações se concretizam a partir das experiências da ação humana. Nessa óptica, nos últimos anos, tem-se utilizado consideravelmente a Teoria das Representações Sociais em pesquisas qualitativas na área da enfermagem<sup>(12)</sup>.

A atual prática do cuidado em saúde, inserida nas Ciências Sociais, contempla 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 possibilita estudos científicos criativos, envolvendo os sujeitos cuidados e os cuidadores, considerando, respectivamente, as representações sobre o processo saúde/doença e sobre o processo de cuidar, como indivíduo ou como grupo cuidador<sup>(12)</sup>.

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 concepção demanda um posicionamento diferenciado no encaminhamento do cuidado profissional.

A concepção da manutenção da vida, fundamentada na tradição cristã, formação profissional, e a concepção de responsabilidade de cada um assumir as consequências de seus atos dão conta de que a prática do cuidado deve ser voltada à tentativa de reverter o aborto. Já as concepções de direito à vida digna, como direito humano, e de responsabilidade social com as crianças não abortadas por interferência profissional originam práticas de cuidados sob a perspectiva da imparcialidade, em que há profissionais que não tentam reverter o desejo da mulher, pela representação de direito de decisão e escolha reprodutiva.

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

Esses sentimentos e inquietações são exacerbados, principalmente, pela questão ética profissional, pela busca da manutenção da vida e da posição do Estado mediante o aborto provocado, 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 contrariamente ao aborto ou ser imparcial, ignorando todos os riscos pertinentes à mulher na prática do aborto inseguro.

Com relação aos sentimentos desencadeados pelo fato de as 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. Esse não se trata apenas do acesso aos métodos contraceptivos, mas também de contemplar, como processo, o contexto e as 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 à reprodução, apesar dos esforços da 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*.

## CONCLUSÃO

As profissionais comprometidas com o cuidado à saúde procuram desenvolver o seu papel considerando os vários aspectos e nuances que permeiam a saúde da população, aqui em relação à saúde da mulher. No entanto, as representações relativas ao aborto provocado ancoradas em princípios religiosos e tradições culturais sempre estarão presentes no imaginário coletivo, mesmo que sutilmente, pois elas fazem parte das relações e comunicações entre cuidadoras e cuidados.

A imparcialidade na prática desse cuidado acontece quando há, principalmente, a representação do aqui denominado *aborto social*, havendo a preocupação de a criança não desejada *ser abortada em vida, tendo a sua casa a rua, a calçada...*

Este estudo permitiu identificar as representações de enfermeiras sobre a prática do cuidado a mulheres em situação de abortamento/aborto inseguro na Atenção Básica à Saúde, assim como a necessidade de o Estado garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos, possibilitando a mulheres e homens decidir *livre e conscientemente ter ou não ter filhos*. Tal posicionamento do Estado poderia interferir na resignificação das concepções sobre a prática do aborto, além do aporte psicológico à mulher para a tomada de decisão, segurança da saúde da mulher e diminuição das possibilidades do *aborto social*.

A partir do momento em que a prática do cuidado passa a ser desenvolvida observando-se o direito da mulher de ter controle e decisão sobre as questões relativas à sua sexualidade, livres de coerção e discriminação, e legitimada pelo Estado, os critérios éticos profissionais se sobrepõem a posições moralistas e religiosas, que muitas vezes impedem o cuidado menos preconceituoso.

## REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos M. Corpo, sexualidade e aborto: o jogo político de significações. *Rev Grifos*. 2004;(16):95-127. [Dossiê Gênero e Cidadania].
2. Berer M. Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública. *Bull World Health Organ*. 2000;78(5):580-92.
3. Domingos SRF, Merighi MAB. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Esc Enferm*. 2010;14(1):177-81.
4. Aguirre LP. Aspectos religiosos do aborto induzido. Trad. de Adail Sobral. São Paulo: Publicações CDD; 2000.
5. Brasil. Presidência da República; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres: relatório de implementação - 2005. Brasília; 2006.
6. Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(9):1992-3.
7. Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Técnico – CNPq. EDITAL MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT - Saúde nº 022/2007. Brasília: MCT; 2007.
8. Ramos KS, Ferreira ALCG, Souza AI. Women hospitalized due to abortion in a maternity teaching hospital in Recife, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2011 Mar 7];44(3):605-10. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_08.pdf)
9. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. Brasília; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos. Brasília; 2009.
11. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2003 [citado 2009 jan. 13];19 Supl 2:S399-406. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>
12. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. As representações sociais como referencial teórico-metodológico para pesquisa em enfermagem e saúde. *Rev Invest Enferm*. 2007;(16):3-10.
13. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
15. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2005.
16. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.