



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Mariana Santana Schroeter

**A temática do abortamento no ensino de enfermagem: entre o senso comum
e a consciência crítica**

Rio de Janeiro

2017

Mariana Santana Schroeter

**A temática do abortamento no ensino de enfermagem: entre o senso comum e a
consciência crítica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S382 Schroeter, Mariana Santana.
A temática do abortamento no ensino de enfermagem : entre o senso comum e a consciência crítica / Mariana Santana Schroeter. - 2017.
111 f.

Orientadora: Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Educação em enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Aborto. I. Pereira, Adriana Lenho de Figueiredo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Mariana Santana Schroeter

**A temática do abortamento no ensino de enfermagem: entre o senso comum e a
consciência crítica**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 14 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^ª. Dra. Elizabeth Teixeira
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof^ª. Dra. Adriana Lemos Pereira
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

À minha querida amiga de luta Thamires Monteiro de Medeiros, com quem sempre tive debates interessantes e que me inspirou a ser uma militante. Foi com ela, em uma noite de descontração e conversas, que me encontrei com o que veio a ser o objeto desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço às instituições que me formaram como pessoa - à minha família, ao Colégio Pedro II, à Faculdade de Enfermagem da UERJ, à Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem - e às pessoas que participaram dessas instituições.

Em especial, agradeço à minha orientadora Prof^a Dra Adriana Lenho de Figueiredo Pereira por ter acreditado em mim desde o início da faculdade, quando fui bolsista de iniciação científica e me aproximei de pesquisa na área da saúde da mulher.

Agradecimento especial para as professoras Prof^a Dra. Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel e Prof^a Dra. Maysa Luduvicé Gomes, pessoas maravilhosas que me ofereceram apoio emocional e acadêmico para eu ingressar no mestrado e durante o mesmo.

À minha banca Prof.^a Dra. Adriana Lemos Pereira, Prof.^a Dra. Simone Mendes Carvalho, Prof.^a Dra. Elizabeth Teixeira e Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianni que contribuíram com esse trabalho demonstrando suas expertises nas áreas de conhecimento que se dedicam.

Às minhas amigas da turma do mestrado: Camila Brecht, Juliana Domingues, Marcia Cid, Noelle Moreira, pessoas que pude recorrer e que recorreram a mim formando um grupo de ajuda desse percurso de aprendizado que é o mestrado.

Aos integrantes do Grupo de Trabalho Aborto do Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, pessoas que se dedicam ao tema aborto de diversas maneiras.

Às participantes do estudo por terem aceitado serem entrevistadas e, que com sinceridade, responderam as questões, contribuindo com resultados interessantíssimos.

À minha mãe pelo apoio e escuta nos momentos de dificuldades e angústias e ao meu pai por ter me incentivado a leitura e reflexão sobre educação; e por todo suporte estrutural para eu montar minha pequena biblioteca.

E por me darem apoio e contribuições para esse trabalho, agradeço: Ana Carolina Lacerda, Fagner Coelho, Fernando Matta, Filipe Farias, Helaine Oliveira, Helena Frias, Larissa Souza, Luciana Belo, Márcia Fagundes, Michelle Costa, Millena Farias, Pedro Lopes, Pedro Vidal, Rafael Morganti, Renata Fontanetto, Rodrigo Gonzales, Rodrigo Nogueira, Roberto Teva, Thamires Medeiros, Tiago Braga, Wendel Lima.

E, por fim, agradeço à Rebeca Rosa pelo serviço de transcrição e à bibliotecária Adriana Caamaño pela atenciosidade nos atendimentos.

RESUMO

SCHROETER, Mariana Santana. **A temática do abortamento no ensino de enfermagem: entre o senso comum e a consciência crítica.** 2017. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

As Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem estabelecem que o curso de graduação deve formar profissionais críticos e reflexivos. No entanto, as instituições formadoras apresentam dificuldades de efetivar um ensino que aborde a temática do aborto para além do conteúdo biológico. A discussão dessa temática requer habilidade para conduzir a questão e ter em perspectiva a mulher como cidadã e que está inserida em um sistema de estrutura de poder chamado patriarcado. O objeto de pesquisa eleito consistiu nas concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre o ensino do tema abortamento durante o curso de graduação. O estudo teve como objetivo analisar a abordagem do tema aborto no ensino da graduação a partir da perspectiva das enfermeiras recém-graduadas e discutir a relação entre a abordagem desse tema e as concepções das enfermeiras sobre a questão do aborto. A pesquisa teve abordagem qualitativa e do tipo descritiva. Participaram vinte e seis enfermeiras graduadas em 2015 ou 2016, que estavam no primeiro ano da residência, em programas coordenados pela Faculdade de Enfermagem da UERJ. A técnica de coleta de dados foi a entrevista individual e semiestruturada. Os depoimentos foram analisados por meio da hermenêutica-dialética. O estudo foi aprovado pela COEP UERJ, parecer n.º 1.533.584. O perfil das participantes foi constituído por vinte e quatro enfermeiras do sexo feminino e dois do sexo masculino; seis participantes graduaram-se em 2016 e vinte no ano de 2015. Sete participantes realizaram a graduação em instituições de ensino superior privadas e dezenove em instituições de ensino superior públicas. Estas instituições acadêmicas estão localizadas em diferentes estados do país, como Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e também no Distrito Federal. A partir da análise dos quadros hermenêutico-dialéticos emergiram duas categorias: 1) A abordagem do tema aborto no ensino de enfermagem: descontextualizado e superficial; 2) As concepções das enfermeiras sobre o tema aborto: o senso comum e a consciência crítica. A abordagem do ensino permanece centrada na perspectiva biológica e com ênfase no processo fisiopatológico do aborto, além de descontextualizada dos direitos sexuais e reprodutivos, e da saúde pública. O ensino requer avanços substanciais para suplantarmos essa abordagem superficial, a fim de alcançar a formação de profissionais qualificados, reflexivos e críticos sobre as questões complexas envolvidas nessa temática, como aspectos legais, morais, religiosos e socioculturais; possibilitar que a assistência de mulheres em situação de abortamento seja isenta de qualquer tipo de discriminação; garantir o exercício dos direitos das mulheres, prevenir danos à saúde e reduzir a mortalidade materna. Sugere-se que essa temática seja discutida amplamente nas disciplinas curriculares para que as barreiras profissionais e institucionais referentes ao abortamento legal, e ao atendimento da mulher em situação de abortamento possam ser superadas no país.

Palavras-chave: Aborto. Saúde da mulher. Educação em enfermagem.

ABSTRACT

SCHROETER, Mariana Santana. **The theme of abortion in nursing education: between common sense and critical conscience.** 2017. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The National Curriculum Guidelines of Nursing establish that the graduation course should train critical and reflective professionals. However, the training institutions present difficulties to implement a education that approach the issue of abortion beyond biological content. The discussion of this theme requires the ability to conduct the question and to have the woman as a citizen in perspective that is inserted in a power structure system called patriarchy. The research object consisted in the conceptions of the newly graduated nurses on the teaching of the abortion theme during the graduation course. The objective of this study was to analyze the approach of abortion in graduation education from the perspective of the newly graduated nurses and to discuss the relationship between the approach of this topic and the conceptions of the nurses on the abortion question. The research had a qualitative and descriptive approach. Twenty-six nurses graduated in 2015 or 2016, who were in the first year of their residency, in programs coordinated by the Rio de Janeiro State University. The data collection technique was the individual and semi-structured interview. The testimonies were analyzed through dialectical hermeneutics. The study was approved by COEP UERJ, number 1.533.584. The participants' profile consisted in twenty-four female nurses and two male nurses; six participants graduated in 2016 and twenty in 2015. Seven participants completed the graduation at private higher education institutions and nineteen at public higher education institutions. These institutions are located in different states of the country, such as Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro and also in the Federal District. Two categories emerged from the analysis of the hermeneutic-dialectic frameworks,: 1) The abortion approach in nursing education: decontextualized and superficial; 2) Nurses' conceptions of abortion: common sense and critical awareness. The education approach remains centered on the biological perspective and with emphasis on the pathophysiological process of abortion, as well as decontextualized sexual and reproductive rights and public health. Education requires substantial advances to overcome this superficial approach in order to achieve the formation of qualified, reflexive and critical professionals on the complex issues involved in this subject, such as legal, moral, religious and socio-cultural aspects; ensure that abortion assistance for women is free from all forms of discrimination; guarantee the exercise of women's rights, prevent harm to health and reduce maternal mortality. It is suggested that this theme should be discussed extensively in the curricular subjects so that the professional and institutional barriers to legal abortion and the care of women in situations of abortion can be overcome in the country.

Keywords: Abortion. Women's health. Education, Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 –	Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil.....	82
Fluxograma 2 –	Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil	87
Quadro 1 –	Modelo de quadro hermenêutico-dialético	95
Quadro 2 –	Caracterização das participantes	96
Quadro 3 –	Síntese do 1º quadro hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas	97
Quadro 4 –	Síntese do 2º quadro hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto	99
Quadro 5 –	As diferentes visões sobre aborto por participante	102
Quadro 6 –	A visão baseada na autonomia da mulher	103
Quadro 7 –	A visão norteadas pelos valores da sociedade conservadora	104
Quadro 8 –	A visão da prevenção de agravos	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCN/Enf	Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem
ENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da UERJ
IES	Instituição de Ensino Superior
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
ONU	Organização das Nações Unidas
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1	REFERENCIAL TEMÁTICO	18
1.1	Questões do gênero feminino, saúde da mulher e aborto	18
1.2	Marcos e tendências do ensino de enfermagem	25
1.3	A formação da consciência crítica e suas interfaces com a problemática do aborto	28
2	METODOLOGIA	35
2.1	Tipo de pesquisa e procedimentos metodológicos	35
2.2	Análise hermenêutica-dialética	37
2.3	Procedimentos éticos	41
3	RESULTADOS	42
3.1	Características acadêmicas das enfermeiras recém-graduadas	42
3.2	A abordagem do tema aborto no ensino de enfermagem: descontextualizado e superficial	43
3.3	As concepções das enfermeiras sobre o tema aborto: o senso comum e a consciência crítica	51
3.3.1	<u>As visões sobre a mulher que aborta e as influências dos valores da sociedade conservadora</u>	52
3.3.2	<u>A visão sanitária sobre a prevenção de agravos frente à problemática do aborto</u>	60
3.3.3	<u>A visão do papel profissional da enfermagem na assistência às mulheres que abortam e suas interfaces com ensino de graduação</u>	63
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICE A – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil.....	82
	APÊNDICE B – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil	87
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista	91
	APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido	92
	APÊNDICE E – Carta à instituição do cenário da pesquisa	94
	APÊNDICE F – Modelo de quadro hermenêutico-dialético	95
	APÊNDICE G – Caracterização das participantes	96

APÊNDICE H – Síntese do 1ºquadro hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas	97
APÊNDICE I – Síntese do 2ºquadro hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto	99
APÊNDICE J – As diferentes visões sobre aborto por participante	102
APÊNDICE K – A visão baseada na autonomia da mulher	103
APÊNDICE L – A visão norteadada pelos valores da sociedade conservadora	104
APÊNDICE M – A visão da prevenção de agravos	106
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	108
ANEXO B – Carta de autorização da instituição para a realização da pesquisa	111

COSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta dissertação tem como objeto de pesquisa as concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre o ensino do tema abortamento durante o curso de graduação.

A minha experiência acadêmica sobre essa temática foi diferente do que expressa a literatura. No decorrer da graduação, o tema foi abordado desde a perspectiva de defesa da vida e com argumentos religiosos, com um vídeo reportando o direito do feto, até discussões calorosas sobre código penal, mortalidade materna, direitos humanos, gênero e feminismo, com professores de departamento diversos, mostrando que há diferentes visões de mundo dos docentes e divergências no ensino deste tema em uma mesma instituição.

Frequentando eventos acadêmicos e participando da militância estudantil, tive contato com diversos debates sobre a saúde da mulher e abortamento. Foi a partir de uma discussão sobre as aulas de saúde da mulher, com uma amiga de militância de outra faculdade a quem dedico esse trabalho, que me deparei com o que veio a se tornar o objeto de pesquisa deste estudo.

Sabe-se que questões complexas estão envolvidas nessa temática como aspectos legais, morais, religiosos e socioculturais, porém o atendimento em saúde deve ser isento de discriminação e julgamento. O profissional de saúde deve prestar uma assistência humanizada baseada na ética profissional e garantir o respeito aos direitos humanos das mulheres, independente de seus preceitos morais e religiosos (BRASIL, 2011b; LEMOS et al, 2014; SILVA; ARAÚJO, 2011).

Considerando tais aspectos, a humanização e a ética profissional são necessárias para a enfermeira fundamentar a sua prática e oferecer à mulher apoio e alternativas para que ela tenha acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, incluindo a prevenção de novos episódios de aborto. No entanto, estudos têm mostrado que em muitas faculdades de enfermagem o tema abortamento ainda é abordado numa perspectiva mais biológica e técnica, com pouca ênfase em situá-lo como problema de saúde pública e tampouco como um direito humano da mulher (CARVALHO; PAES, 2014; LEMOS et al, 2014).

Sobre a perspectiva do movimento feminista, o aborto é um direito de decidir sobre o seu corpo. Não deve ser utilizado como um método contraceptivo e deve ser descriminalizado, legalizado e disponível no Sistema Único de Saúde para evitar os riscos que a clandestinidade oferece (BARROSO; CUNHA, 1980; MAYORGA; MAGALHÃES, 2008; VERARDO, 1987).

Na visão das mulheres que induziram a interrupção da gravidez a partir de um estudo das representações sociais (PEREZ et al., 2013), o aborto é dor, tristeza, crime, situação de cada um, culpa, coragem, pecado, morte e arrependimento. Em relatos livres, mulheres, declaram que o aborto é uma prática comum, ruim e que a clandestinidade gera medo. Esses sentimentos negativos estão relacionados com a ideia de “tirar a vida”, o que é crime e pecado (BARROSO; CUNHA, 1980; CARVALHO; PAES, 2014).

Entretanto, também são relatados sentimentos bons relacionados ao aborto provocado, como, por exemplo, o alívio. Isso está associado ao fato de as mulheres terem logrado dar fim a uma gravidez não desejada e que, por diversos fatores como renda, emprego e situação conjugal, elas acreditavam que não deveria prosseguir (CARVALHO; PAES, 2014).

Ainda sobre o sentimento alívio, foi encontrado na literatura que duas das 14 mulheres entrevistadas demonstraram um saldo positivo após induzirem o aborto. E algumas participantes relataram que induziriam novamente se estivessem em condições parecidas. A autora discute que essa pequena quantidade pode ser justificada pelo conflito entre a moral, a expectativa social da maternidade, o estigma que envolve o aborto e a ilegalidade desse procedimento no Brasil (MOTTA, 2016).

Na perspectiva biológica e técnica, o abortamento é a interrupção da gravidez com idade gestacional de até 22 semanas ou a expulsão do produto da concepção pesando menos de 500 gramas ou, ainda, medindo menos de 16 cm, caso não seja conhecida a idade gestacional. O aborto é crime, exceto em casos em que não há outro meio de salvar a vida da mulher e se a gravidez for consequência de violência sexual. Atualmente, também é permitido à mulher interromper a gestação de fetos anencefálicos, decisão garantida pelo Supremo Tribunal Federal desde 2012. Contudo, as mulheres que optam pela interrupção legal encontram dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde (ASSUCENA, 2013; BRASIL, 1940; 2011b; 2012).

O Ministério da Saúde divulgou uma estimativa de que ocorrem mais de um milhão de abortamentos induzidos no Brasil por ano (BRASIL, 2011b). Muitos desses procedimentos acontecem sem condições adequadas de higiene e de assistência à mulher, e por isso provoca complicações no procedimento, aumentando a morbimortalidade materna. Não suficiente, as complicações geradas pela ilegalidade do aborto geram custos elevados aos cofres públicos e prejuízo para a saúde da mulher (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004).

O abortamento é um problema de saúde pública relevante em nossa sociedade. Na década de 1990, o aborto provocado se manteve entre a terceira e a quarta causas de

mortalidade materna em várias capitais brasileiras. E, em 2013, foi a terceira causa no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2009, 2011a; RIO DE JANEIRO, 2013).

Outro desfecho possível para a mulher que abortou é sofrer processo criminal. Muitas vezes a denúncia é realizada por um profissional de saúde que a atendeu, mesmo isso ferindo o código de ética profissional quanto ao sigilo profissional. Um estudo aponta diversos processos com mulheres incriminadas por aborto (INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS-Brasil, 2012; MACIEL, 2014). No entanto, ainda que haja toda uma rede para o comércio clandestino de drogas abortivas, é perceptível que, na maioria dos casos, o crime recai sobre a mulher. Então o vendedor, seja um traficante ou um farmacêutico não, são os réus do processo criminal, e sim a mulher quando precisa de socorro (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Além do risco à saúde física e à possibilidade de um processo criminal, manter o aborto na clandestinidade representa mantê-lo como método punitivo para a sexualidade da mulher, pois não existe nenhum método contraceptivo que assegure completamente a impossibilidade da gravidez (MAYORGA, MAGALHÃES, 2008). Dessa forma, uma gravidez indesejada pode fazer parte da vida de uma mulher em idade reprodutiva e com vida sexual ativa. A ideia de punição sobre a sexualidade está relacionada aos sentimentos que rodeiam as mulheres que provocaram aborto. Esses sentimentos têm um viés de sofrimentos físico e psíquico, atrelados à clandestinidade, ao crime e ao pecado. A moral religiosa judaico-cristã está presente nessa temática devido ao histórico católico do país, tão presente no imaginário social, ainda que o Brasil seja um país laico, de livre expressão das religiões (PEREZ et al., 2013).

As religiões e seus dogmas também tentam impor a seus fiéis uma prática sexual defendida pela instituição. Ainda que exista muita divergência entre a prática sexual dos fiéis e o discurso dos líderes religiosos frente à sexualidade, há um consenso punitivo sobre a sexualidade feminina. As religiões cristãs têm um discurso utópico de abstinência sexual relacionada à divindade. “E quando tomamos o cristianismo, vemos que tanto Jesus quanto São Paulo diziam que a abstinência sexual, de longe, era o melhor caminho para trilhar” (ENDJSO, 2014, p.39).

A luta feminista em relação ao aborto também passa pelo repúdio à ligação entre a sexualidade da mulher e a “natureza” de ser mãe, um valor disseminado pelo patriarcado, que é um sistema de opressão em que homens se utilizam das estruturas e práticas sociais para oprimirem, explorarem e dominarem as mulheres (WALBY, 1990). Esse caminho de portas fechadas do Estado ou com saídas clandestinas, que ocasionam desfechos danosos quando o

assunto é a interrupção da gravidez no Brasil, demonstra a falta de reconhecimento da autonomia das mulheres sobre seus corpos e no exercício da sexualidade.

Existe dificuldade no reconhecimento das mulheres como sujeitos de si e cidadãos de direitos. É também uma dificuldade colocar em questão leis de um Código Penal que data de 1940. Logo, deve-se ampliar e contextualizar o debate para o entendimento de que também é possível fazer mudanças em marcos legais, as quais devem ser feitas por meio da crítica a uma cultura já estabelecida. Espera-se que assim a temática abortamento possa sair do reducionismo de ser contra ou ser a favor (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008).

Considerando a relação entre a saúde reprodutiva e os direitos humanos, é possível destacar um evento promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1994, a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo, capital do Egito, e que foi considerada um ataque violento à sociedade islâmica. No encontro, o desenvolvimento do ser humano, foi discutido, e as desigualdades de gênero, questões relacionadas ao meio ambiente e aos direitos humanos foram levadas em consideração nos debates. No ano seguinte, ocorreu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim (China), onde foram reafirmados os acordos estabelecidos no Cairo e onde houve avanço na definição dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos (ENDJSO, 2014; ONU, 1994; 1995).

O Brasil participou de ambas as conferências e assumiu a responsabilidade de realizar políticas públicas conforme definido em normativas, convenções e acordos internacionais. Apesar destes dispositivos, estudos verificam que o atendimento à mulher em processo de abortamento ou com histórico prévio nos serviços de saúde ocorre de forma discriminatória, negligente e, por vezes, há julgamentos de valor, mesmo entre aquelas que tiveram abortamentos espontâneos. Os estudos recomendam que o enfermeiro preste assistência integral e ética, e que os cursos de enfermagem ampliem as discussões dessa temática a fim de que o abortamento seja um fenômeno debatido para além do senso comum (MARIUTTI; ALMEIDA; PANOBIANCO, 2007; VARGENS, 2001).

Uma profissão de nível superior da saúde é a de Enfermeira¹. A graduação em Enfermagem é baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem estabelecidas pelo Ministério da Educação (MEC), por meio da Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. No documento, consta que a Enfermeira deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. A profissional deve estar apta a exercer a

¹ Enfermeira - Escrevo propositalmente este trabalho utilizando a flexão de gênero feminino para o termo “enfermeira” em vez de “enfermeiro” e “enfermeiras”, em vez de “enfermeiros”.

Enfermagem baseada na ciência e pautada pelos princípios éticos. A Enfermeira deve ser capaz de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença de acordo com o perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais e seus determinantes (BRASIL; 2001).

As Diretrizes Curriculares de Enfermagem demonstram a mudança de paradigma de atenção à saúde e reconhecem a multidimensionalidade da prática profissional, indo além do pensamento simplificado e fragmentado. Essas Diretrizes também indicam o estímulo do estudante de enfermagem a refletir sobre a atenção à saúde e a prática profissional fundamentada não apenas em bases biológicas, como também nas sociais. Para isso, é necessário haver estímulo à articulação da pesquisa com o ensino e extensão, de forma a contemplar a integração entre teoria e prática e, estimular a produção do conhecimento próprio e inovador (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

A mudança de paradigma levou à a diversificação de cenários de práticas de saúde/enfermagem e de metodologias de ensino-aprendizagem que fossem ativas e que coloquem a estudante de enfermagem como sujeito do seu processo de formação. Isso requereu mudanças no corpo docente das instituições, e essas mudanças foram transformações construídas coletivamente (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

Ao serem implementadas, as Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem preveem estratégias pedagógicas para diminuir as contradições entre formação teórico-prática e a práxis profissional. Afinal, a formação profissional da enfermeira deve ser reflexiva, crítica e inovadora e deve ter como base desse “[...] processo: as políticas de ensino, políticas do exercício profissional e as do trabalho em saúde/enfermagem” em sintonia com o novo paradigma de atenção à saúde (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013 p.100).

No entanto, ainda que se tenha nessas Diretrizes Curriculares a orientação de formar um profissional com potencial crítico e reflexivo, as instituições formadoras apresentam dificuldades de trabalhar a temática do aborto para além do conteúdo biológico. O que denota que o ensino ainda requer avanços na perspectiva humanística e ético-política frente ao cuidado da mulher em situação de abortamento (LEMOS, et al., 2014).

Discutir essa temática, entendendo a mulher como cidadã que está inserida em um sistema de estrutura de poder chamado patriarcado, requer habilidade ao conduzir a discussão, visto que as estudantes e as professoras estão inseridas nessa estrutura. E podem passar por um pânico moral por se sentirem desqualificadas enquanto mulheres e estarem indo contra a “natureza feminina” e, às vezes, contra sua própria moral. No entanto, promover a discussão a partir dos direitos sexuais e reprodutivos, do gênero, das relações do patriarcado e de suas

interfaces com a questão do abortamento pode ser lida como uma transgressão dessa estrutura de poder sobre as mulheres (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008).

É necessário, portanto, discutir a questão da sexualidade, evitando atrelá-la à reprodução em nossa sociedade. Esse é um dos desejos dos movimentos feministas, tanto para a enfermagem quanto para todos os profissionais da área da saúde e para a sociedade. Para que isso ocorra, esses movimentos sugerem que haja um forte trabalho político-cultural que implique mudanças de consciências e de cultura política, já que ainda falta muito para o pleno reconhecimento sobre a autonomia das mulheres no exercício da sexualidade em nosso país (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008). Isso é um dos primeiros pontos a serem revistos por aquelas que ensinam, não apenas as professoras, como também todas as enfermeiras que participam direta ou indiretamente do ensino de novos profissionais de enfermagem.

Para que ocorra um debate mais amplo sobre o assunto na graduação de enfermagem, para além do ensino biológico, é necessário discutir as questões de gênero e suas interfaces com os direitos humanos, a cidadania, a saúde pública e a enfermagem.

Frente ao exposto, foram delimitadas as seguintes questões norteadoras:

- Como o tema do aborto foi abordado no ensino de graduação em enfermagem, segundo as enfermeiras recém-graduadas? A forma pela qual esse tema foi ensinado tem relação com as concepções dessas enfermeiras sobre as questões que envolvem o aborto?

Considerando tais questionamentos, os objetivos da pesquisa são:

- Analisar a abordagem do tema aborto no ensino da graduação a partir da perspectiva das enfermeiras recém-graduadas
- Discutir a relação entre a abordagem desse tema e as concepções das enfermeiras sobre a questão do aborto.

A pesquisa proposta buscou discutir a questão de gênero relacionada ao ensino da temática abortamento, que desempenha importância para o enfrentamento da mortalidade materna e para a defesa dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos nas políticas públicas brasileiras atuais no âmbito da saúde. Portanto, a relevância desta pesquisa envolve não apenas o estudo de um assunto de interesse para o campo da saúde da mulher, como também sua abordagem durante a formação profissional, cuja vertente ainda é pouco explorada na graduação de enfermagem.

Em pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde – Enfermagem, em agosto de 2015, foram encontrados 59 trabalhos com os termos “aborto” e “educação” ou “ensino”, na sentença (tw:(aborto)) AND (tw:(educação or ensino)); nesses 59 trabalhos, não foi encontrado

nenhum sobre o ensino da temática abortamento. Em dois textos, sendo um artigo e uma dissertação, o foco foi a opinião de estudantes de enfermagem frente ao aborto e a atitude em relação ao aborto provocado (FONSECA, 1994; SILVA, 1979).

Por ser um tema que suscita debates, por vezes calorosos, entre segmentos da sociedade brasileira na atualidade, espera-se contribuir com a reflexão sobre como o ensino do abortamento é realizado durante a formação dos enfermeiros, de modo a promover subsídios para sua melhoria e, por conseguinte, uma assistência mais qualificada para as mulheres que serão cuidadas por esses profissionais.

A compreensão do objeto de pesquisa proposto pode colaborar para o ensino de enfermagem pautado na defesa dos direitos humanos da mulher nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem. Contribuirá também para o avanço nas pesquisas sobre educação em enfermagem e no debate sobre aborto na academia, incentivando mais estudos referentes ao tema, ampliando o debate.

Discutir sobre o aborto na universidade estimula a discussão sobre a autonomia das mulheres sobre o próprio corpo quando debatido fundamentado nos direitos de cidadania e provoca reflexão sobre o contexto político de uma sociedade patriarcal.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

Escrevo propositalmente este trabalho utilizando o gênero feminino para o termo “enfermeiras”, em vez de “enfermeiros”. Não apenas porque a maioria das profissionais que exercem essa profissão é mulher, mas também para provocar o imaginário do leitor, gerando, talvez, um incômodo por estar acostumado a uma língua em que o masculino prevalece sobre o feminino.

Os próximos três capítulos contextualizarão as questões que foram selecionadas para melhor analisar o objeto do estudo. Por isso, em primeiro lugar, será apresentada a discussão já existente sobre gênero, saúde da mulher e o abortamento, para conhecer o contexto macroscópico do objeto. No segundo capítulo serão apresentados os marcos e as tendências do ensino de enfermagem. Já no terceiro capítulo, a discussão sobre currículo, concepção crítica da educação e o ensino sobre a questão do aborto na enfermagem são apresentados. Este último é o espaço microscópico deste estudo.

1.1 Questões do gênero feminino, saúde da mulher e aborto

A história da mulher no Brasil colônia iniciou com uma divisão étnica-racial, em que as mulheres brancas eram confinadas ao espaço privado e submetidas à rígida moral sexual católica, enquanto as mulheres negras e indígenas sofriam do estupro colonial. Ainda que cronologicamente esse tempo pareça distante, eles resultaram em diferenças na história de opressão das mulheres brasileiras. Ainda na primeira metade do século XX, era esperado um comportamento recatado, valorizando a virgindade das mulheres brancas, enquanto havia uma permissividade da sociedade em relação ao assédio e violência sexual contra as mulheres negras (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

O padrão de relação visto com dignidade pela sociedade daquela época era a construção de famílias nucleares, baseadas em casamentos legalmente reconhecidos pelo Estado e pela igreja católica. A relação deveria ser monogâmica e o casamento indissolúvel. Esse modelo de relação era o único que assegurava o direito à herança, proteção social e obrigações do homem com a paternidade. Outras formas de relações e famílias, como por

exemplo, a união consensual, eram marginalizadas e até mesmo ilegais, não permitindo a transferência de herança nem garantindo benefícios sociais (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Por conta da imigração europeia, final do século XIX e início do século XX, (para que a população brasileira embranquecesse) os homens negros livres não foram inseridos no mercado de trabalho formal, gerando desemprego provocado pelo racismo. Já as mulheres negras ocuparam espaços de trabalhos informais, precários e pouco remunerados, como por exemplo, o trabalho doméstico, um espaço deixado pelas mulheres brancas, que passaram a trabalhar nas indústrias na segunda metade do século XX (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

As mulheres negras não seguiam necessariamente o padrão de relação estabelecida pela sociedade da época, sendo comuns as relações consensuais em vez de casamentos católicos. Dessa forma, as mulheres negras tinham menor remuneração e direitos sociais, caracterizando uma desigualdade de gênero e de raça/etnia (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

As concepções de gênero diferem não apenas entre as sociedades e os momentos históricos como, também no interior de uma determinada sociedade, ao se considerar os diversos grupos étnicos, religiosos, raciais e de classe que a constituem (GIDDENS, 2012).

Para a historiadora Joan Scott, gênero é a organização social da diferença sexual. Isso não significa que gênero reflita ou institua diferenças físicas fixas e naturais entre homens e mulheres, mas sim que o gênero é o saber que estabelece significados para as diferenças corporais. Esse significado “é um lugar perpétuo para a contestação política, um dos locais para a implantação do conhecimento pelos interesses do poder” (SCOTT, 2012, p. 346).

A partir do sexo de um ser humano, diversas ideias sobre essa futura pessoa são construídas no imaginário. Por exemplo, quando se descobre o sexo do feto diversas expectativas são criadas, como a cor das roupas que irão vestir a criança, os brinquedos, as atividades e até mesmo atitudes e personalidade. Logo, gênero está vinculado a noções socialmente construídas de masculinidade e feminilidade, não sendo um produto direto do sexo biológico, mas também dependente dele (GUIDDENS, 2012).

O termo *gender* (gênero) começou a ser usado nos Estados Unidos na década de 1960, em pesquisas acadêmicas que queriam se referir e enfatizar as relações sociais nas pesquisas sobre as mulheres. Já na França, essas pesquisas utilizavam o termo “relações sociais de sexo”. O uso do termo gênero possui atualmente diversas críticas, principalmente no que tange o risco de naturalizar as diferenças sociais, por ser usado erroneamente como uma simples *bicategorização* inofensiva sem a ideia de hierarquia que se propõe, e, também por manter o binarismo homem e mulher, heterossexualidade e homossexualidade (MATHIEU, 2009).

Nesse trabalho é defendido que existe uma relação entre gênero e poder, e esse poder é chamado patriarcado que é “[...] um sistema de estruturas e práticas sociais no qual os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres” (WALBY, 1990, p.20). Dessa forma é utilizado o termo gênero sem naturalizar as opressões que as mulheres sofrem. Segundo Guiddens, as feministas radicais consideram o patriarcado um fenômeno universal que existiu ao longo de todos os tempos e culturas. No entanto, Sylvia Walby defende que não se pode falar de um sistema uniforme e imutável de opressão. Não será discutido aqui a temporalidade do patriarcado, mas sim que ele é um sistema de poder que oprime as mulheres e que existe hoje (GIDDENS, 2012; WALBY, 1990).

A palavra patriarcado comporta o sentido de autoridade e nenhuma noção de filiação biológica segundo o dicionário crítico do feminismo. Patriarcado tem sua origem semântica na combinação das palavras gregas *pater* (pai) e *arkhe* (origem e comando). Logo, literalmente, quer dizer autoridade do pai. No entanto, a palavra utilizada para pai é genitor, e *pater* também era utilizado para designar todo homem que não dependia de nenhum outro homem e que tinha autoridade sobre a família e um domínio. Então, patriarca não é, necessariamente, o genitor, e sim aquela figura masculina que exerce autoridade (DELPHY, 2009).

Há uma distinção entre patriarcado privado e patriarcado público. No primeiro, a dominação das mulheres ocorre dentro do lar, onde existe opressão por um indivíduo que pode ser chamado de patriarca. No patriarcado público, que é uma estrutura mais coletiva, as mulheres estão inseridas em domínios públicos, como a política e o mercado de trabalho, permanecendo segregadas da riqueza, do poder ou do status (GIDDENS, 2012).

Hoje vivemos uma mudança, pois o número de mulheres que são as responsáveis nos lares cresceu, como também pela ausência da figura masculina nesse ambiente. Porém, isso não significa que as mulheres são menos oprimidas, pois possuem tripla jornada de trabalho. É considerado que ocorreu uma mudança do patriarcado do privado para o público, e não uma superação deste (GIDDENS, 2012).

Nesse sistema de poder, as mulheres são seres que estão vinculadas à “natureza” e que, devido a essa ligação “é natural ser mãe”. A sexualidade das mulheres está intimamente ligada ao seu papel de reprodutora. A ideia que é ensinada sobre ser mãe e “amor de mãe” é a entrega incondicional ao outro, até mesmo se isso significa abrir mão da sua condição de sujeito. Esse é o sentido da sexualidade das mulheres e sua “natureza reprodutora” estabelecido pelo patriarcado (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008).

Nesses discursos, o que as mulheres podem ou devem ser não é interpretado como construção social em um sistema assimétrico de relações de poder, mas como consequência dos seus impulsos inatos. Apenas a partir de Simone de Beauvoir (1972) que foram questionadas essas características com valor de naturalidade para serem alocadas no campo da cultura (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008).

Essa visão sobre a “naturalidade” da maternidade era implementada nas políticas públicas brasileiras, que via a mulher apenas como um ser reprodutor. Foi através do movimento de mulheres que ocorreu uma ruptura vanguardista da saúde. Foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que ampliou a visão das políticas de saúde para as mulheres para além da reprodução. Esse programa incluiu todas as etapas da vida da mulher e acrescentou o cuidado à prevenção do câncer, à saúde mental, sexual e, ao planejamento reprodutivo, superando assim a visão dos antigos programas de saúde materno-infantil. Esse programa foi vanguarda na saúde porque trazia, também, a ideia de integralidade antes mesmo da existência do Sistema Único de Saúde. O PAISM foi sem dúvida um avanço político para as mulheres brasileiras (FARAH, 2004; LEMOS, 2011).

Esse sistema mítico de naturalização dos comportamentos e ações das mulheres é uma construção social advinda do patriarcado e extremamente eficaz no processo de subjetivação das mulheres. O Brasil tem se mostrado um país patriarcal através de suas políticas públicas atuais, voltadas para a maternidade como a ênfase no Programa Rede Cegonha e a estagnação do projeto da Comissão Tripartite, que visa rever a legislação punitiva em torno do aborto, em apreciação na Comissão de Constituição e de Cidadania da Câmara Federal (CARNEIRO, 2013).

As políticas públicas voltadas para a mulher tiveram uma forte influência do movimento de mulheres e de acordos internacionais. Como sociedade civil organizada, as mulheres reivindicaram melhoria na atenção à saúde e transformação da visão de serem apenas corpos reprodutivo, para a visão de mulheres cidadãs. Diversos acontecimentos ao longo da história contribuíram para a transformação dessa visão, mas houve tentativas de conservar a ideia da mulher como reprodutora como pode ser observado na linha do tempo (APÊNDICE A) (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009; LEMOS, 2011; NEVES, 2015).

Em relação ao aborto no Brasil, é possível entender que este é um assunto que perpassa por uma opressão nos âmbitos privado e público. Essa opressão se caracteriza pela ideia de que a “natureza” da mulher é ser mãe e desqualifica, aquelas que não desejam continuar a gestação, optando por uma atitude que vai de encontro ao “natural”.

O abortamento é um evento que pode ocorrer na vida de uma mulher sendo espontâneo ou provocado, legal (seguro) ou clandestino (inseguro). Dependendo da qualidade da assistência prestada a essa mulher, seu desfecho pode ser o óbito materno.

Segundo a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres ocorreram, no Brasil, 1600 abortos legais em 51 serviços especializados do SUS em 2004. Neste mesmo ano foram realizadas 242.998 internações motivadas por curetagem pós-aborto, decorrentes de abortos espontâneos ou provocados. A curetagem é o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, superando apenas os partos normais (BRASIL, 2005b). O atendimento ao tratamento das complicações do aborto custa em média nove vezes mais do que um aborto seguro e cinco vezes mais do que um parto normal (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004). Além disso, o aborto é uma significativa causa de mortalidade materna no país. Na década de 1990, na cidade de Salvador, o aborto foi a principal causa de mortalidade materna; em 2013, foi a terceira causa no estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2009, 2011a; RIO DE JANEIRO, 2013; VILLELA; BARBOSA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 31% das gestações brasileiras terminam em aborto provocado ou espontâneo. Anualmente, ocorrem aproximadamente 1,4 milhão de abortamentos espontâneos e inseguros no Brasil, com uma taxa de 3,7 abortos a cada 100 mulheres de 15 a 49 anos. Na América Latina ocorrem por ano 182 milhões de gestações, sendo que 36% não são planejadas e 4 milhões de abortos contribuem com 21% das mortes maternas. Considerando dados de 1995 e de 2003 houve queda inexpressiva do número de abortamentos de 4,2 milhões em 1995 para 4,1 milhões em 2003 (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2011b).

Muitas mulheres se submetem a procedimentos para abortarem e colocam em risco a própria vida, podendo ser um dos desfechos a morte por complicações do abortamento. Os dados exatos de casos de morte materna por abortamento não são confiáveis, pois muitas vezes, as complicações decorrentes do aborto são registradas como hemorragias e infecções, camuflando, assim, as estatísticas. Dessa forma, lamentavelmente, o número divulgado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) de morte materna no Brasil por abortamento em 2011 deve ser maior que 135 mulheres (BRASIL, 2011a).

Pelo Código Penal brasileiro, a prática do aborto é permitida se o procedimento for realizado para salvar a vida da mulher ou se a gravidez for fruto de um estupro e se ela assim o desejar. Ainda que existisse essa possibilidade legal para o procedimento desde 1940, apenas em 1989 que, em São Paulo, foi implementado o primeiro serviço de atendimento às vítimas de violência sexual no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya. Para a mulher ter

acesso ao serviço de aborto legal, era necessário apresentar o Boletim de Ocorrência (BO) e, laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML) (MADEIRO; DINIZ, 2016). Desde 2005, através de muita luta do movimento feminista, o Ministério da Saúde regulamentou, através da portaria nº 1508, o atendimento às mulheres vítimas de violência sexual sem que haja a exigência desses documentos para cumprir os direitos à saúde dessas mulheres, evitando assim que a mulher seja revitimizada (BRASIL, 2011b; ESTURARO, 2013).

Sabe-se que os serviços de abortamento legal estão principalmente nas capitais e concentrados mais na região sudeste. Segundo o Dossiê sobre aborto da Rede Feminista da Saúde em 2005, existiam apenas 42 hospitais públicos no território brasileiro que ofereciam o serviço de aborto legal distribuídos da seguinte maneira: 16 no Sudeste; 13 no nordeste; oito no Sul; cinco no Norte e quatro no Centro-Oeste. Cabe ressaltar que cinco estados ainda não ofereciam esse serviço (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009; REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

Em 2009, havia 60 serviços estruturados para o serviço de aborto previsto em lei. Isso pode mostrar que a Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes e a portaria nº 1508 podem ter proporcionado esse aumento, ainda que discreto (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Entretanto, estudos têm mostrado que ainda existem práticas incorretas e ilegais de condicionarem o serviço de aborto previsto em lei, em relação ao Boletim de Ocorrência (BO), ao Comitê de Ética da instituição ou ao laudo do Instituto Médico Legal (IML) (MADEIRO; DINIZ, 2016). Essas imposições de barreiras, que nunca foram exigências legais para o procedimento, demonstram o desconhecimento da prática correta e também se mostram como estratégias de opressão do serviço de saúde para as mulheres (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

Além do serviço de abortamento legal, sabe-se também que existe o abortamento clandestino que envolve o consumo de serviço à margem do sistema de saúde para a realização do procedimento. Portanto, há uma desigualdade assistencial, que provoca a exposição de riscos e complicações para todas as mulheres (ASSUCENA, 2013).

Existe uma influência religiosa, seja ela explícita ou não, que interfere na garantia dos direitos relacionados à assistência à mulher, tanto no aborto legal quanto na assistência às intercorrências de um aborto inseguro. O Estado brasileiro é laico e isso significa que é permitido a todos os cidadãos professar a crença desejada, incluindo não ter crença religiosa, porém é vedado que tais convicções religiosas interfiram nos assuntos do Estado, incluindo assim o atendimento em saúde. Dessa forma, aqueles que consideram o aborto um pecado

devem abster-se de praticá-lo, e não usar desse argumento para castigar as mulheres (VILLENA; BARBOSA, 2011).

O grupo de Pesquisa Direito Humanos, Poder Judiciário e Sociedade da UERJ, em parceria com a IPAS Brasil, fez uma pesquisa sobre as mulheres incriminadas por aborto no estado do Rio de Janeiro. Eles encontraram que, a partir dos atores do sistema de justiça no período de 2007 a 2010, houve 128 processos com mulheres incriminadas por aborto, com uma condenação e 87 processos ainda em andamento no período em que essa pesquisa jurídica foi realizada (INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS-Brasil, 2012). Também foi noticiado pelo jornal on-line Estadão que, segundo as Secretarias Estaduais de Segurança, existiam 33 mulheres presas no Brasil por provocarem aborto em 2014. Das 12 prisões ocorridas no Estado de São Paulo, sete mulheres foram denunciadas por médicos ao receberem atendimento no SUS (MACIEL, 2014).

Para que ocorra o debate dessa temática na graduação de enfermagem, para além do ensino biológico, é necessário discutir as questões de gênero e suas interfaces com a saúde pública e a enfermagem. Discutir sobre o aborto na universidade pode significar discutir a autonomia das mulheres sobre o próprio corpo e tramitar em um terreno repleto de resquícios da moral religiosa.

Porém, não discutir sobre isso é contribuir para o patriarcado, mantendo-se, assim, o seu domínio e diminuindo a autonomia das mulheres sobre si mesmas. Afinal, o patriarcado tem atuado no sentido de negar às mulheres a autonomia para falar, pensar e agir. Se as mulheres não têm o direito de decidir sobre seu corpo, isto significa perder sua autonomia.

O fato de o aborto ser crime no Brasil e a temática ser desvalorizada e negligenciada oferece armas eficazes para o controle social, o que representa um desafio a ser superado pela sociedade e pelos atores que estão envolvidos nos cuidados à saúde das mulheres, como, por exemplo, as enfermeiras (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008).

Sobre os profissionais que atuam ou que podem atuar com mulheres em idade reprodutiva e com aborto, é pertinente questionar sobre sua formação. Esta deve discutir as dimensões subjetivas, morais e afetivas, além das desigualdades de gênero e as diferenças entre a vida sexual e reprodutiva de mulheres e homens (VILLELA; BARBOSA, 2011). Dentre tantas profissões, a enfermagem é uma delas.

1.2 Marcos e tendências do ensino de enfermagem

O ensino superior para mulheres no Brasil foi legalmente permitido a partir de 1879. Até onde se conhece, a primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermeiras no Brasil correu em 1890, no Rio de Janeiro, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados. Essa escola buscava formar enfermeiros e enfermeiras para atuarem em hospícios e em hospitais civis e militares. (BARREIRA et al, 2011; FERNANDES, 2006; NOGUEIRA, 2013). Para melhor acompanhar esses fatos, também foi construída uma linha do tempo sobre o ensino de enfermagem no Brasil (APÊNDICE B).

Já em São Paulo, por volta de 1901, foi criado o curso de enfermagem do Hospital Evangélico, onde hoje é o Hospital Samaritano. Esse curso formava enfermeiras para atuarem no próprio hospital que atendia estrangeiros que estavam no Brasil. Outra escola criada também no início do século XX foi a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha para preparar voluntárias para atuarem na I Guerra Mundial (BARREIRA et al, 2011; FERNANDES, 2006; NOGUEIRA, 2013).

Ainda que existam divergências, a primeira escola a implantar o sistema criado por Florence Nightingale foi a Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, no Rio de Janeiro, que mais tarde se tornou Escola de Enfermagem Anna Nery. Essa escola passou a ser o padrão para o ensino de enfermagem no Brasil por adotar o modelo nightingaliano (BARREIRA et al, 2011; FERNANDES, 2006).

O ensino de enfermagem foi incorporado ao ensino universitário com a promulgação da Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, sob pressão da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Ainda que essa lei ditasse o ensino de enfermagem em centros universitários ou sedes de faculdades de medicina, ampliando o número de escolas, tinha como objetivo atender ao mercado que estava aumentando, e por isso o enfoque do ensino era no modelo biomédico, na área hospitalar (FERNANDES, 2006).

Em 1961, o Estado brasileiro coloca sob sua responsabilidade as decisões sobre educação e currículo dos cursos superiores. Sob esse controle, no ano seguinte, o Estado criou o currículo mínimo para o curso de graduação em enfermagem. Esse currículo reduziu o curso de quatro para 3 anos, excluiu a disciplina ciências sociais, e enfermagem de saúde pública deixou de ser uma disciplina obrigatória para tornar-se uma especialização de caráter optativo. Perdeu-se, assim, a formação para uma assistência preventiva, predominando a hospitalar. A

ABEn mostrou-se contrária a esse parecer emitindo um ofício, solicitando ao Conselho Federal de Educação que sustasse o parecer que instituía tais mudanças, porém essa solicitação não foi exitosa (FERNANDES, 2006; VALE; FERNANDES, 2006).

Durante a ditadura militar, entrou em vigor a Lei nº 5540, de 28 de novembro de 1968, que foi chamada de “Reforma Universitária”. Essa lei exigia a revisão dos currículos mínimos dos cursos superiores para atender a modernização e sofisticação tecnológica que o mercado da época estava precisando. Posteriormente, a partir dessa necessidade de revisão, as enfermeiras insatisfeitas com o currículo mínimo aprovado em 1962, que mantinha a ênfase no modelo biológico e curativo, viram uma possibilidade de reformular essa visão do ensino em enfermagem. Foi então que, em 1972, foi aprovado um novo currículo que incluiu a disciplina de ciências sociais e aumentou a duração do curso. No entanto, a enfermagem em saúde pública permaneceu como especialização, e o modelo curativo continuava se sobrepondo ao modelo preventivo.

Com um cenário de luta pela democracia e de ampliação dos direitos sociais, a visão de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença foi difundida a partir da Declaração da Alma-Ata, elaborada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. Isso promoveu mudanças significativas na luta por uma concepção de saúde ampliada. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a criação do Sistema Único de Saúde em 1988 e a promulgação da Lei orgânica da Saúde em 1990, a visão de saúde dominante e, por consequência, o ensino dos profissionais de saúde deveriam sofrer alterações substanciais para atender aos princípios e diretrizes do novo sistema de saúde brasileiro.

Em 1994, foi aprovado um novo currículo para a graduação em enfermagem com quatro eixos temáticos: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Administração em Enfermagem. Foi estipulada carga horária mínima de 3500 horas e duração mínima de quatro anos, além de percentuais dessa carga horária para cada eixo temático, o que sofreu críticas, já que limitava as instituições e desconsiderava características regionais. Além disso, dentre as disciplinas fixadas por essa portaria, a disciplina de educação em enfermagem não estava presente. Esse novo currículo favoreceu mudanças significativas, colocando as ciências humanas como uma das bases da enfermagem e incluindo a saúde coletiva no ensino de enfermagem (BRASIL, 1994).

Em contraponto aos direitos sociais e à luta por uma sociedade com menos desigualdades, o neoliberalismo começou a se fazer presente na educação superior brasileira

em 1996, quando foi aprovada a lei de diretrizes e as bases da educação nacional, que flexibilizaram os currículos de graduação na sua extensão, tanto em relação ao número de cursos quanto ao aumento das vagas. Para a enfermagem isso significou um aumento de vagas para o curso de graduação, principalmente nos cursos privados, e as regiões Sudeste e Sul mantiveram a concentração na oferta desses cursos. Entre os anos de 2000 a 2007, o número de cursos superiores de enfermagem foi de 152 para 655, sendo que 65,4% (329) estão no Sudeste. Destes 329 cursos na região sudeste, 304 (93%) cursos são ofertados por instituições privadas e 25 cursos por instituições públicas (BRASIL, 1996b; BAPTISTA et al., 2010).

Influenciada pela nova Lei orgânica da Saúde, construiu-se um processo de discussão da formação da enfermeira liderado pela ABEn. Foi por meio dos Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn) e também nos Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEn) que se discutiu e defendeu o tipo de formação superior que expressasse o compromisso dessa categoria profissional com a Reforma Sanitária e o SUS. A partir dessas discussões e da ABEn, como porta-voz da categoria, foram definidas as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem (DCN/Enf). Essas diretrizes não estabeleceram um percentual mínimo para as disciplinas, mas reforçou a formação com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2001; FERNANDES, 2006; MOURA et al, 2006).

Entretanto, as DCN/Enf permitem variadas interpretações de alguns termos. A interdisciplinaridade, por exemplo, que é vista como solução para diversos problemas é um desafio para as instituições formadoras. Portanto, como é possível ensinar baseado na interdisciplinaridade se os exemplos desse modelo na realidade dos serviços de saúde ainda estão em desenvolvimento? Será que possuímos clareza sobre a quantidade e qualidade do corpo docente? Será que é possível integrar as disciplinas do curso de graduação, opondo-se ao olhar disciplinar isolado? E quanto à infraestrutura e à articulação com os serviços de saúde, é possível para praticar a interdisciplinaridade no serviço?

Esses questionamentos foram feitos em 2003, e muitas dessas questões ainda se apresentam como desafios para efetivar a interdisciplinaridade e a compreensão desse paradigma. No entanto, é inquestionável que a interdisciplinaridade é necessária para a qualidade no atendimento em saúde, além de uma coerência no processo de formação profissional (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013; LUZ, 2009; MEYER; KRUSE, 2003).

Outro desafio é a formação por competências, em que é possível ser interpretada como favorecendo o processo de individualização da sociedade e transferindo ao indivíduo a responsabilidade sobre o seu êxito ou fracasso (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013). Além

disso, a formação por competência ainda não possui uma precisão conceitual, gerando dúvidas entre os educadores e também no que tange a transposição entre a esfera discursiva para a prática pedagógica. O que se tem visto é uma mudança apenas da nomenclatura de objetivos gerais para competências e de objetivos específicos para habilidades, mudando apenas a aparência e não a essência do ensino propriamente dito (PRADO, 2009).

Sobre a máxima da formação por competência “aprender a aprender” também é possível inferir a existência da influência do mercado, desejando a dinamicidade, flexibilidade, adaptabilidade e rapidez, defendidos pelo neoliberalismo. Segunda a etimologia, o vocábulo, *competentia*, do latim vem de *competere*, que significa competir, concorrer, buscar a mesma coisa que outro. E competir é uma questão simbólica do capitalismo. Essa ideia de dinamismo pode gerar também uma alienação, pois o aluno está a todo momento aprendendo o que o mundo necessita em vez de refletir sobre ele para criar algo para o mundo (PRADO, 2009).

Na enfermagem, a defesa da formação por competência aproxima-se da ideia de desempenho, de “ser capaz de”. “Em outras palavras, competência é a condição do desempenho, sendo a primeira, o mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação” (RAMOS, 2001, p.22). É defendida que a formação por competência deve ter um enfoque na dimensão humana e social sobrepondo-se às características próprias do sujeito como um ser individual e abstrato.

É preciso refletir se a formação de enfermagem está absorvendo uma roupagem do capitalismo que se utiliza de ideias aparentemente criativas e estimulantes para atender ao mercado, ou se está defendendo a formação de enfermeiras para a sociedade com características sociais como as da reforma sanitária e o SUS.

1.3 A formação da consciência crítica e suas interfaces com a problemática do aborto

O ensino de enfermagem apresentou mudanças e avanços na incorporação de conceitos provenientes da pedagogia crítica, como, por exemplo, a autonomia e a problematização, e também incorporou metodologias ativas que estimulassem o estudante de enfermagem a aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser, e a aprender a conviver. Essas teorias e conceitos são importantes devido ao papel social e político da enfermeira, que é comprometida com o enfrentamento dos problemas de saúde da sociedade por meio das

políticas públicas e de educação em saúde (FERNANDES, 2006; FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

O processo formativo exprime uma teoria de currículo ainda que não necessariamente os atores do ensino se atentem para isso. Sempre existe uma teoria de currículo por de trás de um ensino estruturado como em uma escola ou faculdade. Currículo não é apenas o planejamento do que se pretende ensinar e quando, como era entendido até meados da década de 1980. Ele representa um lugar onde ativamente são produzidos e criados significados sociais.

O currículo é lugar da atuação da ideologia da instituição formadora. Por tomar corpo na execução do ensino propriamente dito ele pode expressar a ideologia da professora em seu exercício e pode ou não ser condizente com o da instituição (SILVA, 2015).

O currículo não é neutro, pois para selecionar “o que será trabalhado?” traz um recorte que reflete os interesses das classes e grupos dominantes. Para realizar o recorte, a professora/instituição se questiona: “o que elas devem saber?” Para responder esta pergunta é preciso responder: “o que elas devem se tornar?”, demonstrando assim a intensão da instituição formadora e executando uma teoria de currículo, ainda que não seja claro tanto para a professora quanto para a instituição (SILVA, 2015; MEYER; KRUSE, 2003).

[...] O currículo é sempre o resultado de uma seleção: de um universo mais amplo de conhecimentos e saberes seleciona-se aquela parte que vai constituir, precisamente, o currículo. As teorias do currículo, tendo decidido quais conhecimentos devem ser selecionados, buscam justificar por que “esses conhecimentos” e não “aqueles” devem ser selecionados (SILVA, 2015; p.15).

O currículo está estreitamente ligado a valores culturais como defendido por Henry Giroux, um dos fundadores da pedagogia crítica nos Estados Unidos. Os significados produzidos pelo currículo estão conectados às relações sociais de poder e desigualdade. Existe uma disputa entre os significados impostos pela formação e possíveis significados contestados por aqueles que não concordem com os significados impostos. Então, os campos da cultura, da pedagogia e do currículo estão ligados, trazendo a noção de “política cultural” (GIROUX, 1987 apud SILVA, 2015; MEYER, KRUSE, 2003).

Dentre as teorias de currículo, esta dissertação está embasada na conexão entre a pedagogia de Paulo Freire e da autora feminista que discute gênero e educação, Dagmar Meyer, para fundamentar o pensamento sobre a concepção crítica da educação, ainda que tantos outros pudessem conversar com a temática aqui investigada.

As expressões educação bancária, tradicional ou depositária, são conhecidas nos textos de Paulo Freire para ilustrar a educação em que o educador narra o conteúdo sem discutir com os educandos sobre a temática, acreditando que são “latas vazias” que precisam ser preenchidas com o conhecimento que apenas ele, o educador, detém. Nesse processo de “ensino”, existe uma cultura do silêncio, pois apenas o educador é capaz de dissertar sobre aquele tema, e o educando deve ficar em silêncio e memorizar aquilo que o educando transmite. Nessa perspectiva de educação o “bom educando” é aquele que melhor memoriza e que não questiona, ou seja, que permanece em silêncio (MORETTI-PIREZ, 2008).

A educação bancária é desumanizada, que no sentido freireano significa não diálogo, já que o ser humano é capaz de transformar a realidade a partir do diálogo. Nesse modelo de educação existe uma supervalorização do conhecimento técnico e puramente pragmático (MORETTI-PIREZ, 2008) que na área da saúde pode se aproximar do que é chamado de conteúdo biologicista e clínico descontextualizado do social.

Já os termos educação libertadora, conscientizadora, crítico-reflexiva ou problematizadora é como se chama a educação que Paulo Freire defendeu durante sua existência. Uma educação capaz de libertar o ser humano da opressão que o capitalismo nos impõem. A partir do diálogo, respeitando e conhecendo o ser humano como um ser histórico social, exercendo assim a responsabilidade histórica. Com um educador democrático, que estimule a participação e o diálogo é possível refletir e problematizar. Considera, portanto, que “educar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou sua construção” (FREIRE, 2015, p.47). E o resultado desse processo de ensino-aprendizagem é a criação de uma consciência crítica do mundo ao invés de uma consciência ingênua (FREIRE, 2008; MORETTI-PIREZ, 2008).

É por meio da existência de mais seres humanos conscientes e dispostos ao diálogo é que será possível mudar a realidade. Uma pessoa com consciência transitiva crítica recusa-se a posições quietistas, sendo, assim, uma pessoa que pressupõe uma ação transformadora, que ocorre por meio da problematização das situações vividas, da reflexão crítica sobre elas e da compreensão sobre o mundo para a transformação da realidade a partir de uma ação consciente (FREIRE, 2008; 2014).

Em relação ao processo de conscientização sobre si e o mundo, Freire (2014), em sua obra “Educação como prática da liberdade”, caracteriza três distintos níveis de consciência: consciência intransitiva, consciência transitiva ingênua e consciência transitiva crítica.

A consciência intransitiva é quase um descompromisso com a existência. Ela é limitada e limitante, porque não há uma percepção das reais causas do que determina sua

realidade. O interesse do ser com essa consciência é apenas com preocupações relacionadas à sobrevivência biológica, ou seja, os indivíduos são incapazes de percepções além das que lhes são vitais e não há reflexão sobre os contextos histórico e social (FREIRE, 2014).

Na medida em que há a ampliação do poder de diálogo, ou seja, captação e respostas às sugestões, tanto com outro homem, quanto com o mundo, a consciência se transitiva. Primeiro torna-se uma transitividade ingênua e, depois, com uma apropriação crescente do Ser de sua posição no contexto histórico-social, a consciência torna-se transitiva crítica (FREIRE, 2014).

A consciência transitiva ingênua é caracterizada por uma simplicidade interpretativa dos problemas. Existem tendências a um forte teor de emocionalidade, à polêmica em vez do diálogo e a julgar com maior valor o tempo passado em vez do tempo presente. Essa pessoa tem fragilidade argumentativa e se aproxima das explicações mágicas, resquícius da consciência intransitiva. Ela não é alienada, mas continua irresponsável e suas preocupações restringem-se apenas aos problemas que a afligem, tratando-os sem contextualizá-los (FREIRE, 2014).

Esse nível de consciência é aquele do quase homem massa, em que não alcançando o próximo nível, a consciência transitiva crítica, há uma tendência de chegar à transitiva fanática, na qual há um descompromisso com a existência maior do que na consciência intransitiva. Na massificação, há de se fazer um trabalho maior ainda frente à reflexão, pois para libertar-se dessa condição há que se identificar a própria condição de “massificado” (FREIRE, 2014).

Em contraponto, a consciência transitiva crítica é o resultado da apropriação crescente do Ser frente à sua posição no contexto histórico-social. Nele, os indivíduos são implicados na inserção, integração, tornam-se capazes de atravessar a superfície dos fenômenos e se assumem como sujeitos de seus próprios atos, isto é, tomam posse da realidade, comprometendo-se como agentes para transformá-la com segurança na argumentação. Nessa consciência, a profundidade na interpretação dos problemas substitui as explicações mágicas por princípios causais e há grande inquietação sobre os problemas que analisa, despindo-se ao máximo dos preconceitos. Existe uma receptividade ao novo e à não recusa do velho, admitindo ambos enquanto válidos, colocando em testes e revisões. Indivíduos com esse nível de consciência negam a transferência da responsabilidade e se empenham com a responsabilidade social e política. Assim, existe a prática do diálogo em vez da polêmica aproximando-se da verdadeira democracia (FREIRE, 2014).

O processo de conscientização é um compromisso histórico, gradual, e é o próprio sujeito que se transforma, que toma consciência da sua existência e da estrutura social de opressão, querendo transformá-la a partir de atitudes críticas. A única maneira de se alcançar esta consciência crítica é por meio da prática da pedagogia humanizadora, em que se estabelece uma relação dialógica permanente entre os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. A educação como prática de liberdade, no sentido do desenvolvimento da autonomia do indivíduo, implica refletir e agir sobre o mundo a fim de transformá-lo por meio da consciência, problematização e dialogicidade (FREIRE, 2008; 2014).

Ao levar essas ideias para o ensino na formação profissional da saúde, pode-se questionar que, durante a graduação de enfermagem, se uma acadêmica não é ouvida pelas suas professoras, por exemplo, será ela capaz, quando enfermeira, de realmente ouvir sua clientela? E de dialogar, defendendo uma prática clínica baseada no diálogo e no respeito ao ser humano e às suas especificidades? É necessário que o ensino acadêmico respeite e exercite essa troca democrática para assim promover a formação de uma profissional que tenha uma prática democrática (MORETTI-PIREZ, 2008).

Para humanizar o ensino no sentido freireano, é preciso adentrar na realidade, fazer-se conscientemente presente. Apenas com um diálogo sincero em um processo democrático de ensino, construindo discussões corajosas, é que estaremos realizando um ensino crítico. No entanto, no ensino de enfermagem as evidências demonstram uma verticalidade na relação entre docentes e discentes, com falta de autonomia e silenciamento dos alunos, o que vai de encontro ao ensino freireano (MORETTI-PIREZ, 2008; MORETTI-PIREZ; BUENO, 2009).

Sabe-se que no processo ensino-aprendizagem em enfermagem, existem diversos atores para além da professora e das graduandas. Existe também a instituição formadora (faculdade/universidade), a sociedade, o sistema educacional e o Estado. Todos esses atores podem contribuir ou dificultar o processo educativo para a transformação da realidade. Além disso, já compreendendo que a educação não é neutra, e sim diretiva, a professora possui um posicionamento político-cultural a favor ou contra o que está ensinando ou ao que não será ensinado.

Pensando no ensino de enfermagem sobre a temática do aborto, as professoras devem pensar: “O que deve ser ensinado sobre aborto para as futuras enfermeiras? O que elas devem saber? E o que elas devem ser frente a essa temática?”. Essas são possíveis perguntas que as professoras de enfermagem fizeram conscientes ou não antes de lecionar ou discutir essa temática na graduação.

Sabe-se que o posicionamento das enfermeiras sobre o aborto sofre fortes influências da moral religiosa judaico-cristã, com tendências a posições contrárias à prática. Elas o reconhecem como crime e pecado, afastando-se do pensamento na perspectiva do direito à autonomia e do reconhecimento da prática como um direito humano da mulher. Além disso, o cuidado a essas mulheres ainda é discriminatório e com um cuidado de viés tecnicista (LEMOS; RUSSO, 2014; SOARES, 2003; SOARES et al., 2012).

Esse posicionamento moral e religioso mostra-se também como um dificultador na garantia de atendimento às mulheres vítimas de violência quando se faz presente o direito ao aborto legal. Os profissionais de saúde, incluindo as enfermeiras, têm dificuldade para garantir o acesso, técnicas adequadas e assistência ao aborto legal (SOARES, 2003). Além disso, as acadêmicas de enfermagem desconhecem as leis que regem o aborto legal no Brasil (SILVIA, BIANCO, 2009).

Repensar o cuidado que se deve ter ao assistir a uma mulher em situação de abortamento ou que insinue desejar fazê-lo, seja legal ou clandestino, torna-se fundamental para oferecer assistência holística. É preciso pensar na mulher como um sujeito que merece um cuidado digno, humanizado e respeitoso, adotando uma postura sem julgamentos e sem imposição de valores (SILVA; ARAÚJO, 2011; SOARES et al., 2012).

Para as docentes de enfermagem, o aborto provocado é “um ato solitário, que coloca em risco a vida e a integridade física das mulheres que o vivenciam, na maior parte das vezes por falta de opção, mesmo aquelas que têm informações sobre como evitar a gravidez indesejada”. Em pesquisa realizada com docentes do curso de enfermagem da faculdade de medicina de Marília (SP) sobre o aborto provocado o posicionamento foi diverso: algumas entendem que a mulher não tem o direito de decidir pela interrupção da gravidez; referiram não entender os reais motivos das mulheres provocarem o aborto; declararam que precisam conhecer a história de vida da mulher assistida para emitir qualquer julgamento; e outras reconhecem o direito da mulher de decidir pela interrupção. Isso demonstra que até em uma instituição formadora existem posicionamentos que vão ao encontro da moral religiosa e aparentam um desconhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva no Brasil. “As docentes reconhecem suas dificuldades em lidar com a questão [aborto] frente aos valores religiosos e familiares” (BRACCIALI, 2003, p.41).

Cabe às escolas e faculdades de enfermagem assegurar a plena informação livre de tendências com relação à questão do aborto e dos direitos reprodutivos. É necessário investimento na formação de futuros profissionais de saúde acerca dessas temáticas, discutindo e refletindo de forma contextualizada e crítica, sobre sua prática, para não serem

apenas instrumentos ideológicos, para que, assim, possa ocorrer uma transformação da visão biomédica ao estudar um fenômeno (MORETTI-PIREZ; BUENO, 2009; VARGENS, 2001).

No recorte que este estudo se propõe, espera-se que a enfermeira seja capaz de entender o contexto político de uma sociedade patriarcal, defender a mulher como cidadã, compreender o aborto como um processo que interfere na saúde da mulher com divergência entre classe e raça/etnia, e que, como profissional, ela deve pensar com senso de responsabilidade, defendendo os direitos sexuais e reprodutivos, atuando com ética profissional e defendendo essa ética.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa e procedimentos metodológicos

O objeto dessa pesquisa é provido de sentido e significados para os atores sociais envolvidos no fenômeno concepções sobre o ensino do tema abortamento. Para compreender melhor este objeto, optou-se por uma pesquisa de abordagem qualitativa e do tipo descritiva.

Segundo Minayo (2014, p. 22), esta abordagem é aquela capaz “de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Esse tipo de pesquisa trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O cenário de pesquisa foi a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), criada em 1944, que intenta formar profissionais capacitados a atender as necessidades de saúde da sociedade e é considerada uma referência acadêmica de excelência.

Além do curso de graduação em Enfermagem, também possui cursos de pós-graduação Lato Sensu e Stricto Sensu. Dentre os cursos Lato Sensu, a ENF/UERJ coordena três cursos de especialização modalidade residência de enfermagem. O primeiro é a Residência em Enfermagem Obstétrica; o segundo é a Residência vinculada ao Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), que passou a ser curso de lato sensu em 2011 e está organizado em 12 programas: Clínica Médica, Nefrologia, Cardiovascular, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Obstetrícia, Saúde do Adolescente, Neonatologia, Trabalho, Pediatria, Psiquiatria e Saúde Mental; e o último é a Residência de Enfermagem em Saúde da Família.

As ingressantes nesses cursos são enfermeiras geralmente recém-graduadas e procedentes de cursos de graduação tanto de instituições acadêmicas da rede pública quanto da rede privada. Portanto, constitui um micro espaço social que representa a diversidade necessária ao estudo do objeto de pesquisa.

A escolha por essa instituição ocorreu pela facilidade de acesso da pesquisadora nesse cenário, sobretudo para a captação de participantes elegíveis para o estudo.

Para atender aos objetivos do estudo, as participantes incluídas na pesquisa foram: enfermeiras regularmente matriculadas nos programas de residência da ENF/UERJ, que estavam cursando o primeiro ano da residência e que concluíram a graduação em enfermagem em 2015 ou 2016. Foram excluídas da pesquisa as enfermeiras residentes que estavam em afastamento médico ou licença maternidade no período de coleta de dados.

A Faculdade de Enfermagem da UERJ ofereceu, para o ano de 2016, 115 vagas de residência sendo: 77 vagas do programa de residência em enfermagem do HUPE; 14 vagas de residência de Enfermagem Obstétrica pelo convênio da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e da Faculdade de Enfermagem da UERJ (ENF/UERJ) e 24 vagas em Residência de Enfermagem em Saúde da Família também com o convênio SMS/RJ e ENF/UERJ.

Optou-se por adotar um processo de amostragem não intencional. Segundo Minayo a “amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo” (MINAYO, 2014).

Para alcançar diversidade de participantes, as residentes de todos os cursos foram pessoalmente convidadas durante as aulas presenciais que ocorrem na Faculdade de Enfermagem da UERJ. As que demonstraram interesse e cumpriam com o critério de inclusão foram pré-selecionadas. A pesquisadora solicitou o contato das participantes em potencial para agendar a entrevista.

Os programas de residência da ENF/UERJ foram divididos por área de atenção à saúde e em quatro grandes grupos conforme as vagas disponibilizadas no processo seletivo para o ano de 2016, a saber:

- 1) Grupo dos programas da área obstétrica, que disponibilizou 21 vagas no total para a residência em enfermagem obstétrica (14) e para o programa de obstetrícia da residência em enfermagem do HUPE (7);
- 2) Grupo dos programas da área da saúde da criança do HUPE, que são 11 vagas no total para o programa de neonatologia (5) e para o programa de pediatria (6);
- 3) Grupo do programa da área da saúde da família, que são 24 vagas no total;
- 4) Grupo ingressante nos programas da área de enfermagem médico-cirúrgica, que são 59 vagas no total para os programas de Clínica Médica, Nefrologia, Cardiovascular, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Saúde do Adolescente, Trabalho, Psiquiatria e Saúde Mental.

Houve a intenção de entrevistar pelo menos seis enfermeiras recém-formadas de cada grupo de programas de residência, totalizando um mínimo esperado de 24 entrevistas.

É importante ressaltar que essa estratégia de amostragem visou dotar diversidade e prever a representatividade das residentes ingressantes nas áreas especializadas da enfermagem.

As enfermeiras foram convidadas pessoalmente em seu local de aulas teóricas, ou seja, no espaço da unidade acadêmica. As que apresentaram interesse em participar da pesquisa foram agendadas para o melhor dia e horário e antes da entrevista, foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão já mencionados.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE C). Apesar de basear-se em um roteiro previamente preparado, essa técnica proporciona liberdade ao entrevistado. A técnica também permite ao entrevistador introduzir perguntas que possam ser necessárias para melhor esclarecer as respostas e comentários fornecidos (MINAYO, 2014).

A coleta de dados foi realizada de acordo com a disponibilidade do entrevistado, com flexibilização de datas, horários e local. Quanto ao local, foram respeitadas as características de ser silencioso e reservado, o que viabilizou a qualidade das gravações e evitando, assim, interrupções.

No entanto, devido à solicitação de uma entrevistada, uma entrevista ocorreu em seu local de prática, e, como previsto, teve uma interrupção, mas que não acarretou em prejuízo na qualidade do áudio.

As entrevistas foram individuais e gravadas em meio magnético digital, após solicitação de consentimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e foram posteriormente transcritas para um documento do Word®.

2.2 Análise hermenêutica-dialética

Os dados foram analisados por meio da hermenêutica-dialética, técnica de análise que oferece um quadro referencial mais completo para análise do material qualitativo. Enquanto a hermenêutica busca a compreensão na tradição e na linguagem, a dialética estabelece a atitude crítica, introduzindo na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente e que se explica na transformação.

Hermenêutica se refere a uma “capacidade” (Vermögen) que adquirimos à medida que aprendemos a “dominar” uma linguagem natural: à arte de compreender um sentido linguisticamente comunicável e, no caso de comunicações perturbadas, torná-lo inteligível. Compreensão do sentido se orienta para o conteúdo semântico do discurso, mas também para as significações fixadas por escrito ou em sistemas de símbolos não linguísticos, na medida em que eles, em princípio, podem ser “recolhidos” (eingeholt) em discursos (HABERMAS, 1987, p. 26).

Sobre utilizar a hermenêutica para analisar um material com olhar científico Habermas (1987) defende que existem quatro aspectos relevantes para a ciência. O primeiro é que a consciência hermenêutica destrói a autocompreensão objetivística, o que significa que os resultados não seguirão as opiniões prévias das pesquisadoras, já que para se utilizar da hermenêutica é preciso uma reflexão sobre o contexto histórico-efetual do sujeito, no caso as entrevistadas, que conhecem o objeto. O segundo é a lembrança às ciências sociais dos problemas que resultam da pré-estruturação simbólica. Na hermenêutica, a medição dos resultados é baseada num quadro categorial que é feito a partir de tentativas e erros após a coleta dos dados. O terceiro aspecto relevante é a autocompreensão. Os resultados são discutidos na comunidade de pesquisadores e, assim, pode-se defender um consenso dos dados, ainda que não seja concludente. Por fim, o quarto aspecto defendido para o uso da hermenêutica é o uso de ricas informações de consequências para a linguagem do mundo (HABERMAS, 1987).

Gadamer (2007) defende que a hermenêutica não é uma metodologia de análise das ciências do espírito, mas sim um aspecto universal da filosofia. Dentre as ideias defendidas pela hermenêutica, uma delas é a importância da linguagem para a compreensão das ciências do espírito. É através da linguagem que o Ser codifica o mundo, “pois a relação humana com o mundo tem o caráter de linguagem de modo absoluto” (GADAMER, 2007, p. 613). A linguagem também é tradição, e por isso está em um contexto histórico. Dessa forma, é possível compreender que ao analisar um discurso deve-se contextualizá-lo, e assim será possível compreender a verdade plena e integral.

Com isso o fenômeno hermenêutico se apresenta como um caso especial da relação geral entre pensar e falar, cuja enigmática intimidade faz com que a linguagem se oculte no pensamento. Assim como a conversação, a interpretação é um circuito fechado pela dialética de pergunta e resposta. É uma verdadeira relação vital histórica que se realiza no médium da linguagem e que, mesmo no caso da interpretação de textos, podemos chamar de “conversação”. O caráter de linguagem da compreensão é a concreção da consciência da história efetual (GADAMER, 2007, p. 504).

Esse trabalho utilizou a hermenêutica dialética como método de análise, tendo a clareza que tanto a hermenêutica quanto a dialética são mais do que métodos para analisar a ciência do espírito. Entretanto, compreende-se que um método de análise é necessário para um trabalho científico.

A hermenêutica-dialética busca, então, a compreensão crítica a partir do consenso e do dissenso do que foi extraído da linguagem. Esta é a base do material: um material unificado do que foi defendido, falado e pensado pelas entrevistadas. É frente a essa uniformidade do texto hermenêutico, que reflete o pensamento dos Seres sobre o objeto, que emergirá a diferença, estabelecendo-se a contradição, sendo este o momento dialético da análise.

[...] Se a crítica se afirma basicamente na diferença e no contraste com aquilo sobre o que reflete, a hermenêutica visa primeiramente a mediação e a unificação com o mesmo. Ambos, porém, *diferença e mediação*, podem ser distinguidos no ato de reflexão, que, de acordo com sua natureza, estabelece uma relação entre lados separados e por isso sempre, ao mesmo tempo, *une e separa* (STEIN, 1983, p.103).

A hermenêutica se move entre os seguintes termos: compreensão como a categoria metodológica mais potente no movimento e na atitude de investigação; liberdade necessidade, força, consciência histórica, todo e partes, como categorias filosóficas fundantes e significado, símbolo, intencionalidade e empatia como balizas do pensamento. A dialética, por sua vez, é desenvolvida por meio de termos que articulam as ideias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social (MINAYO, DESLANDES, 2002, p.84).

Para realizar este processo analítico, Minayo (2014) propõe os seguintes passos operacionais na análise compreensiva-crítica:

Analisar o contexto sócio-histórico do grupo social em questão, e que nesse estudo serão as enfermeiras recém-graduadas que estão cursando o primeiro ano de residência pela UERJ. Esse momento pode ser chamado de busca de compreensão, em que foi importante mapear a história do grupo e de seus ambientes. “Do ponto de vista histórico, a postura compreensiva reconhece os fenômenos sociais sempre como resultados e efeitos da atividade criadora, tanto imediata como institucionalizada” (MINAYO, 2014, p. 354).

Fundamentada nas condições anteriores, exteriores, interiores e como práxis analisar a prática social e a ação humana frente ao ensino do abortamento e à perspectiva de gênero, de acordo com o que essas participantes viveram, pensaram sentiram e refletiram sobre a temática durante a graduação (MINAYO, 2014).

O segundo momento interpretativo é o encontro com os fatos empíricos, no caso com a interpretação e o relato das participantes sobre o ensino da temática do abortamento na graduação. Foram buscados o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações (MINAYO, 2014).

Para isso, Minayo (2014) sugere três fases a serem seguidas: ordenação dos dados; classificação de dados e análise final.

A ordenação dos dados reuniu o processo de transcrição das entrevistas, a aproximação do material e organização em uma ordem inicial (que supõe o início da classificação). Isso promoveu um mapa horizontal das descobertas do campo. É um material hermenêutico por tomar o material empírico sobre ensino do abortamento como um conjunto, um *corpus*, que tecnicamente foi trabalhado (MINAYO, 2014).

Para melhor realizar a classificação dos dados, foi realizada uma leitura horizontal e exaustiva dos textos (resultado da transcrição das entrevistas). Nesse momento, foi dedicada atenção exclusiva para esse material, com a finalidade de encontrar coerência interna das informações. Foram realizadas algumas anotações sobre as primeiras impressões da pesquisadora, que contribuíram para a busca da coerência interna das informações (MINAYO, 2014).

Foram construídos sete mapas verticais e horizontais de análise no Excel® em formato de quadro. O primeiro mapa é sobre a caracterização das participantes; outros três mapas sintéticos incluíram recortes dos trechos de falas selecionadas que correspondiam às “unidades de sentido” presentes em mais três quadros hermenêuticos relacionados. A montagem do quadro das falas facilitou a leitura transversal do material, além de já ter separado os trechos que comprovam as “unidades de sentido”. A construção dos quadros se fez baseada nos objetivos dessa pesquisa.

Neste processo classificatório, “o pesquisador separa temas, categorias ou unidades de sentido, colocando as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas” (MINAYO, 2014, p. 358).

Após a abertura de diversas “gavetas” com os recortes das unidades de sentido foi realizado um “enxugamento” dessas classificações com a finalidade de buscar, compreender e interpretar o que foi exposto como mais expressivo pelo grupo. As “gavetas” ou os conjuntos diferenciados de informações e significações serão reagrupados em categorias centrais gerando uma lógica unificadora (MINAYO, 2014).

Foi então que, ao final de cada quadro hermenêutico, foi construído o consenso e o dissenso das unidades de sentido nos quadros hermenêuticos, caracterizando a última etapa da

análise, que é chamada análise final. Nesta fase, foi esclarecida a lógica interna do grupo estudado sobre o ensino do abortamento na enfermagem.

Após a leitura crítica desses quadros, estabeleceu-se a análise da crítica dos significados que emergiram do momento compreensivo subsidiado pelo suporte teórico da pesquisa, ou seja, o movimento de vai-e-vem entre os achados empíricos e a perspectiva teórica sobre gênero, saúde sexual e reprodutiva, aborto e a formação da consciência crítica na pedagogia de Paulo Freire. Foi possível revelar, assim, a síntese, o movimento entre o concreto e o abstrato (MINAYO, 2014).

2.3 Procedimentos éticos

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza a manutenção do respeito devido à dignidade humana, a ser exigido em toda pesquisa (BRASIL, 2013). Processa-se a mesma após o consentimento livre e esclarecido do participante. Esse projeto foi encaminhado à Comissão de Ética e Pesquisa (COEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e recebeu a aprovação por parecer da COEP nº 1.533.584 (ANEXO A).

Além disso, foi criado um termo de consentimento livre e esclarecido para todas as participantes (APÊNDICE D). Ele foi lido, e, após o aceite da participação na pesquisa, foi assinado também pelo participante. Foi entregue uma cópia e outra permaneceu com a pesquisadora.

Foi entregue a carta à instituição do cenário da pesquisa para o conhecimento e autorização da diretora para a realização deste estudo (APÊNDICE E) e foi recebida a carta de autorização da instituição para a realização da pesquisa (ANEXO B).

Para compreensão da análise foi elaborado um mapa hermenêutico-dialético modelo (APÊNDICE F) com a finalidade de padronizar os quadros para a análise.

Após a análise dos dados e a partir dos mapas construídos pela análise hermenêutica-dialética emergiram duas categorias, sendo a primeira “A abordagem do tema aborto no ensino de enfermagem: descontextualizado e superficial” e a segunda “As concepções das enfermeiras sobre o tema aborto: entre o senso comum e a visão ético-profissional”, que serão discutidas no próximo capítulo.

3 RESULTADOS

3.1 Características acadêmicas das enfermeiras recém-graduadas

As entrevistadas desta pesquisa totalizaram 26 residentes do primeiro ano dos cursos de residência em enfermagem, que estão sob a responsabilidade acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ)

Para caracterizar as participantes foi questionado o sexo com o qual elas se identificavam. Das 26 enfermeiras entrevistadas, 24 se autodeclararam como mulheres e duas como homens. A idade variou entre 22 e 40 anos, sendo que a maioria (19 participantes) tinha menos de 25 anos, caracterizando um público jovem que nasceu na década de 1990, na vigência de um Brasil democrático e com a existência do SUS.

A maioria das participantes (20) concluiu o curso de graduação em enfermagem no ano de 2015 e apenas seis se graduaram em 2016. Preponderaram aquelas (19;73%) cujo curso foi realizado em unidades públicas de ensino, com sete (27%) eram egressas de faculdades privadas. Essa tendência de formação em instituição pública não apresenta similaridade com o perfil institucional preponderante no ensino superior em enfermagem no país, que é constituído majoritariamente por instituições acadêmicas da rede privada (BAPTISTA et al, 2010).

A maioria das enfermeiras é procedente da região sudeste (24;92%), mais especificamente do estado do Rio de Janeiro (23;88%). Mas, também há residentes oriundas de outras regiões do Brasil, como centro-oeste (1; 4%) e sul (1; 4%).

Buscou-se manter uma proporção entre os grupos de enfermeiras participantes da pesquisa pelos programas de residência aos quais estão vinculadas. Do grupo 1, dos programas de enfermagem obstétrica foram entrevistadas oito (31%) enfermeiras; do grupo 2, dos programas da área da saúde da criança, foram entrevistadas quatro (15%) enfermeiras; do programa da área da saúde da família, grupo 3, foram entrevistadas seis (23%) enfermeiras; e do grupo 4, dos programas da área de enfermagem médico-cirúrgica foram entrevistadas oito (31%) enfermeiras. Dessa forma foi possível alcançar a diversidade e representatividade das residentes ingressantes nas áreas especializadas da enfermagem. Apesar de não ter entrevistado o número mínimo previamente estipulado para o grupo 2, não havia mais

enfermeiras matriculadas nesse programa que atendessem aos critérios de inclusão no estudo (APÊNDICE G).

3.2 A abordagem do tema aborto no ensino de enfermagem: descontextualizado e superficial

O ensino sobre o tema aborto na graduação de enfermagem convergiu para a compreensão de um ensino centrado na fisiopatologia e sem problematização em relação a uma visão de mundo ampliada sobre o tema. O debate, quando existiu, voltava-se para o senso comum entre ser favorável ou contrário à prática do aborto, omitindo o debate da saúde pública e do direito e autonomia do corpo defendido pelo movimento feminista. Esses resultados foram extraídos da síntese do primeiro quadro Hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas (APÊNDICE H).

Segundo as enfermeiras entrevistadas, o ensino do tema aborto foi prioritariamente lecionado nas disciplinas da saúde da mulher e abordado em uma ou duas aulas somente durante toda a graduação. Para um tema que é tabu e que envolve questões éticas e morais, as pouquíssimas aulas sobre esse tema não permitem um diálogo aprofundado, ainda que uma ou outra participante tenha mencionado o uso de metodologias ativas, que proporcionam a reflexão e participação crítica dos estudantes.

O tema do aborto é pouco abordado durante o ensino de graduação em enfermagem. A necessidade de ampliar e aprofundar a abordagem desse tema nessa graduação foi destacado nos estudos de Góes e Lemos (2010), Lemos et al (2014) e Marconsin et al (2013), e nos cursos de saúde, como o de Santos et al. (2013). Este tema ainda tem pouca inserção e visibilidade nos conteúdos programáticos das disciplinas de saúde da mulher, saúde do adolescente e saúde coletiva, pois dentre 30 programas dessas disciplinas de quatro faculdades públicas de enfermagem do estado do Rio de Janeiro analisados por Marconsin et al (2013), o tema aborto foi encontrado apenas em dois programas disciplinares.

Apesar das enfermeiras participantes mencionarem que o tema aborto esteve presente nas aulas de ética, saúde mental, saúde pública, anatomia, pediatria e embriologia, sua inserção foi mais recorrente ou circunscrito à disciplina de saúde da mulher, como pode ser observado nos seguintes depoimentos:

Na minha disciplina de Cuidado da Saúde da Mulher e também numa disciplina que eu fiz, mas optativa, de Bioética e abordaram com uma visão diferente (E22E).

É, acho que a partir do momento que eu passei a ter aulas de saúde da mulher que foi um tema que começou a ser mais abordado; e mesmo assim não é um tema comum dentro da graduação [...] (E17A).

O aborto é uma temática que está relacionada ao ciclo gravídico puerperal e, portanto, é um conteúdo temático trabalhado principalmente na disciplina de saúde da mulher. Esse predomínio está relacionado ao modo pelo qual o tema é inserido, uma morbidade do ciclo gravídico puerperal, o que revela o enfoque do ensino na fisiopatologia da gestação. Tal enfoque foi exposto nas seguintes entrevistas:

Só a parte fisiológica mesmo, só como se dava o que acontecia nos cuidados de enfermagem após o aborto. Só a parte patológica mesmo da fisiologia de como se dava e as intervenções (E14C).

[...] Mais nesse sentido, bem fisiológico mesmo, fisiopatológico, e meio patológico também, tipo aconteceu por malformação, aborto espontâneo ou ainda essa questão mais pegando a saúde pública mesmo ah... de adolescência, a moça ia atrás lá... [do aborto inseguro] [...]. Foi tratado mais pela questão de a mulher que teve um aborto e não tanto se tinha sido uma escolha, ou não, mais uma questão de como é que a enfermagem vai lidar com isso, quando a mulher já chega com essa situação resolvida e não tanto uma questão psicológica de tratar isso antes com a mulher se ela está pensando isso, se ela quer ou não essa gestação. Isso não foi muito bem tratado, assim, foi tratado como isso: [o aborto] já aconteceu e agora (E02B)?

[...] E ela deu a aula, mostrando..., que eu me recorde, ela mostrou a técnica de... de... Medicamentosa, e também a manual né, a retirada do feto. [...] Eu me recorde o que ela indicou: o manual que explicava. Agora eu não sei te falar [qual era]. Que a gente poderia ler se quisesse aprofundar o assunto. A aula, o método de aula dela foi slide. Então, eu acho que ela tirou fotos da internet, e alguns trechos desse, dessa referência que ela deu para gente e foi explicando passo a passo junto com a referência que ela separou no slide e junto com as fotos mostrando passo a passo de tudo que, de todo o processo. Explicando também a importância. Qual dos momentos que poderia ser feito, né (E06G).

Portanto, o ensino norteado no paradigma biomédico, ou com o foco na fisiopatologia da doença, não contribui para um atendimento humanizado defendido pelas políticas públicas atuais e pelas diretrizes curriculares do ensino de enfermagem. Essa ênfase nos programas das disciplinas curriculares causa ausência das dimensões sociais, éticas e epidemiológicas relacionadas ao processo saúde-doença, além de implicar compreensão equivocada e reducionista do ser humano, sob a ordem orgânica-funcional do corpo que adocece, em vez de

tratá-lo como um indivíduo integral e singular, com sua história de vida, inserido num meio político e social (FERREIRA, 2013).

Na enfermagem, há segmentos que defendem a desmedicalização no ensino da saúde da mulher para promover relações menos opressivas e solidárias com a clientela e entre os profissionais de saúde. A inserção dessa proposta se deu quando do âmbito da reforma curricular, que promoveu a reflexão coletiva do corpo docente e discente sobre os conteúdos curriculares, os programas da área de saúde da mulher e suas estratégias de ensino, como descrevem Vargens e Progianti (2004).

Apesar dessa iniciativa local, o modo pelo qual a temática do aborto é abordada no ensino de enfermagem ainda está ancorado na medicalização e no foco curativo, suscitando a necessidade de se ampliar a visão do drama humano contido nesse tema de modo a possibilitar a compreensão da realidade de vida das pessoas, suas necessidades e demandas. Além disso, essa ampliação suscita um enfrentamento e ruptura com a visão reducionista e hegemônica no campo da saúde, além de um fortalecimento da relação de cuidado, bem como de suas bases que alicerçam a enfermagem (FERREIRA, 2013).

Ainda que a predominância do ensino tenha sido sob uma perspectiva da fisiopatologia da gestação, as enfermeiras recém-graduadas disseram que as professoras defendiam uma assistência ética, condenando as atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde frente às mulheres em situação de abortamento. As professoras defenderam que a enfermeira deve construir seu cuidado baseado na ética profissional.

[...] que a gente não tinha que dar parte nem e relatar nada porque é, esqueci a palavra... era confidencial entre o profissional e a mulher (E03C).

Com imparcialidade. Isso eu me lembro bem, que a gente tinha que ser imparcial. A mulher chegou com aborto, seja ele espontâneo ou provocado, o tratamento deveria ser o mesmo, [...] sobre essa questão de como essa mulher deve ser tratada pelo profissional, e é justamente isso: com imparcialidade, você tem que abstrair se ela provocou ou não e tentar entender o lado dela e descobrir por que ela fez aquilo e como você poderia ajudar essa mulher porque gera um trauma também pra mulher; dependendo do que tenha levado ela, ela precisa até de um acompanhamento psicológico depois de tentar um aborto; as questões principalmente daquelas mulheres que tentaram o aborto e não conseguiram tirar essa criança, né, das sequelas que isso poderia ter gerado... é ter um olhar diferente pra essas mulheres mas não com sentido de preconceito mas sim de acolher, sabe, de tentar entender, ajudar (E26I).

Frente à formação da enfermeira, Koerich e Erdmann (2011) recomendam fortalecimento do ensino da ética para além da normatização dos códigos de deontologia das

profissões, de modo a ser construída e exercitada no âmbito das necessidades da sociedade e promovendo uma visão mais abrangente sobre os desafios éticos da vida contemporânea, a exemplo do tema do aborto na atualidade e na realidade brasileira.

Se este tema move emoções e inquietações, ele deve ser dialogado com racionalidade e sensibilidade e, para isso, uma prática pedagógica que promova o diálogo é fundamental. A ética profissional defendida nos fragmentos das entrevistas supramencionados sugere uma recomendação da professora e, não necessariamente, uma atitude incorporada pelas enfermeiras.

A discussão sobre as consequências da clandestinidade para a saúde reprodutiva da mulher ocorreu em outros espaços acadêmicos como, por exemplo, nos grupos de pesquisa, em atividades de extensão e nas atividades políticas, como reuniões de centros acadêmicos. No entanto, ainda que tais atividades façam parte do universo do ensino superior e que complementem a formação baseada no tripé universitário - ensino, pesquisa e extensão - (TEIXEIRA; VALE, 2006), o que se nota é uma carência de discussão mais ampliada em sala de aula sobre essa temática.

[...] Outra vez que eu tive proximidade, que não foi em aula, mas foi na graduação. Foi numa palestra, num debate que foi no centro acadêmico de medicina, que foi louco. A gente chamou uma sexóloga, tanto uma galera para falar a favor e tinha uma galera da religião, de religiões, que eram contra. Foi um debate intenso, louco, e que me fez pensar em várias e várias coisas. E os outros momentos foram no centro acadêmico, numa palestra na universidade. Em alguns eventos da enfermagem e no grupo pesquisa, que a gente acabou conversando sobre isso [aborto] sim. [...] (E05A).

Segundo as enfermeiras recém-graduadas, as professoras mencionaram a existência do aborto provocado, mas não problematizando isso em sala de aula.

Na verdade, eu sentia que as pessoas tinham um certo receio de tocar nesse assunto por toda a polêmica que ele poderia causar por toda a necessidade de ir... pela religião de muitos alunos que não concordavam e tal. Então, o tema foi abordado mais uma parte clínica como a necessidade de alguma mulher fazer um aborto por causa de um problema de uma gestação (E07A).

É possível inferir que, para evitar polêmica dentro da sala de aula, as professoras de enfermagem ensinaram sobre aborto como um processo fisiopatológico e clínico-assistencial, em vez de discutir a problemática da clandestinidade e os resultados dessa realidade para a saúde pública. Se a sexualidade é trabalhada na formação da enfermeira a partir do modelo biomédico e não na perspectiva sociocultural (LEMOS, 2007), o aborto está mais distante

ainda de uma discussão mais ampla, pois é um assunto relacionado à sexualidade. Dessa forma, recomenda-se que o corpo e a sexualidade sejam vistos na formação da enfermeira a partir de uma dimensão histórica e psicossocial, para contextualizar o aborto.

Eu acho que é um tema pouco abordado ainda. A gente conhece muito pouco, o conhecimento que passam para gente na faculdade [é pouco]... Agora, até lá na instituição pelo que eu vejo de novo, o que é divulgado pelo Facebook, tem-se feito muitos grupos de pesquisa, ou congressos falando sobre o tema, mas isso tinha que ser mais abordado dentro de sala de aula, até para os próximos profissionais terem mais ciência e desde o início da graduação não somente em uma disciplina [...] (E09C).

Ainda que essa entrevistada defenda aumento da abordagem do tema em outras disciplinas, por meio de sua fala é possível compreender que a experiência de ensino não contemplou a problematização sobre a questão, mas, sim, de forma superficial e com uma vertente educativa tradicional, que privilegia a transposição de um conhecimento pronto e acabado em vez de sua construção (FREIRE, 2014). Tal expectativa depositária não condiz com um ensino capaz de formar um profissional crítico e reflexivo, como preconiza as Diretrizes Curriculares de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Em contraponto, foi observado que um pequeno grupo divergiu dessa vertente tradicional e depositária ao mencionar que o ensino sobre a temática do aborto foi baseada em questionamentos e participação das estudantes durante a aula, trabalhando o tema sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e como um problema de saúde pública.

[...] E elas [as professoras] faziam a gente pensar em outras situações: e se a mulher não quiser ter esse filho? Por que é proibido? Por que tem que ser? Por que não pode ser? Então a postura dela foi essa e a gente discutiu a partir daquele texto [...] Elas [as professoras] tinham essa postura crítica, reflexiva, de defender o direito da mulher, de defender o direito dela de decidir sobre o seu próprio corpo. Não tem que ter, na visão delas, um motivo pré-determinado para uma mulher querer abortar. Ela pode abortar porque ela quer, porque é o corpo dela, porque ela não desejou essa gestação, sendo consentida, quer seja fruto de um sexo consentido ou não, porque ela tem direito de querer transar e não quer engravidar, e se ela transou e se descuidou, ela tem o direito de decidir tirar esse filho. Era essa a postura (E04A).

Os poucos relatos sobre uma postura questionadora da professora em sala de aula, frente à situação de ilegalidade do aborto na sociedade brasileira, sugerem que o discurso do aborto como um direito reprodutivo da mulher e, por consequência, um direito humano, ainda é incipiente no ensino superior de enfermagem, apesar de ser uma discussão que vem sendo apontada desde a década de 1980 (BARROSO, CUNHA, 1980; MAYORGA, MAGALHÃES, 2008; VERARDO, 1987).

O ensino de enfermagem sem promover a discussão contextualizada do tema aborto inviabiliza a transitividade da consciência, da intransitiva ou transitiva ingênua para a consciência crítica, como explica Paulo Freire sobre a importância do diálogo e problematização da realidade para que o educando possa ser um cidadão pleno, capaz de transformar a realidade por meio da reflexão e crítica sobre si, como futuro profissional, e sobre o mundo do trabalho em saúde em que exercerá sua profissão.

Nesse sentido, a enfermeira (E04A), por iniciativa própria, teve que recorrer a outros espaços da universidade para participar da discussão sobre o aborto. Aquelas que permaneceram com os conteúdos ministrados em sala, mantiveram-se alijadas de um debate mais profícuo sobre o tema, com a perspectiva da saúde pública e de autonomia do corpo da mulher. Isso pode promover a reprodução de uma compreensão restrita do tema aborto, mais suscetível à influência do senso comum circulante em outros espaços sociais, como o familiar, religioso e midiático.

Outro tema vinculado à ética profissional que foi muito expressivo foi a objeção de consciência, vista como um direito dos profissionais de saúde de não participar da assistência ao aborto legal. Essa ideia de ter o direito de negar sua participação no procedimento foi tão evidente que foi concebido como um dos principais aprendizados das aulas sobre aborto: o “direito” de não participar do ato abortivo.

Entretanto, essa interpretação deve ser melhor compreendida, porque parece que o que foi ensinado ou aprendido não é a completude desse direito, mas a parte que convém. A objeção de consciência não pode prevalecer sobre o compromisso do profissional no atendimento quando há risco de vida, e a profissional não pode, ao fazer uso desse direito, negligenciar a continuidade da assistência, que é fruto de um direito da mulher. Isto implica a necessidade da instituição em dispor de outra profissional para que o procedimento seja realizado, o que pode comprometer o acesso das mulheres ao procedimento, e que o mesmo seja realizado em tempo oportuno, sem que haja dano à saúde e restrição ao direito da mulher (GALLI; DREZETT; CAVAGNA NETO, 2012).

A correlação entre morbimortalidade materna e a problemática da clandestinidade também foi pouco abordada e discutida no ensino de enfermagem.

Eles explicaram basicamente até o período da gestação em que é considerado aborto e eles explicaram as formas que tem de aborto, que tem o aborto espontâneo, tem o aborto que a mulher mesmo provoca ou que o médico provoca e que pode ser medicamentoso ou pode ser por formas físicas: aspiração, curetagem e aí eles explicaram essas formas para gente, explicaram como era feito e a todo momento eles falaram que a gente não era obrigado a participar e que, dependendo do caso,

em geral, na sua grande maioria era ilegal. Então, isso foi sempre deixado bem claro durante a graduação. [...] (E21D).

As enfermeiras mencionaram que não houve debate sobre o papel profissional no aborto legal, tampouco esclarecimentos acerca dos procedimentos necessários para garantir à mulher o acesso ao abortamento nos casos previstos em Lei no Brasil. Assim sendo, negligencia-se um importante direito das mulheres que é a garantia do aborto nos casos de gravidez fruto de estupro, risco de vida da mulher e, atualmente, a antecipação do parto nos casos de fetos anencefálicos.

Não lembro de ter abordado isso [aborto legal]. Eu não sei se não foi, mas eu não lembro. Inclusive eu não sei qual é o papel do enfermeiro no aborto legal [...] E isso é uma coisa que eu realmente eu não sei, qual é o papel da enfermagem na assistência ao aborto legal (E04A).

É eles falavam sobre a constituição que estava previsto em lei o que podia ser, [...] não era uma coisa muito aprofundada, mas eles falavam da Constituição. Olha, existe o caderno do abortamento seguro do Ministério da Saúde e tal. Só que não é uma coisa muito divulgada (E02B).

Um estudo em hospital de referência para os casos de aborto legal verificou que os profissionais de saúde apresentam fragilidades na formação profissional para prestar assistência à clientela específica no município do Rio de Janeiro, o que provoca uma ambivalência entre a concordância com o direito da mulher, o dever do Estado em oferecer a assistência e os valores profissionais e morais conflitantes desses profissionais. Farias e Cavalcanti (2012) expõem que o desconforto manifestado pelos profissionais é decorrente da cultura da formação profissional, em virtude de uma limitada abordagem sobre o tema aborto durante a graduação das profissões de saúde, que é agravada pela dificuldade de acesso a cursos e capacitações nesses serviços de referência, provoca a invisibilidade para a demanda das mulheres e, por conseguinte, uma assistência pouco adequada e negligência a um direito legal.

Além dessa lacuna do conhecimento e de experiências práticas sobre o aborto legal, as eventuais discussões sobre o tema em sala de aula ficaram centradas no debate entre o ser favorável e o ser desfavorável ao aborto, como expõem as falas das enfermeiras:

Eu nunca tive problema não, mas as pessoas tentavam expor... inclusive tivemos uma aula que a professora pediu para gente... um grupo defender e um grupo condenar o aborto; e aí foi bem legal essa dinâmica porque tivemos como observar o ponto de vista de cada pessoa que estava ali e foi bem enriquecedor (E21D).

Bem difícil! Porque alguns estudantes eram contra e outros a favor, e alguns respeitavam a opinião dos outros e outros não... Outros tinham uma religião muito forte que não se colocava só no papel... eu sou enfermeira e tenho que respeitar, não! Eu tenho a minha religião antes de ser enfermeira, e aí era bem complicado as discussões e tudo. [...] Tinha esses momentos que se tocasse em algum ponto que era, digamos crítico, sei lá, se abrisse uma votação se é contra ou se é a favor. [...] As pessoas eram muitas vezes bem ríspidas, porque tinham a sua opinião e não aceitava a opinião dos outros e às vezes não aceitavam nem discutir e conversar mesmo. Eram aulas bem tensas (E20A).

Em relação à problemática da ilegalidade, algumas acadêmicas de enfermagem expunham suas posições contrárias ao aborto, fundamentadas em valores morais e religiosos em sala de aula. Tal posicionamento fazia com que as demais alunas ficassem reativas, incomodadas e receosas em discutir o tema. Por outro lado, as professoras mantinham uma atitude imparcial frente à dicotomia do contrário ou favorável, principalmente quando lecionavam a disciplina de ética. Ainda que a autonomia do corpo da mulher tenha sido defendida nas aulas sobre direitos sexuais e reprodutivos, esse posicionamento docente não foi verificado nas aulas específicas sobre aborto.

Destaca-se que os profissionais de saúde devem prestar uma assistência humanizada, baseada na ética profissional, e garantir o respeito aos direitos humanos das mulheres, independentemente de seus preceitos morais e religiosos. Entretanto, um ensino de enfermagem com ausência ou pouco debate e, portanto, uma exposição verticalizada pelos docentes e com silenciamento dos alunos, não promove reflexão e não possibilita a mudança de uma visão poluída pelo senso comum, tampouco uma consciência crítica sobre o tema (FREIRE, 2014; MORETTI-PIRES; BUENO, 2009).

Apesar disso, um pequeno grupo menciona o ensino sobre a temática do aborto inserido na discussão das relações de gênero.

Eu acho que, antes de falar em si do abortamento, teve uma inserção na característica de gênero de opressão, por ser mulher você tem que se submeter às questões da sociedade de que te impõem de que você tem que fazer aquilo que a sociedade por anos e anos quer que você faça, antes de dizer necessariamente o tema aborto. [...] foi mais nessa questão de dinâmica de conversa, não teve também uma explicação prática daquilo ou teórica sabe? [...] mas eu senti falta também dessa parte, da teoria, o abortamento causa isso na mulher, fisiologicamente o que acontece e o que não acontece, mas em relação a toda discussão, foi muito boa. [...] Elas também, os professores que eu digo, abordaram de que religião, opinião, fatores que eu trago comigo e que me deixam as cegas elas tem q ser repensadas a partir do momento que eu assisto uma pessoa que tem uma opinião diferente da minha [...] Não que eles estingavam [ensinavam] isso da gente [se referindo à negligência], pelo contrário eles queriam que tivéssemos uma reflexão crítica desse assunto, do tipo de profissional gostaríamos de ser enquanto enfermeiros (E01A).

E acho que foi um dos primeiros debates que eu consegui trabalhar isso. [...] Começou com uma base conceitual do que era o aborto, quais as situações em que é legalizado no nosso país, a realidade de outros países, isso foi apresentado. Lembro que falou a questão do Uruguai, que é um país que é liberado [...], qual é o conceito de aborto, e depois se construiu esse debate do a favor e do contra. Trouxeram dados estatísticos [...] da quantidade das mulheres que morrem porque vão fazer aborto em clínica clandestina [...] são esses dados que a gente tem. Porque, na realidade, a menina que tem dinheiro faz numa clínica boa o aborto, não temos esse dado, isso não é trazido, essa menina não morre (E05A).

Esses resultados demonstram que o ensino de enfermagem precisa avançar para uma discussão sobre aborto fundamentada na literatura sobre a saúde pública e os direitos sexuais e reprodutivos. O ensino da temática, como foi compreendido por nós por meio das enfermeiras recém-graduadas, é um ensino no qual há superficialidade da abordagem do tema, que traduz certa indiferença à sua complexidade relacionada à saúde da mulher, porque o aborto, na situação em que se apresenta, provoca mortes evitáveis. Há também um predomínio de uma visão ingênua do tema no ensino, em virtude da defesa de um atendimento não discriminatório à mulher em situação de aborto sem problematização aprofundada e contextualizada sobre o aborto legal, e sem o aprofundamento sobre a objeção de consciência e suas implicações na assistência dessa clientela específica e com explícitas vulnerabilidades.

Esses desconhecimentos sobre o aborto podem ocasionar uma prática profissional de enfermagem inadequada e que negligencia os direitos das mulheres, atuando numa direção oposta ao cuidado humano e verdadeiramente ético, como intentam as bases sociais, filosóficas e bioéticas do ensino da graduação – além de ir ao encontro da reprodução de uma realidade perversa e hipócrita na qual as mulheres em situação de aborto parecem estar condenadas a enfrentar.

3.3 As concepções das enfermeiras sobre o tema aborto: o senso comum e a consciência crítica

Serão apresentados os resultados do segundo quadro hermenêutico-dialético construído e será discutida a relação entre a abordagem no ensino de graduação sobre o aborto e as concepções das enfermeiras sobre o tema.

Por meio da análise do segundo quadro Hermenêutico-dialético e da releitura de todas as entrevistas na íntegra foi elaborado a síntese da descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto (APÊNDICE I) apreenderam-se os sentidos expressos nas concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre a questão do aborto, que serão descritas a seguir. Devido as contradições encontradas, foi criado um quadro das diferentes visões sobre aborto por participante (APÊNDICE J).

3.3.1 As visões sobre a mulher que aborta e as influências dos valores da sociedade conservadora

Uma parcela das participantes têm a visão sobre o aborto como um direito de escolha da mulher baseado no reconhecimento da autonomia do corpo e da própria vida, ainda que seja ilegal (APÊNDICE K). E para solucionar isso, algumas defenderam a descriminalização e a legalização, além de verem o Estado como uma instância que deveria garantir o direito de escolha da mulher ao aborto.

[...] é um direito da mulher, que o corpo é dela. Então, a mulher, ela tem esse direito, essa escolha, essa opção (E23J).

[...] Eu acho que o aborto tinha que ser legalizado! Porque... a pessoa, tudo bem que você está respondendo à vida que está dentro de você, mas é um direito de cada um. Mas, em questão, à legalidade por mais que tenha o respaldo legal, em certos casos de aborto, ainda é visto com muito preconceito. Então, a sociedade julga. É o que eu vejo, que a mídia também não divulga tanto assim sobre as questões. Só agora, né, com toda a situação (E09C).

A mulher tem os seus motivos, ela tem o seu contexto, e eu acho que a gente tem que apoiar. Se ela acha que aquilo é positivo para ela, eu acho que o governo, o Estado, tem que dar todo esse aparato para essa mulher (E17A).

Então sim, deveria ser liberado, mas de uma forma organizada, não um “oba-oba”, até mesmo pela questão da proliferação de doenças. Mas, eu acho que deveria ser liberado, sim. A mulher tem que ter o direito de escolha sobre o corpo dela. Assim como ela tem o direito de escolha de ter trinta filhos, ela tem o direito de escolha de não ter nenhum (E19K).

Nessas falas, existe um reconhecimento da capacidade de consciência, racionalidade e autonomia da mulher para decidir a continuidade ou a interrupção da gestação, sendo

reconhecida como uma pessoa autônoma, dona do próprio corpo e capaz decidir sozinha o que é melhor para ela. Portanto, houve a caracterização da mulher forte e decidida e que não deve ser julgada.

Isso já é uma quebra no paradigma da sociedade patriarcal, em que a mulher não é vista como um sujeito de sua própria vida. Então, algumas enfermeiras reconhecem a autonomia da mulher através do direito de decidir pelo aborto, demonstrando assim uma visão progressista e de caráter feminista das participantes, visto que “a luta pela legalização do aborto consiste numa luta feminista por excelência” (MAYORGA; MAGALHÃES, 2008, p.141).

Para compreender melhor o termo “autonomia”, Silva (2015), afirma que autonomia é dependente do reconhecimento da pessoa como sujeito consciente das suas próprias decisões, com explica a seguir.

Qualquer que seja a avaliação sobre o conteúdo da cultura política de uma sociedade específica – indutora do ativismo político ou da obediência passiva -, o que não se deve perder de vista na reflexão sobre a autonomia é sua conexão com a afirmação da pessoa como sujeito consciente das próprias decisões (SILVA, 2015, pág. 52).

[...] a autonomia no plano da ação se expressa na decisão de aderir a ações coletivas específicas. No plano do pensamento, a autonomia se expressa na disposição para pensar a própria situação no mundo não como um destino a cumprir, mas como uma realidade desejável a construir. Portanto, a autonomia, nas variadas expressões que pode assumir, como ação ou como pensamento, é sempre a experiência da liberdade inerente à natureza humana, em princípios mera potencialidade, que pode se tornar realidade por meio de decisões individuais (SILVA, 2015, pág.53).

A autonomia da mulher é vista também por meio do direito ao seu corpo e, por isso, o direito ao aborto, foi concebido mais como o exercício de liberdade individual do que propriamente um princípio do direito de cidadania, sexual e reprodutivo a ser garantido pelo Estado. Esse resultado sugere uma ingenuidade política acerca do que é necessário ser construído para concretizar o direito ao aborto no país. Entretanto, o reconhecimento da autonomia da mulher pelas enfermeiras já é um avanço a se considerar que vivemos ainda numa sociedade patriarcal.

Apesar desse relativo avanço, foram poucas enfermeiras que reconhecem o papel do Estado, seu dever e sua função de garantir o direito ao aborto por meio de ações efetivas e de suas estruturas e serviços. Nas falas anteriores, são compreendidas a descriminalização e a legalização como responsabilidades do Estado, porém não foi para além dessas tradicionais atribuições, a operacionalização dos serviços de saúde para as mulheres em situação de

aborto, bem como não foi encontrada a menção clara sobre a importância dos movimentos sociais para as mudanças necessárias no âmbito da sociedade e da saúde.

Também não foi problematizada a questão da objeção de consciência dos profissionais de saúde como um dos fatores de impedimento da autonomia das mulheres na garantia do direito ao aborto legal. A literatura mostra que uma das barreiras para a garantia do direito ao aborto legal é, muitas vezes, a equipe de saúde dos serviços, que faz uso da objeção de consciência sem garantir à mulher que outro profissional a atenda (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Além dessa perspectiva, a mulher que aborta foi compreendida como uma vítima da sociedade. Ela abortou porque existe um contexto desfavorável envolvendo a história de vida, a atual rede de apoio e seus sentimentos. Algumas enfermeiras relataram que a mulher que aborta passa por momentos difíceis devido à clandestinidade e reconheceram que ela precisa de apoio porque a mulher que aborta é sempre julgada pela sociedade.

Foi reconhecido que o aborto nem sempre é desejado pela mulher, e que não é apenas dela a responsabilidade pelo fracasso da contracepção. Os serviços de saúde e os homens também foram citados como responsáveis por essa gestação não planejada. Em pesquisa que entrevistou dezesseis mulheres que induziram o aborto, cinco não queriam ter realizado e relatam que o fizeram por iniciativa do parceiro, o que demonstra que existem mulheres que foram induzidas ao aborto por seus companheiros, mesmo desejando continuar a gravidez (CHUMPITAZ, 2003).

De forma contrastante a essa perspectiva, uma parcela das enfermeiras vê a mulher que aborta como criminosa e culpada por acreditarem que ela cometeu um grave erro ao abortar (APÊNDICE L). Elas relataram que a mulher deveria ter evitado o aborto com o uso de métodos contraceptivos, e a caracterizaram como mulheres fracas e sem moral.

Corroborando essa visão de culpabilização da mulher que aborta, as participantes do estudo compreendem o embrião como uma pessoa dotada de direito à vida. Ele é compreendido como uma vida, um ser humano, um indivíduo e uma pessoa dotada de direitos à vida, denotando uma influência da moral religiosa cristã, como expõe claramente a fala a seguir:

Então, eu acho que o embrião é sim um ser humano, é um princípio dele, mas que já é, que já tem um espírito acoplado a esse embrião, que vai nascer com o tempo e que realmente seria errado eu interromper essa vida, que tá aí pra nascer, que lutou para isso, porque não é fácil você, pelo menos na minha religião, encarnar. Não é uma coisa de um dia paro outro, basta a mãe e o pai querer e tá ali. Não! É uma coisa

bem complexa, com muita coisa envolvida para você ir lá, decidir o que você quer fazer e o que você não quer fazer (E11C).

No projeto de lei 478/2007, que versa sobre o Estatuto do Nascituro, há 10 anos em tramitação, há a proposta de que o Estado e a sociedade devem garantir ao ser humano concebido, mas, ainda não nascido, direitos e garantias sociais o equiparando a igualdade de condições de uma criança. Um conceito, ou um feto é compreendido e defendido por alguns parlamentares conservadores com o mesmo patamar de direitos de um ser humano já nascido (BRASIL, 2007).

Portanto, há clara influência de uma visão conservadora entre as enfermeiras participantes da pesquisa. Dentre os argumentos pautados nos valores conservadores, foi evidente a ideia de que a mulher não tem poder sobre seu corpo. Quem foi citado como detentor desse poder foi Deus, a polícia, o poder judiciário e o profissional de saúde. Ressaltasse que já existem políticas públicas que garantem credibilidade e poder para a mulher decidir se quer interromper uma gestação consequente de uma violência sexual, não sendo condição ter o Boletim de Ocorrência (BO) ou ordem judicial para que ela seja atendida e ter garantido o aborto terapêutico, entretanto, a crença de autorização para efetuar tal procedimento, ainda que legal, permanece no imaginário de algumas participantes.

Eu sou contra o aborto em questão, assim: “Ah, eu quero fazer uma faculdade, eu quero estudar, eu quero viajar, quero namorar, quero fazer isso... vou tirar!” (E26I).

[...] Mas muitas pessoas falam: “**Ah, mas o corpo é da mulher!** Tá nela é propriedade dela”, **eu não acho que é** propriedade minha, um bebê que tá na minha barriga não é propriedade minha, [...] (E11C) (grifo nosso).

[...] o aborto é proibido no Brasil, talvez por esse detalhe que ele é proibido, mas que as mulheres vítimas de estupro e vítimas de alguma outra coisa que eu não lembro **têm direito desde que entrem na justiça e façam isso legalmente** [...] Foi falado que ela tem esse direito, que é uma lei, que ela pode entrar na justiça. Falaram, também, quais são os passos que ela tem que seguir, **apesar de não ser muito da nossa alçada porque a mulher chega pra gente já com o direito garantido pela justiça.** Ela já **vai chegar lá com todo o seu processo julgado**, seu direito garantido, ela já vai chegar pra marcar a cirurgia dela. Falaram das fases que ela tem que seguir: primeiro **ela tem que fazer a denúncia, depois ela tem que ir no IML, aí faz exame de corpo de delito; tem um tempo pra ela conseguir fazer esse aborto**, você não pode querer abortar com nove meses, tem até uma certa semana de gestação que eu não vou lembrar de cabeça mas que era importante a gente também saber essa fase pra orientar a nossa mulher lá no posto de saúde (E19K) (grifo nosso).

Tais falas representam a falta de reconhecimento da autoridade da mulher na decisão da interrupção da gestação. Na gravidez consequente de violência sexual, o direito ao atendimento foi condicionando a uma aprovação de um processo, com obrigatoriedade da denúncia da violência e do exame de corpo de delito.

Cabe ressaltar que, segundo a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011b) e a Portaria GM/MS nº 1.508/2005, o serviço de aborto legal não é condicionado a nenhuma aprovação de processo, boletim de ocorrência e muito menos à denúncia na delegacia. Isso indica desconhecimento não só da legislação atual como também do panorama da violência sexual contra a mulher (BRASIL, 2005a).

Sabe-se que as mulheres têm medo de denunciar o agressor, porque muitas vezes ele é uma pessoa próxima de sua convivência. Segundo o Dossiê da Secretaria de Segurança do Estado do Rio de Janeiro mais de 30% das vítimas de estupro e tentativas de estupro do sexo feminino sofreram esse crime em situação de violência doméstica, ou seja, tinham proximidade com o agressor (RIO DE JANEIRO, 2016).

Enquanto algumas participantes ainda acreditam ser necessário o BO e/ou ordem judicial para o atendimento do aborto legal, outras acreditam ser fácil e banal, o que evidencia desconhecimento da escassez desse serviço e da falta de rede para a garantia do aborto legal.

Eu só acho que não foi legal legalizar o aborto porque isso abriu de uma maneira que todos têm direito: a partir do momento que você chega lá e conta uma história e diz que foi violentada, eles não perguntam nada, simplesmente executam o aborto; isso é possível nas UPAs, em vários lugares, tá conseguindo com muita facilidade, não precisa de boletim, não precisa de nada, se a mulher chega lá, conta uma história triste e diz que foi violentada, ela tem direito legal, então aí eu não concordo porque essas mulheres que querem viver a liberdade, vão tirar os filhos pra continuar vivendo a sua liberdade e eu não acho correto isso. Exceções, sim, pra meninas que ainda deveriam estar brincando de boneca e que foram violentadas de fato e tão ali naquela situação de maneira involuntária, né, ela não escolheu estar vivendo aquilo, então aí eu acho que ela tem o direito de escolher se quer ter o filho ou não. Tirando isso, eu sou totalmente contra (E26I).

Segundo o levantamento sobre 68 serviços de saúde cadastrados como de referência para o aborto legal no território nacional, apenas 37 destes estavam em atividade no período de 2013 a 2015 (MADEIRO; DINIZ, 2016). Tal resultado expõe a magnitude das limitações do sistema de saúde brasileiro em prestar assistência às mulheres que têm este direito garantido por lei.

Ainda sobre o serviço de aborto legal, foram encontradas dúvidas e contradições sobre a responsabilidade como profissional e o ponto de vista religioso.

Eu não sei se eu como profissional, se fosse uma coisa legal ou até mesmo casos legais faria porque pra mim isso ainda é muito difícil por causa da religião também. **Não sou católica, não sou evangélica, sou espírita, acredito na reencarnação; acredito que qualquer coisa que aconteça comigo nessa vida, tem um propósito.** E praticar o aborto, pra mim, vai contra algumas leis, principalmente contra a lei da reencarnação; então eu não faria e também acho que não... se chegasse uma paciente pra mim, mesmo que fosse uma coisa prevista em lei, eu não sei se eu teria estrutura pra fazer. Acho que eu me negaria a fazer. **Também não sei se eu tenho esse direito, de me negar a fazer** se chegar alguma situação dessa para mim no serviço de saúde mas é isso (E11C) (grifo nosso).

Segundo o Código de Ética de Enfermagem, no artigo 28º, parágrafo único: “Nos casos previstos em lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo”. Também é proibido ao profissional, segundo o artigo 26º: “Negar assistência de enfermagem em qualquer situação que se caracterize como urgência ou emergência” (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO - COREN-RJ, 2014, p.59).

Ao profissional médico é negado fazer uso da objeção de consciência nos casos em que existe a necessidade do abortamento por risco de vida para a mulher. Na ausência de outro médico que o faça, quando a situação de abortamento é permitida, o médico também não pode fazer uso da objeção de consciência (BRASIL, 2011b).

Ainda que na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011b) cite apenas o profissional médico, por ser esse o profissional que executa o procedimento, em um atendimento de saúde, a equipe multiprofissional deve atuar em conjunto. Cabe à enfermeira compreender que ela integra a equipe de profissionais da instituição, e que é preciso garantir o direito da mulher e o cuidado de enfermagem nesse procedimento.

Outros argumentos de senso comum, justificados pelo ponto de vista da religião, foram a definição do aborto como pecado e a interpretação da gestação como um desígnio de Deus.

[...] eu acho que é um ser que **Deus mandou para mim de alguma [forma] é minha responsabilidade**, que eu tenho dever de cuidar dele, se eu não quiser cuidar dele eu passo para outra [pessoa]. Mas, interromper essa vida não é uma coisa que eu faria. Talvez se eu estivesse numa situação dessas e não tivesse condições, não soubesse para aonde correr, né? Eu pegava essa criança e dava para adoção, mas, em nenhum momento, eu acho que eu praticaria isso (E11C) (grifo nosso).

Reconhece-se na literatura que a gravidez compulsória é uma limitação do exercício de democracia das mulheres, por estas não serem estas dotadas de poder e de soberania sobre

si mesmas, perpetuando, assim, a desigualdade entre os homens e as mulheres. Sobre esta desigualdade, Miguel (2012, p. 666) considera que:

[...] Mas permanece uma grave assimetria entre homens e mulheres, gerada por aquilo que podemos chamar de *gravidez compulsória*, que representa uma limitação potencial permanente à soberania das mulheres sobre si mesmas. Então, o cidadão, isto é, o homem, ingressa na esfera política dotado de soberania sobre si mesmo, mas para a mulher tal soberania é condicional. Sob determinadas circunstâncias, ela deixa de exercer arbítrio sobre seu próprio corpo e se torna o instrumento para um fim alheio. Nesse processo ocorre uma inversão: em vez de a sociedade ficar com a obrigação de garantir as condições para que as mulheres possam levar a cabo gestações livremente decididas, a gravidez passa a ser uma obrigação perante a sociedade.

Essa visão limitante sobre o poder de decisão e a autonomia feminina foi manifesta nas falas das enfermeiras entrevistadas. A repressão sexual da mulher jovem pelo pai foi defendida como uma situação preventiva da gravidez na adolescência, caracterizando a defesa do patriarcado como “solução” da gravidez indesejada e por consequência evitando o aborto.

E assim, eu acho que é pior, quanto mais avançado, e quando a gente vai passar dos anos as coisas vão ficando mais avançadas, quanto mais isso, mais está acontecendo porque **antigamente não tinha quase informação era mais uma imposição, você não pode fazer, era melhor**, porque dificilmente você via a fulaninha grávida adolescente. Ah porque **o pai achava que isso era uma desonra** ou botava a garota lá para o interior eu não sei aonde e voltava com meu irmão, ou então botava para fazer o aborto, mas assim eu não sei até que ponto isso era escondido também (E06G) (grifo nosso).

Ainda que se tenha uma ponderação de que possivelmente ocorriam casos de aborto provocado, essa fala representa uma defesa da repressão sexual feminina em vez da ampliação do acesso à informação e da garantia dos direitos da mulher. Além disso, a mulher apareceu também como a única responsável pela reprodução e, conseqüentemente, pela sua falha nas medidas de contracepção.

Porque é..., hoje em dia, eu descredito um pouco que seja falta de informação a prevenção da gestação indesejada. Então, eu acho que a informação tem bastante. É mais relaxamento, irresponsabilidade mesmo. Se a mulher consegue recorrer, tem instrução para recorrer a um aborto ilegal, ela teve instrução para saber como prevenir aquela gestação. Então, eu considero uma irresponsabilidade (E12L).

Sabe-se que o patriarcado contribui para a ideia da mulher como a responsável pela reprodução. Entretanto, já é estabelecido nas políticas públicas de planejamento reprodutivo que é de direito à mulher, ao homem, ou ao casal informações para limitar ou aumentar a prole desses indivíduos ou do casal (BRASIL, 1996a). Essa fala também demonstra

desconhecimento da participação masculina no processo abortivo, seja de forma indireta, na recusa da paternidade ou na garantia da infraestrutura para a realização do aborto (CHUMPITAZ, 2003).

Além disso, a “falta de educação” da população brasileira foi alegada na defesa da permanência do aborto como ilegal. Segundo as participantes, a população não saberia usufruir desse direito, afirmando que se usaria menos camisinha ou que os números de aborto aumentariam.

Na minha opinião, eu acho que a nossa sociedade não tem educação para isso. Porque se eu não tenho educação para usar camisinha, para me prevenir da gravidez ou de uma doença sexualmente transmissível, eu não vou ter educação para praticar o aborto se ele for uma coisa legalizada (E11C).

Nessa fala existe uma descrença da capacidade de formação e educação em saúde para promover reflexão dos usuários sobre suas práticas sexuais. Além disso, ela não reflete que tal serviço pode promover um acolhimento e educação para aqueles que usarem, demonstrando assim uma descrença na transformação da sociedade e perpetuação da gravidez não planejada de infecções sexualmente transmissíveis e da compulsoriedade da gestação. Além disso, expressa uma visão preconceituosa acerca da população menos favorecida e excluída de oportunidades para ascender no sistema educacional formal, como pessoas incapazes de tomar suas próprias decisões por presumir que há limitações cognitivas impostas pelo baixo nível educacional.

Agora, também por outro lado, eu acho que legalizar o aborto melhoraria as condições, e os agravos desses abortos inseguros. Mas, até que ponto isso seria e ajudaria? Será que ia começar a correr de forma indiscriminada? Todo mundo.... Ah, eu engravidei, então eu vou abortar (E12L).

Ainda que nessa fala exista uma ponderação sobre a melhoria dos agravos resultantes de aborto inseguro caso o aborto fosse legalizado, existe um argumento do senso comum de banalização da prática, como se para as mulheres a prática do aborto fosse uma solução simples, além de uma descrença de organização dos serviços de saúde para atender a essa demanda.

Outro senso comum encontrado como argumento na questão do aborto pelas participantes foi a crença de que a ilegalidade do aborto impede a prática. Sabe-se através do número de procedimentos, como o wintercuretagem (“curetagem”) pós-aborto, que ocorrem muitos atendimentos causados pelo aborto no país. No ano de 2004 foram 242.998

internações motivadas por curetagem pós-aborto, decorrentes de abortos espontâneos e provocados. A wintercuretagem é o segundo procedimento obstétrico mais praticado nas unidades de internação, que é superado apenas pelos partos normais (BRASIL, 2005b).

3.3.2 A visão sanitária sobre a prevenção de agravos frente à problemática do aborto

A visão de prevenção de agravos sobre aborto apareceu prioritariamente na preocupação com a saúde da mulher (APÊNDICE M). As participantes veem o aborto como um problema de saúde pública. Foi compreendido que o aborto clandestino existe, e que a ilegalidade não impede que as mulheres abortem, mas sim que a clandestinidade coloca em risco a saúde da mulher. A clandestinidade também foi compreendida como agravante para os indicadores de mortalidade materna.

[...] muita gente morre em clínicas clandestinas, muitas mulheres (E13D).

Mas, também vejo em questão de ser ilegal. Eu acho que é um risco muito maior para quem que fazer. E, aí, procurar em lugares... e não só sendo o aborto, mas há a morte materna também. Eu acho que poderia ser uma causa evitada, porque a morte materna está crescendo, mais agora ultimamente, e por causas evitáveis, né. E o aborto poderia ser mais visto, se fosse mais discutido, uma causa evitável de morte (E15A).

Ainda que não tenham sido citados os indicadores de saúde, as participantes demonstram ter noção da dimensão da gravidade do aborto no Brasil, demonstrando conhecimento e preocupação com essa situação em relação à saúde das mulheres. Sabe-se que o aborto é uma morte evitável, mas que ainda é uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Estima-se que há mais de um milhão de abortamentos induzidos no Brasil e que muitos desses abortos ocorrem em condições precárias de higiene, o que está associado às complicações para a saúde da mulher (BRASIL, 2011b). No estado do Rio de Janeiro, em 2013, o aborto foi a terceira causa de mortalidade materna (RIO DE JANEIRO, 2013).

Tamanha representatividade epidemiológica também acarreta elevação dos custos para os cofres públicos. O atendimento ao tratamento das complicações do aborto custa em média nove vezes mais do que um aborto seguro e cinco vezes mais do que um parto normal (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004). Essa preocupação sobre o impacto financeiro também foi mencionada pelas enfermeiras.

Olha... Eu vejo como problema de saúde pública, porque o número de gestações indesejadas aumentou muito e as mulheres cada vez mais recorrem a essas situações que geram muitos prejuízos na saúde pública como um todo (E12L).

Além dessa problemática, foi reconhecido pelas participantes da pesquisa que o aborto não é notificado como deveria e que isso mascara os dados da saúde sobre esse tema. Esse reconhecimento as fez presumir que os dados de saúde sobre aborto e seus agravos decorrentes de aborto são maiores do que os casos oficialmente registrados.

Também foi identificada uma visão com ênfase na prevenção de negligências e agravos à saúde da criança, ainda que por poucas participantes. Houve o argumento que o aborto impede o nascimento de crianças que seriam negligenciadas ou que poderiam vir a ter transtornos psicológicos, principalmente aquelas que são consequência de uma violência sexual.

[...] eu vejo certas mães e certos filhos, eu paro e penso: “Por que essa pessoa teve esse filho?” Aí, a minha opinião do aborto começa a balançar, começa a ser quebrada a questão religiosa porque é muito sofrimento. Só quem está naquela enfermaria sabe as coisas que acontecem nos bastidores e as coisas que a gente só vê ali, porque a criança vai embora e, aí, só Deus sabe como fica. **Então, eu não sei. Talvez eu ache que a questão do aborto causaria um impacto social e que isso fosse melhorado.** Mas, por outro lado, talvez as pessoas tivessem relações sexuais com menos responsabilidade, já que poderiam realizar um aborto. Então, eu não sei realmente. O que eu sei é que eu não julgo de uma forma ruim essa mulher... (E18F, grifo nosso).

Na fala, são apresentados argumentos que expõe uma perspectiva que destaca a preocupação mais de âmbito social com a criança fruto de uma gravidez indesejada, em virtude do risco de não receber os cuidados que ela julga serem necessários e, assim, o aborto poderia ser um “mal” menor frente a uma infância em situação de abandono e suas nefastas consequências.

Outra fala demonstra a preocupação com o desenvolvimento psicológico saudável da criança e relaciona a gestação como momento importante que deve ser vivido com qualidade e não com sentimentos ruins.

Ela vai ter que gerar [o bebê] bem. Não vai adiantar ela ficar tentando gerar aquela vida assim, em cima de raiva, de ódio. Para mim, isso também movimenta a vida sabe? O sentimento que aquela mulher tem pelo filho. E eu não consigo ver uma gestação saudável e nem uma criança nascer saudável dessa forma (E07A).

Um resultado com pouca expressividade foi a problematização da qualidade do serviço de aborto legal. Foi relatado que a garantia do aborto legal está distante de ser realidade dos serviços de saúde por acreditar no fechamento de serviços que antes realizavam o procedimento e por falta de profissionais treinados para garantir o atendimento.

Às vezes eu me questiono sobre essa questão de ser a favor ou contra. É exatamente por isso, porque eu fico pensando de votarmos a favor e isso estar tão banalizado do jeito que está agora. Ao mesmo tempo, da gente querer acabar com a clandestinidade. Em relação a isso, oferecermos um serviço ruim. A gente querer ter várias coisas no papel, que é o ideal, mas de não conseguirmos implementar. Eu tenho muito medo disso, porque eu acho que não temos preparo nenhum. Eu acho que a cada dia está piorando nessa questão. Antes, tínhamos duas unidades que eram referência para isso. Eu acho que agora só temos uma. Estamos no retrocesso constante (...) muitas mulheres morrerem o tempo todo com isso. Eu acho que a gente [a saúde] está muito fraca, muito despreparada (E05A).

A visão de que existe um distanciamento entre o que é previsto pelas políticas públicas de atenção ao aborto legal e o que é realizado nos serviços é corroborada pela literatura, sendo verificado que 14% dos serviços de aborto legal pesquisados ainda solicitam Boletim de Ocorrência; 8% solicitam um laudo pericial e 8% solicitam um alvará judicial para esse atendimento seja realizado (MADEIRO; DINIZ, 2016).

A preocupação quanto à quantidade de serviços para garantir o atendimento ao aborto legal é pertinente, porque existem apenas 37 serviços em território nacional que efetivamente realizam o aborto previsto em lei. Esses serviços estão distribuídos em apenas 20 unidades da Federação, que estão localizados em cinco municípios na região Norte, onze municípios no Nordeste, três no Centro-Oeste, seis municípios no Sul e doze municípios no Sudeste. Contudo, em sete estados da federação não há serviço ativo, sendo um estado na região Sul, um estado na região Centro-Oeste, dois estados no Nordeste e três estados no Norte, conforme o levantamento de Madeiro e Diniz (2016).

Mesmo que este procedimento seja previsto em lei desde 1940 e que exista uma Norma Técnica e Portaria ministeriais que regulamentam o atendimento ao aborto legal, o quantitativo insuficiente desses serviços indica que boa parte das mulheres brasileiras está completamente desassistida. Não existe qualquer serviço de referência onde residem e o acesso aos serviços existentes é extremamente dificultado, muitas vezes pelas distâncias geográficas, visto que estes serviços estão localizados nas capitais ou grandes regiões metropolitanas da região (MADEIRO; DINIZ, 2016).

Como prevenção de agravos, também foi encontrada entre as enfermeiras residentes a perspectiva da legalização do aborto para acolher as mulheres e oferecer a elas um suporte

psicológico para que elas possam decidir com calma sobre a continuidade ou a interrupção da gestação e, talvez, dissuadi-las a tomar uma decisão por impulso ou por falta de apoio. A próxima fala expressa sentimentos que também são abordados na literatura, como o medo da mulher, que poderiam ser trabalhados no atendimento de saúde se ele de fato existisse.

Legalizando o aborto, de repente, seria, entre aspas, bom, porque a pessoa poderia ter um acompanhamento psicológico. Às vezes ela não quer abortar. Às vezes ela só quer uma orientação, ela está com medo, ela está desorientada e, de repente, uma pessoa que chega ali com ela e conversa: “Não, sua vida não acabou agora. Seu pai não vai te matar. Sua mãe não vai te botar para fora de casa. Seu namorado não vai te largar!” São os pensamentos iniciais delas. Então, se legalizassem [o aborto] poderia haver esse suporte e, talvez, até diminuir a quantidade porque às vezes elas não querem isso, elas fazem no impulso, porque elas estão desesperadas, isso não é legal; de repente, a legalização seria algo bom nessa parte (E19K).

Outra questão implícita neste discurso é que esse acolhimento profissional possibilita à mulher expressar suas angústias e, com isso, até mesmo desistir de interromper a gestação. Segundo o relatório do primeiro ano de implementação da legalização do aborto no Uruguai, 6,3% das mulheres que procuraram o serviço decidiram continuar com a gestação (URUGUAY, 2014).

Em países em que o aborto é legal, mostra-se uma diminuição da quantidade de procedimentos. Na França, em 1976, a taxa de aborto era quase 35 abortos/100.000 nascidos vivos (n.v), enquanto que, em 1995, a taxa caiu para 25 abortos/100.000 n.v. Na Itália, em 1982, a taxa de aborto era de 37 abortos/100.000 n.v., passando, em 1996, para 25 abortos/100.000 n.v. Por outro lado, em países que têm as taxas de aborto mais baixas são exatamente aqueles onde a interrupção da gravidez é legal (BENAGIANOU; PERA, 2000).

3.3.3 A visão do papel profissional da enfermagem na assistência às mulheres que abortam e suas interfaces com ensino de graduação

A atuação de enfermagem na assistência às mulheres que abortam é vista de forma preconceituosa e discriminatória, pois existe julgamento de valor baseado na moral, o que se sobrepõe aos valores éticos profissionais.

As enfermeiras recém-graduadas acreditam que a enfermagem apresenta atitudes antiéticas, baseadas nos valores pessoais, e que a assistência prestada é realizada como um

fazer meramente técnico, de modo superficial e com comportamentos ríspidos, não havendo humanização no cuidado.

Além disso, é reconhecido por essas enfermeiras que há diferenciação na assistência de enfermagem de acordo com o tipo de aborto, espontâneo ou provocado, ratificando assim o predomínio dos valores pessoais sobre uma atitude profissional, visto que o código de ética profissional da enfermagem estabelece que a assistência prestada deve ser isenta de discriminação. Tal resultado também foi encontrado em pesquisa que identificou que os profissionais de enfermagem veem o aborto provocado como crime e pecado, e prestam uma assistência discriminatória às mulheres que realizam este tipo de aborto (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

Precário, preconceituoso e parcial. Não é todo mundo que fica na imparcialidade, não é todo mundo que trata bem, essas mulheres são excluídas, são deixadas de lado, se for negra então, é abandonada, então eu vejo essas mulheres totalmente como, por elas, por muitos profissionais, não digo todos porque não dá pra botar no “geralção” mas eu acho que a maioria é julgadora. Eu vejo muita gente como juiz e não como cuidador (E17A).

Olha, eu posso dizer só da prática que eu tenho, que ainda é pouca. Eu fiquei esse período na emergência, não vi ninguém destratando ou discriminando, mas também o que eu sinto é que às vezes acaba sendo muito superficial, não sei se é para não demonstrar emoção ou preconceito, mas, às vezes, é muito assim: chega pra gente falando que acha que perdeu, bate uma ultrassonografia ou então diz que tá sangrando muito e acha que perdeu o bebê e é tudo muito seco [...] (E16C).

[...] com as enfermeiras que atendem puérperas e gestantes que têm uma história de aborto, eu ainda sinto, assim, realmente, um preconceito, vejo que elas... ainda mais se é uma mãe, se ela está sendo mãe agora mas tem uma história de já ter tido um aborto antes, eu vejo que elas não confiam muito naquela mãe, assim: “Ah, como é que ela é mãe agora mas já tirou outro filho antes?”; eu sinto uma desconfiança das enfermeiras em relação a essas mães que em algum momento praticaram aborto, não confiam muito nela com aquele filho porque elas já tiraram outro (E22E).

Contrapondo a maioria das concepções expressas, algumas participantes relataram que a assistência de enfermagem às mulheres que abortam é uma assistência humana, menos preconceituosa, respeitosa aos direitos humanos e que não existe discriminação no atendimento a estas mulheres, sendo estas tratadas como as demais pacientes, mantendo-se, assim, uma atitude ética.

Então, não tá tendo mais aquele preconceito, de antigamente. Há algum tempo atrás, as mulheres que sofriam aborto, elas eram sim muito maltratadas nas maternidades, principalmente quando chegava lá ainda em processo de abortamento, né, que ainda não tinha ocorrido o aborto totalmente e, assim, era muito desrespeitoso, muito. Hoje, eu acredito que os profissionais estão sendo um pouco mais humanizados,

sabe? Eles estão tentando ver essas mulheres que praticam o aborto com um olhar diferente. Eu acredito que se está respeitando mais os direitos do ser humano, as decisões, a cabeça, os momentos, por que que levou aquela mulher a fazer aquilo, porque ela tá fazendo o aborto, independente de chegar já procurando: “Ah, você provocou ou é um aborto espontâneo?”; várias mulheres ficavam em casa, tinham infecções, tinham vários problemas, ficavam estéreis porque tinham medo de buscar ajuda porque sabiam que por terem tentado um aborto em casa, elas chegariam lá e não seriam bem tratadas. Hoje eu acho que isso mudou muito (E26I).

Apesar desta visão favorável sobre a assistência de enfermagem foi observado, em estudo etnográfico sobre a assistência às mulheres em situação de abortamento, em um serviço de emergência obstétrica no Rio de Janeiro, que as mulheres são desqualificadas pelos profissionais de saúde por meio do juízo moral acerca da prática do aborto, há posturas de não escuta, a invisibilidade e o silenciamento frente às necessidades desta clientela (ASSUCENA, 2013).

Algumas participantes relataram que nunca viram assistência de enfermagem para mulheres que abortaram. Isso sugere que existe um vazio na formação durante o campo de prática, visto que existe uma prevalência significativa dos procedimentos pós-aborto em diversas unidades de saúde, como a wintercuretagem pós-aborto, que é o segundo procedimento mais realizado em maternidades. Esta ausência de experiências na graduação também denota que não há valorização dessa questão nas atividades práticas durante o pré-natal, mesmo quando se ensina sobre a realização do histórico obstétrico da gestante, o levantamento das necessidades de cuidado e o diagnóstico de enfermagem diante de situações de gravidez indesejada e histórico de aborto.

Algumas participantes também reconhecem limitações na atuação da enfermagem na assistência à mulher em situação de aborto, visto que desconhecem iniciativas para instituir a consulta de enfermagem no aborto legal, o encaminhamento destas mulheres aos serviços de referência, como construir uma rede de apoio multidisciplinar, como proceder à notificação e ao atendimento às vítimas de violência sexual e demais procedimentos e condutas neste contexto assistencial para garantir uma assistência humanizada e o cumprimento das políticas públicas.

Corroborando com a descrição das limitações do ensino de enfermagem frente à temática do aborto, as enfermeiras consideram que foi insuficiente para balizar a prática profissional da enfermeira, sendo conduzido de modo tradicional e pouco alinhado às atualidades sobre as questões das mulheres, o que causa o despreparo das profissionais em lidar com este problema na saúde, como mencionam as seguintes enfermeiras:

Eu acho que [o ensino] ainda é muito insuficiente. Por ser um tema muito difícil de ser abordado, eu acho que alguns professores e instituições parecem demonstrar um pouco de receio em falar sobre essas questões mais polêmicas, não sei se por medo de opiniões, mas acho que é pouquíssimo abordado. A gente sai da faculdade sem saber muita coisa, sem saber sobre os direitos da mulher que aborta ou da mulher que quer abortar; se a mulher tem direito, se ela não tem direito... Saímos sem saber muito. A gente acaba formando a nossa opinião sobre o que buscamos para tornar o nosso cuidado mais eficiente (E21D).

Eu acho que o ensino deixou de abordar a atualidade! Acho que agora que está muito em foco o feminismo. Têm muitas mulheres lutando por esse direito [ao aborto] e isso não foi abordado dentro da graduação, mesmo eu tendo me formado no meio do ano passado [em 2015]. [...] Então, meio que eu acho que a minha graduação deixou... [...] [o ensino foi] engessado. Eu acho que foi meio arcaico. Talvez porque seja uma escola tradicional. Eu não sei se é por isso. Mas, entre outros temas e várias outras vivências, eu creio que ainda tenha muita gente engessada (E13D).

Olha, eu acho que não saí preparada o suficiente da graduação para lidar com essa temática, definitivamente não saí mesmo [...] eu fico até confusa de responder algumas coisas, porque a visão que ...eu estou chegando agora na pós, assim, abriu os meus olhos em relação a muitas coisas do que eu pensava, do que foi exposto na graduação, bem diferente. Então, assim, eu acho que saindo direto da graduação não estaria preparada para lidar com isso não (E12L).

Outros relatos ratificam que o ensino ainda está arraigado à tradição e acrescentam que ainda é influenciado pela moral religiosa, o que denota que há um segmento acadêmico que reproduz e reforça o senso comum instituído pela sociedade patriarcal acerca do papel da mulher e sobre a questão do aborto, como expressam as seguintes falas:

Eu acho que ele ainda está muito vinculado à questão religiosa e à questão dos princípios e valores da pessoa, do indivíduo que está ministrando a aula e o aborto [...] Eu acho que a enfermagem, não sei, assim, por ter esse domínio feminino muito grande, mas um domínio feminino que ainda tem muito machismo. As mulheres que vêm com muito machismo nelas, assim, isso tá bem complicado tá atravancando muitas coisas, [...] elas vêm com muitos conceitos antigos, elas não conseguem sair daquilo ali para abordar os assuntos de uma maneira mais laica, como eles merecem ser abordados. [...] Eu não sei me expressar direito, mas tem que saber se distanciar. [...] Não se pode omitir informação, porque omitir uma informação também é uma maneira de causar dano. Então, muitas vezes, pessoas evitam de tocar em certos assuntos porque, para elas, aquilo ali não é muito confortável, [...] (E02B).

[...] não tem muito profissional com vontade de abordar, acho que é um tema difícil porque todo mundo sabe que vai ser difícil, já chega com aquele receio de começar a falar sobre o assunto e aí falar. Teve até uma professora que falou “Ah, falar sobre o aborto é igual fala sobre a política e time de futebol, cada um tem a sua opinião e cada um fique com a sua”. Não! Não aqui num espaço de formação de ensino em saúde, eu acho que não para aquela turma, para uma turma de enfermeiros! [...] eu acho as pessoas estão começando a entender que precisa ser falado por que não vai deixar de existir, não vai deixar de acontecer. Pelo contrário, a gente tem que ser muito bom para encarar isso de frente, né, e não ficar fingindo que não vai acontecer, que é igual time de futebol, que não faz nenhum sentido esse tipo de exemplo (E07A).

Essas enfermeiras defendem que o tema aborto deve ser discutido de forma franca e amadurecida na academia de enfermagem, apoiado pelo conhecimento científico amplo, pois os profissionais de saúde devem se apropriar da realidade social, antropológica, jurídica, bioética e da saúde que envolve as mulheres no aborto, e não utilizar discursos simplistas e impeditivos da discussão atualizada e adequadamente fundamentada. Isso mostra um reconhecimento do diálogo como estratégia de reflexão e de qualificação para o profissional.

Sobre a problematização da realidade, Freire (2014) defende que a educação voltada para a humanização possibilita o debate corajoso e também a inserção do sujeito na problemática. E a percepção de si como sujeito de transformação da realidade é uma das características da consciência crítica (FREIRE, 2008), nesse caso promovida pela formação profissional.

Além da omissão para o debate sobre a questão do aborto no curso de graduação de enfermagem, houve relatos de falta de embasamento científico na abordagem do tema pelos docentes e, até mesmo, baseado no sensacionalismo, como manifestam as falas a seguir.

[...] durante a faculdade, uma das aulas, não lembro mais qual era, o professor passou um vídeo – o vídeo está disponível no YouTube – o nome do vídeo era: “O grito do inocente” ou “O grito do silêncio”, alguma coisa assim. Foi um aborto feito que filmado pelo ultrassom. Então, essa aula específica tinha um apelo muito pessoal, porque esse professor era policial [...] ele também tinha o emprego de policial. Então, ele chegou contando a história de quando ele invadiu uma clínica de aborto, que ele saiu dando tapa em médico, enfermeiro, gato, cachorro, quem tivesse lá dentro [...] aí, logo em seguida, ele passou esse vídeo [...] mostrava o aborto sendo realizado por sucção [...] mostrou arrancando a perninha, arrancando o bracinho e que a cabeça ficou por último e foi retirada a fórceps. Enfiaram mesmo o fórceps para poder retirar a cabeça. E o momento todo do vídeo, ele falando: “Olha bem o rostinho da criança, ela está abrindo a boca e está gritando!” **Não foi uma coisa técnica, uma coisa pra você abrir um pouco a sua mente. Foi uma coisa criminalizando o aborto e formando a opinião das pessoas de julgar aquela gestante [...].** Então eu saí muito chocada. Eu nunca tinha visto o vídeo (E19K) (grifo nosso).

Esse relato reforça a ideia de que aborto é caso de polícia e não de saúde e cuidado, ainda que tenha sido uma aula para futuras enfermeiras. Se dentro de sala de aula existe ainda um apelo sentimental e não científico para “ensinar” sobre aborto, como desejar dos profissionais uma postura ética e científica no atendimento as mulheres em situação de abortamento?

O docente foi descrito com uma postura autoritária ao invés de uma postura democrática, como defendido por Freire para uma educação problematizadora (2014). A valorização da agressividade frente a problemática do aborto desestimula o debate, fortalece a

cultura do silêncio e impede a transitividade da consciência, perdurando os valores pessoais em lugar dos valores éticos profissionais.

Outro resultado encontrado foi a compreensão de algumas participantes de que o tema aborto deveria estar presente em outras disciplinas além da saúde da mulher. Elas reconheceram que a temática tem interfaces com outras áreas de conhecimentos. Além disso, consideram que os docentes estão desatualizados para abordar o tema do modo necessário à formação do profissional conforme as exigências da atualidade:

Então, acho que isso ainda tem que ser treinado melhor no profissional. [...] algumas coisas mais recentes estão vindo com essas novas ideias [...], mas infelizmente muitos professores, que ainda estão formando esses profissionais de hoje, trabalharam há muitos anos, e não se reciclam mais. Eles se formaram há 20, 30 anos atrás e eles ainda trazem aquele modelo daquela época, tão confortáveis na posição que eles estão. E eu acho isso complicado porque uma profissão como a enfermagem ou a medicina, mesmo outras áreas da saúde, têm que estar sempre atualizada. Então, isso para mim é preocupante [...] (E02B).

[...] eles dão muito pouca importância, eles dão mais importância para os temas e assuntos que vão fazer com que aquela mulher leve aquela gestação até o fim, mas quando a gestação é interrompida ou como ela pode ser interrompida, foi muito pouco abordado, muito pouco mesmo (E26I).

Eu acho que tem que ser um pouco mais discutido, porque uma aula só não é suficiente, principalmente para as pessoas que têm a cabeça um pouco mais fechada por questões de princípios e religiões. Eu acho que tem que ser desde o começo da graduação, se não for desde o início da graduação, mas que seja em boas oportunidades. Se você começa a inserir uma temática de saúde da família, você insere também o aborto, se você inserir uma temática sobre CTI, você insere o aborto, porque mulher está em todos os níveis de atenção [...] Então, eu acho que só inserir o abortamento na saúde da mulher fica um pouco vago [...] tem que começar a ser discutido antes, exatamente para criar uma linha de pensamento [...] (E01A).

Nesta última fala, a enfermeira reconhece que o debate sobre o tema aborto deve ser processual, visto que é um fenômeno complexo. Para isso, deve ocorrer em diversos momentos da graduação para se apossar da contextualização histórica e social sobre o aborto e possibilitar a reflexão, conforme estabelece as Diretrizes Nacionais Curriculares de Enfermagem. “A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto” (BRASIL, 2001, p.5).

As enfermeiras apontam para a necessidade de se ter um ensino de graduação com um conhecimento mais aprofundado e a partir do diálogo sobre a complexa realidade da mulher em situação do aborto. Mas, o que vivenciaram na graduação não alcançou um patamar satisfatório para subsidiar a prática profissional sensível às questões sociais que gravitam esta realidade, bem como mais qualificada para os cuidados desta clientela específica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa analisou a abordagem do tema aborto no ensino da graduação a partir da perspectiva das enfermeiras recém-graduadas e discutiu a relação entre a abordagem desse tema na graduação e as concepções das enfermeiras sobre a questão do aborto atingindo, assim, os objetivos propostos.

O ensino sobre o aborto requer avanços substanciais para suplantiar a abordagem superficial encontrada, que tem ênfase em procedimentos técnicos e está descontextualizada do debate histórico social. A pouca quantidade de aulas sobre o aborto, mencionado pelas participantes, revela que é necessário ampliar e aprofundar a abordagem desse tema na graduação de enfermagem, a fim de alcançar a formação de profissionais qualificados, reflexivos e críticos sobre as questões complexas envolvidas nessa temática, como aspectos legais, morais, religiosos e socioculturais.

O paradigma biomédico foi norteador no ensino dessa temática, pois a maioria dos relatos descreveu as aulas que trataram do tema aborto como um evento apenas de intercorrência do período gravídico. Entretanto, algumas enfermeiras mencionaram aulas com debates e muitas referiram um ensino defensor do atendimento isento de preconceitos. É indispensável o aprimoramento das estratégias de ensino para o estímulo do debate democrático sobre aborto e o atendimento em saúde adequado às mulheres em situação de abortamento, a fim de: possibilitar que a assistência seja isenta de qualquer tipo de discriminação; garantir o exercício dos direitos das mulheres; prevenir danos à saúde e reduzir a mortalidade materna.

Ainda que as enfermeiras participantes não tenham reconhecido claramente que o ensino de enfermagem contribui para qualificar a prática profissional nos cuidados às mulheres em situação de abortamento, inclusive no aborto legal, houve falas que externaram a influência do ensino nas concepções relativas ao discurso do cuidado à saúde. Foram verbalizados argumentos sobre a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção de agravos à saúde da mulher e defesa do cuidado ético profissional, sem julgamentos. Tais perspectivas foram construídas no âmbito da graduação em enfermagem e, portanto, demarcam a distinção entre a visão profissional sobre as questões referentes à mulher que aborta e a visão do senso comum.

Além disso, elas se colocam insatisfeitas com a falta de cuidado dos profissionais de saúde para com as mulheres em situação de aborto e defendem que essa mulher deve ser cuidada de forma digna, independentemente do tipo de aborto ocorrido. As perspectivas

expressas para a melhoria dessa situação de saúde das mulheres também foram diversificadas, como aquelas sobre a legalização do aborto; ampliação dos serviços; sensibilização dos profissionais; ampliação dos serviços de planejamento familiar; acolhimento das mulheres pelos profissionais; a não discriminação da mulher no serviço, e a privacidade da mulher durante o atendimento.

Se o senso comum aponta para que a mulher que aborta seja vista como culpada, pecadora e sem moral, as enfermeiras contextualizaram a questão do aborto como um problema de saúde e verbalizaram suas preocupações com a situação de saúde das mulheres. Porém, a percepção de responsabilidade frente ao tema ainda é sutil. Existe insatisfação com a realidade de saúde, mas uma minoria verbalizou um desejo de transformação desta realidade, o que sugere que a consciência transitiva crítica não é predominante no grupo pesquisado.

Ressalta-se que a consciência intransitiva não foi encontrada no grupo pesquisado, mesmo entre aquelas enfermeiras que manifestaram em suas falas explicações mágicas, relativas ao embrião como “presente de Deus” ou à mulher que “está grávida por carma”, para fundamentar suas argumentações. Essas fragilidades argumentativas sobre o tema aborto, carregadas de valores da sociedade conservadora e da moral religiosa nas concepções de parte das enfermeiras, evidenciam uma consciência transitiva ingênua.

Sabe-se que o processo de conscientização é um compromisso histórico, gradual e é o próprio sujeito que se transforma e toma consciência da sua existência e da estrutura social de opressão, possibilitando, assim, transformá-la a partir da reflexão crítica e atitudes. Como as participantes dessa pesquisa são mulheres, em quase sua totalidade, nota-se que o combate ao patriarcado ainda precisa avigorar e ganhar forças para uma efetiva defesa do direito das mulheres de decidir sobre sua vida, inclusive reprodutiva.

As enfermeiras recém-graduadas identificam que o cuidado de enfermagem para as mulheres que abortam é mais influenciado pelos valores pessoais, de cunho moral, de quem está prestando o cuidado, do que propriamente pelo ensino de enfermagem. O cuidado de enfermagem para a mulher em situação de abortamento está mais relacionado à conduta pessoal relacionada ao carinho pelo ser humano do que a defesa de uma atuação baseada na ética profissional.

A maioria das aulas que estas enfermeiras tiveram no curso de graduação não viabilizou o debate do tema do aborto e, quando ocorreu, não foi suficiente para promover domínio sobre o assunto. Além disso, o ensino está focalizado nos cuidados técnicos e no paradigma biomédico. Portanto, compreende-se porquê a visão delas sobre o aborto ainda é

influenciada pelo senso comum e calcada em valores conservadores decorrentes da sociedade patriarcal.

Contudo, as enfermeiras reconhecem que a graduação de enfermagem promove a discussão sobre a problemática de saúde para as mulheres, ainda que de forma superficial e ancorada também em formas tradicionais de ensinar. Porém, valoriza a escuta qualificada com base na relação de cuidado, ainda que haja a cultura do silêncio nas aulas. Desse modo, a graduação de enfermagem ensina um cuidado que será reproduzido, mas com limitadas possibilidades de ser transformador da realidade que elas mesmas externaram insatisfação.

Portanto, é necessário aperfeiçoar, aprofundar e fundamentar o ensino da temática do aborto na graduação de enfermagem, que inclui o aborto legal, espontâneo ou inseguro. Para isso, sugere-se que essa temática seja abordada amplamente nas disciplinas curriculares, ancorada na pedagogia crítica, que inclui a vertente feminista, para que as barreiras profissionais e institucionais possam ser superadas no país, de modo a prover o atendimento qualificado e digno para as mulheres.

O aborto não deve ser visto como um assunto ou tema atinente aos valores morais, mas ele requer ser problematizado e ensinado com base nos indicadores e repercussões sobre a saúde das mulheres e no respeito à cidadania, à democracia e aos direitos reprodutivos.

Acredita-se que o ensino de enfermagem pode potencializar mais, e melhor, na defesa dos direitos reprodutivos das mulheres. Para isso, é preciso que a academia de enfermagem esteja na vanguarda e demova os temores e as resistências de se abordar o tema do aborto, possibilitando um ensino desta temática de forma laica, científica, reflexiva e crítica.

Reconhece-se que, no contexto atual da sociedade brasileira, é preciso ter coragem para discutir um tema que confronta o senso comum e os valores patriarcais e da moral religiosa, além de envolver a luta feminista para o pleno exercício do direito, autonomia e liberdade das mulheres quanto à sexualidade e reprodução.

Esse estudo não possibilita fazer um panorama do ensino sobre a temática do aborto visto que abarcou apenas a perspectiva discente, a partir das enfermeiras recém-graduadas, não contemplando os docentes e os coordenadores pedagógicos dos cursos de graduação. Além disso, as enfermeiras participantes são egressas de um conjunto ínfimo de instituições de ensino superior de enfermagem e, portanto, suas experiências na graduação podem não ser generalizadas para a diversidade de cursos de graduação em enfermagem existentes no país.

Apesar dessas limitações, a dissertação lança luz sobre o ensino de enfermagem do tema do aborto, ainda que circunscrito a uma instituição acadêmica que qualifica enfermeiras recém-graduadas em programa de residência. Estimula também inquietações para novos

estudos sobre a temática aqui estudada para responder questões não contempladas, como a perspectiva dos docentes; o ensino em campo de prática durante a graduação; os programas políticos pedagógicos curriculares e das disciplinas; as metodologias adotadas pelos docentes durante a abordagem do tema em sala de aula, por exemplo.

Portanto, recomenda-se realização de estudos que respondam essas questões e que adotem metodologias participantes que possam intervir diretamente na docência e na assistência, visto que há enfermeiras que não tiveram a oportunidade de aprender sobre o cuidado da mulher em situação de aborto durante a graduação. Assim sendo, os avanços da pesquisa sobre essas questões podem potencializar a formação de profissionais reflexivos e críticos capazes de contribuir com a transformação da realidade do cuidado à saúde das mulheres, além de viabilizar um ensino mais democrático.

REFERÊNCIAS

- ASSUCENA, B. M. **Encontros nas práticas de saúde: um outro ponto de vista**. 2013. 85f Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UERJ_a7e06231728297ef5aa1818529721553>. Acesso em 18 de jun. 2016.
- BAPTISTA, S. S. et al. Nexos entre o contexto histórico e a expansão do número de cursos superiores de Enfermagem nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. **Referência**. v. 3, n. 1, p.73-80, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3882/388239960009.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.
- BARREIRA, I. A. et al. Primeira república: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos (1889-1930). In: PADILHA, M. I.; BORENSTEIN, M. S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul (SP): Difusão, 2011. p. 219-252.
- BARROSO, C. L. M.; CUNHA, M. C. **O que é o aborto**. São Paulo: Cortez, 1980.
- BENAGIANOU, G.; PERA, A. Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. **Int J Gynecol Obstet**. v. 70. n. 1, p.35-48, jul. 2000. Disponível em <[http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(00\)00228-9/pdf](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(00)00228-9/pdf)>. Acesso em: 29 dez. 2016.
- BRACCIALLI, L. A. D. **Mulheres e aborto: as ambiguidades do discurso autorizado**. São Paulo: EPUB, 2003.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº478 de 19 de Março de 2007. Dispõe sobre o Estatuto do Nascituro e dá outras providências. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 1940 e a Lei nº 8.072, de 1990. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=E2248FD14116F9EE653C20F351D016C1.proposicoesWebExterno2?codteor=443584&filename=PL+478/2007>. Acesso em: 5 jan. 2017.
- _____. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. **Diário Oficial da União**. Brasília, 31 dez 1940. Seção 1, p. 23911. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 15 maio 2015.
- _____. Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan.1996a Seção 1, p. 561. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm>. Acesso em: 04 ago 2016.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação brasileira. **Diário Oficial [da] República Federativa**. Brasília, 25 out. 1996b, Seção 1, p. 1877. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm>. Acesso em: 22 jun.2015.

_____. Ministério da Educação. Portaria nº 1721, de 15 de dezembro de 1994. Currículo Mínimo do Curso de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 dez. 1994, nº 238, Seção 1, p. 19801. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_11078549_portaria_n_1721_de_15_de_dezembro_de_19. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3 de 07 de Novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, 09 nov. 2001. Seção 1, p. 37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1508, de 1 de setembro de 2005. Dispõe sobre o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 02 set. 2005a. p. 124. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/mulher/Portaria%201508%20aborto.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/CONEP. Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012. Define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun. 2013, n.112, Seção 1, p. 59-62.

_____. Ministério da Saúde. DataSUS. **Mortalidade materna segundo tipo de causas**. 2011a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c18.def>>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2 ed, Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno nº 4). Disponível em:< http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-aco-es-estrategicas-gtae/saude-da-mulher/documentos-tecnicos/atencao_humanizada_abortamento.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

_____. Secretaria Especial de Política para Mulheres. Painel de Revisão da legislação punitiva que trata da interrupção voluntária da gravidez. 24 de Maio de 2005. Brasília. **Anais...** Brasília: Secretaria Especial de Política para Mulheres, 2005b. Disponível em: <http://spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/interruptao_gravidez/view>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental nº 54. **Diário da Justiça Eletrônico** nº 78/2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/diarioJustica/verDiarioProcesso.asp?numDj=78&dataPublicacaoDj=23/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=6&numMateria=54&codMateria=2>>. Acesso em: 16 set 2016.

CAMPOS, C.H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde reprodutiva das mulheres: direitos, políticas públicas e desafios**. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.boll, Fundação Ford, 2009. (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo, n. 3). Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/images/stories/publicacoes/colecao20anos_saudereprodutivadasmulheres.pdf>. Acesso em 13 jul. 2016.

CARNEIRO, R.G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. **Interface**, v.17, n.44, p.49-59, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>> Acesso em: 21 set. 2016.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1 p. 130-135, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0130.pdf>> Acesso em: 1 maio 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO - COREN-RJ. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <<http://rj.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2013/05/CodigoDeEticaAbril20131.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2016.

CHUMPITAZ, V. A. C. **Percepções femininas sobre a participação do parceiro nas decisões reprodutivas e no aborto induzido**. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5163/2/557.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

DELPHY, C. Patriarcado (teorias do). In: HIRATA, H. **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009, p. 173-178.

DINIZ D, MADEIRO A. Cytotec and abortion: the police, the vendors and women. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 7, p. 1795-1804, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1413-8123&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jul. 2016.

ENDJSO, D. O. **Sexo e religião: do baile de virgens ao sexo sagrado homossexual**. São Paulo: Geração Editorial, 2014.

ESTURARO, A. T. A. **Abuso sexual, aborto e criminalidade: uma visão bioética**. 2013. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 47-71, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n1/21692>>. Acesso em: 30 maio 2015.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F.. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-1763, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/14.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

FAÚNDES, A.; BARZELLATO, J. **O drama do aborto**. Campinas: Komedi, 2004.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. In: TEIXEIRA, E. et al (org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

FERNANDES, J. D.; REBOUÇAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 95-101, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea13.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, da divulgação e da utilização do conhecimento da Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 45-50, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea06.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2016.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 2008.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 36. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 52. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Reflexo da ideologia dominante no posicionamento do estudante de enfermagem frente ao aborto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 28, n.1 p. 50-58, abr. 1994.

GADAMER, H. G. Verdade e método. 8 ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: Editora Universitário, 2007.

GALLI, B.; DREZETT, J.; CAVAGNA NETO, M. Aborto e objeção de consciência. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 64, n. 2, jun. 2012. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a14v64n2.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 449-53, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/pt_11.pdf> Acesso em: 28 ago. 2014.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GÓES, F. G; LEMOS, A. What nursing bachelors think and say about the induced abortion. **Rev. de Pesq.:** cuidado é fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p. 913-921, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/376/pdf_25>. Acesso em: 30 maio 2015.

INTERNATIONAL PREGNANCY ADVISORY SERVICES – IPAS-Brasil. Mulheres incriminadas por aborto no RJ: diagnóstico a partir dos atores do sistema de justiça. Grupo de Pesquisa Direito Humanos, Poder Judiciário e Sociedade – UERJ. **Relatório final**. Rio de Janeiro: IPAS Brasil, 2012. Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/09/Relat%C3%B3rio-FINAL-para-IPAS.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica**. Porto Alegre: LePM, 1987.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. A formação ética nos currículos dos cursos de saúde/enfermagem. In: Semana Brasileira de Enfermagem, 72. Jornada Maranhense de Enfermagem, 42. 2011. Maranhão. **Anais...** Brasília: ABEn, 2011, p.16-31. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/secaoma/anaisben/conferencias/01.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

LEMOS, A. et al. Abortion: (un) veiling the (lack of) care. **Rev. Enf. Profissional**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 106-116, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3515/pdf_1221>. Acesso em: 30 maio 2015.

LEMOS, A. P. O (inter)dito sobre sexualidade na formação da/o enfermeira/o. **Enfermería global**, Murcia (Espanha), v. 6, n. 10, p .1-14, maio, 2007. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/236/199>>. Acesso em: 4 nov. 2015.

LEMOS, A. Integral attention to women's health: the look of women who built it. **R. Enferm. Cent. O. Min**. Divinópolis, v. 1 n. 2, p. 220-227, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/78/145>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

LEMOS, A. RUSSO, J. A. Healthcare professionals and abortion: what is said and not said in a professional healthcare capacitation. **Interface**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 301-312, abr./jun. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0301.pdf>> Acesso em: 25 dez. 2016.

LUZ, M. T.. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29601/31469>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

MACIEL, E. De 1 milhão de abortos ilegais no país, 33 viraram casos de polícia em 2014. **Estadão Online**, São Paulo, 20 dez. 2014, 22h. Saúde. Disponível em :<<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,de-1-milhao-de-abortos-ilegais-no-pais-33-viraram-casos-de-policia-em-2014,1610235>> Acesso em: 23 set. 2015.

MADEIRO, A. P. DINIZ, D. Legal abortion services in Brazil: a national study. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.563-572, fev. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0563.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2016.

MARCONSIN, M. N. et al. A. O tema aborto na graduação em enfermagem e medicina. **Saude Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 3, p. 58-64, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/1991/3020>>. Acesso em: 4 nov. 2015.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M.; PANOBIANCO, M. S. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 20-26, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 set. 2015.

MATHIEU, N. C. Sexo e gênero. In: HIRATA, H. et al (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009, p. 222-230.

MAYORGA, C.; MAGALHÃES, M.. Feminismo e as lutas pelo aborto legal ou por que a autonomia das mulheres incomoda tanto? In: MAIA, M. B. (org). **Direito de decidir: múltiplos olhares sobre aborto**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 141-170.

MEYER, D. E.; KRUSE, M. H. L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-339, ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a02v56n4.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2015.

MIGUEL, L. F. Aborto e democracia. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n.3, p.657-672, set./dez. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n3/04.pdf>> Acesso em: 20 dez 2016.

MINAYO, M. C. S. DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MORETTI-PIRES, R. **O pensamento crítico social de Paulo Freire sobre humanização e o contexto da formação do enfermeiro, do médico e do odontólogo**. 2008. 342 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MORETTI-PIRES, R. O.; BUENO, S. M. V. Nursing faculty-student relationship and issues in the education of nurses for the Brazilian Universal Healthcare System. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 645-651. set./out. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/08.pdf>> Acesso em: 8 ago. 2016.

MOTTA, A. S. E. V. **A vivência de mulheres no abortamento induzido**. 2016. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MOURA, A. et al. SENADEn: political expression of nursing education. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. esp, p. 442-453, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea11.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

NEVES, P. C. **Feminismo e política**: uma discussão sobre a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPOCS. 36., 2012, Águas de Lindóia, SP. **Anais ...** São Paulo: ANPOCS, 2012, p. 1-29. Disponível em: <<http://www.anpocs.org/index.php/papers-36-encontro/gt-2/gt15-2/8014-feminismo-e-politica-uma-discussao-sobre-a-criacao-programa-de-assistencia-integral-da-saude-da-mulher-no-rio-de-janeiro/file>>. Acesso em: 21 set. 2016.

NOGUEIRA, T. S. **Movimento feminista e Estado**: aproximações e afastamentos a partir do debate sobre a ilegalidade do aborto. 2013. 183 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. International Conference on Population and Development. Cairo (Egito). 5 a 7 set 1994. **Relatório**. Nova Iorque: ONU, 1995. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/CONF.171/13/Rev.1>. Acesso em 15 jun. 2015.

_____. Declaration and Platform for Action at the Fourth World Conference on Women. Pequim (China), 4-15 Set. 1995. **Relatório**. Nova Iorque: ONU, 1996. Disponível em: <<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

PEREZ, B. A. G. et al. Induced abortion: social representations of women. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp.2, p. 736-742, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a07.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2015.

PRADO, E. Da formação por competências à pedagogia competente. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 115-130, jan./jun. 2009. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/ML/article/view/331/329>>. Acesso em: 7 set. 2016.

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê aborto**: mortes preveníveis e evitáveis. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/dossie_aborto_mortes_preveniveis_evitaveis.pdf>. Acesso em: 15 set. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). PINTO, A. S.; MORAES, O. C. R. (org). Dossiê mulher 2016. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2016. Disponível em: <http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/Uploads/DossieMulher2016.pdf> Acesso em: 26 dez. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Comitê Estadual de Prevenção e Controle de Morte Materna e Perinatal do Rio de Janeiro. **Relatório Anual**. Maio de 2013. Disponível em: <http://arquivos.proderj.rj.gov.br/cedim_imagens/SCSEditaImprensa/arquivos/uploads/Apresentacao%20Comite.pdf> Acesso em: 20 ago. 2015.

SANTOS et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. bioét. (Impr.)**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 494-508, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n3/a14v21n3.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SCOTT, J. W. Os usos e abusos do gênero (Tradução de Soares, A. C. E. C.). **Projeto História**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 327-351, dez. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/15018/11212>>. Acesso em: 29 set. 2015.

SILVA; J. P.; ARAÚJO, M. Z. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. **R. Bras. Ci. Saúde**, João Pessoa, v. 14 n. 4, p. 19-24, out./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/15018/11212>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

SILVA, L. A. F.; BIANCO, M. H. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. **Salusvita**, Bauru, v. 28, n.3, p. 245-255, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v28_n3_2009_art_04.pdf>. Acesso em: 7 set. 2016.

SILVA, M. T. **Atitude do estudante de enfermagem em relação ao aborto provocado: um estudo exploratório através da aplicação de questionário opinativo**. 1979. 132 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1979.

SILVA, V. A. C. Autonomia. In: FLEURY-TEIXEIRA, E.; MENEGHEL, S. N. (org). **Dicionário Feminino da Infância: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015. p. 51-53.

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19 n. sup. 2, S399-S406, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a21v19s2.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SOARES, M. C. S. et al. Nursing practices regarding attention to women in situation of abortion. **Rev Rene**. Fortaleza, v.13, n. 1, p.140-146, jan./fev. 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/25>>. Acesso em 13 jul. 2016.

STEIN, E. Dialética e hermenêutica: uma controvérsia sobre o método em Filosofia. **Síntese**, São Paulo, v.9, n. 29, p. 21-48, 1983. Disponível em: <<http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/viewFile/2087/2381>> Acesso em 12 ago. 2016.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G. Tendências e perspectivas do ensino de graduação em enfermagem. In: TEIXEIRA, E. et al. (org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p.119-129.

URUGUAY. Ministério de Salud Pública. **Balance 1er ano de implementación de Ley 18.987** – Interrupción voluntária del embarazo; Decreto 375/012 - Reglamentación de la Ley de IVE. Diciembre 2012 – Noviembre 2013. Disponível em: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf> Acesso em: 20 dez. 2016.

VALE, E.G.; FERNANDES, J.D.. Teaching in undergraduate nursing: the contribution of Brazilian Nursing Association. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. spe, p. 417-422, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea06.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

VARGENS, O. M. C. **Direitos reprodutivos: a enfermagem e a questão do aborto**. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos e Pesquisas de Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade/UERJ; 2001. (Série de textos comentados, 1).

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. The process of demedicalization of women's health in nursing education. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.38, n. 1, p. 46-50, jan./mar. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/41379/44956>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

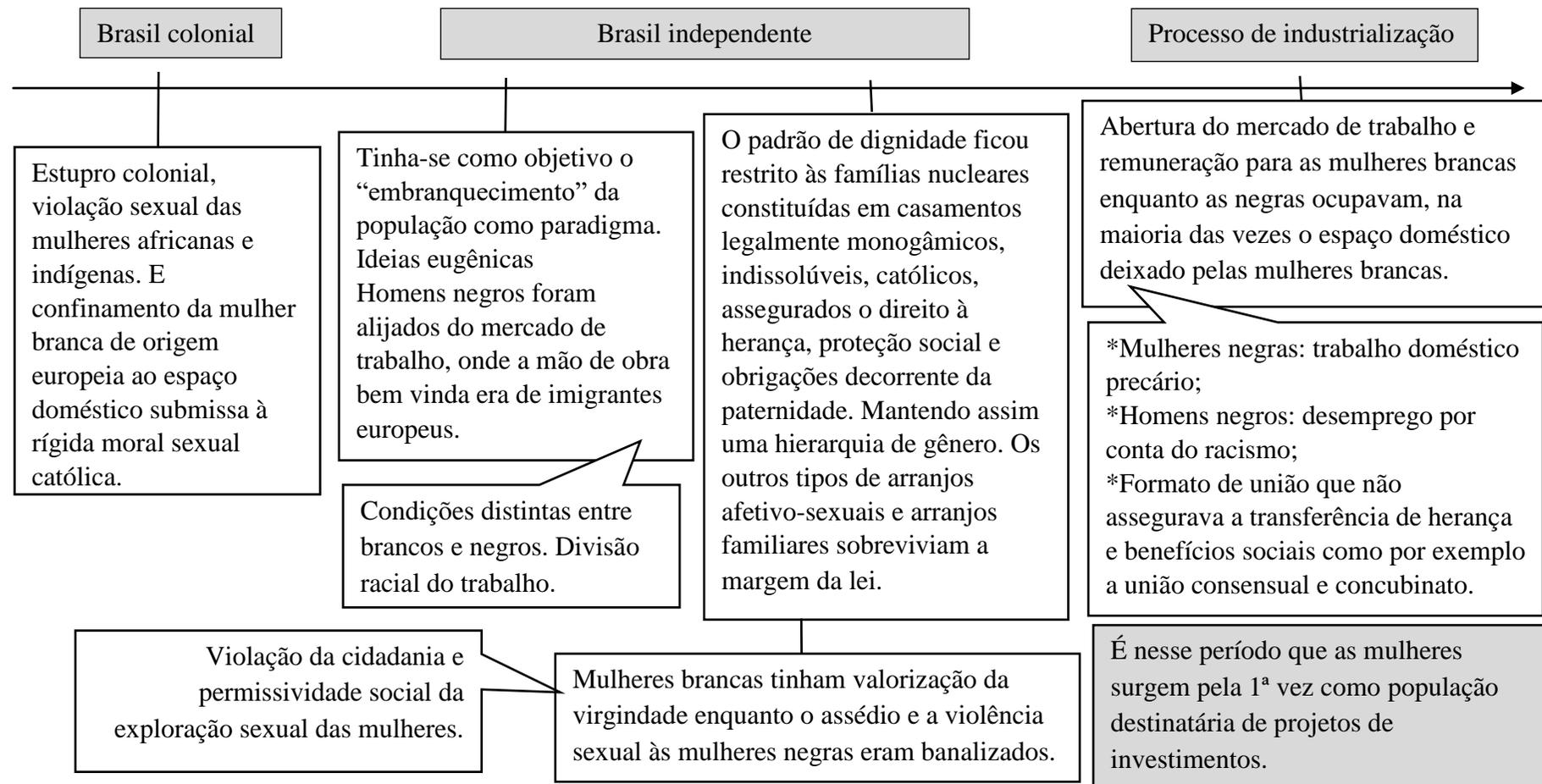
VERARDO, M. T. **Aborto: um direito ou um crime?** São Paulo: Moderna, 1987. (Coleção polêmica).

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: Unesp, 2011.

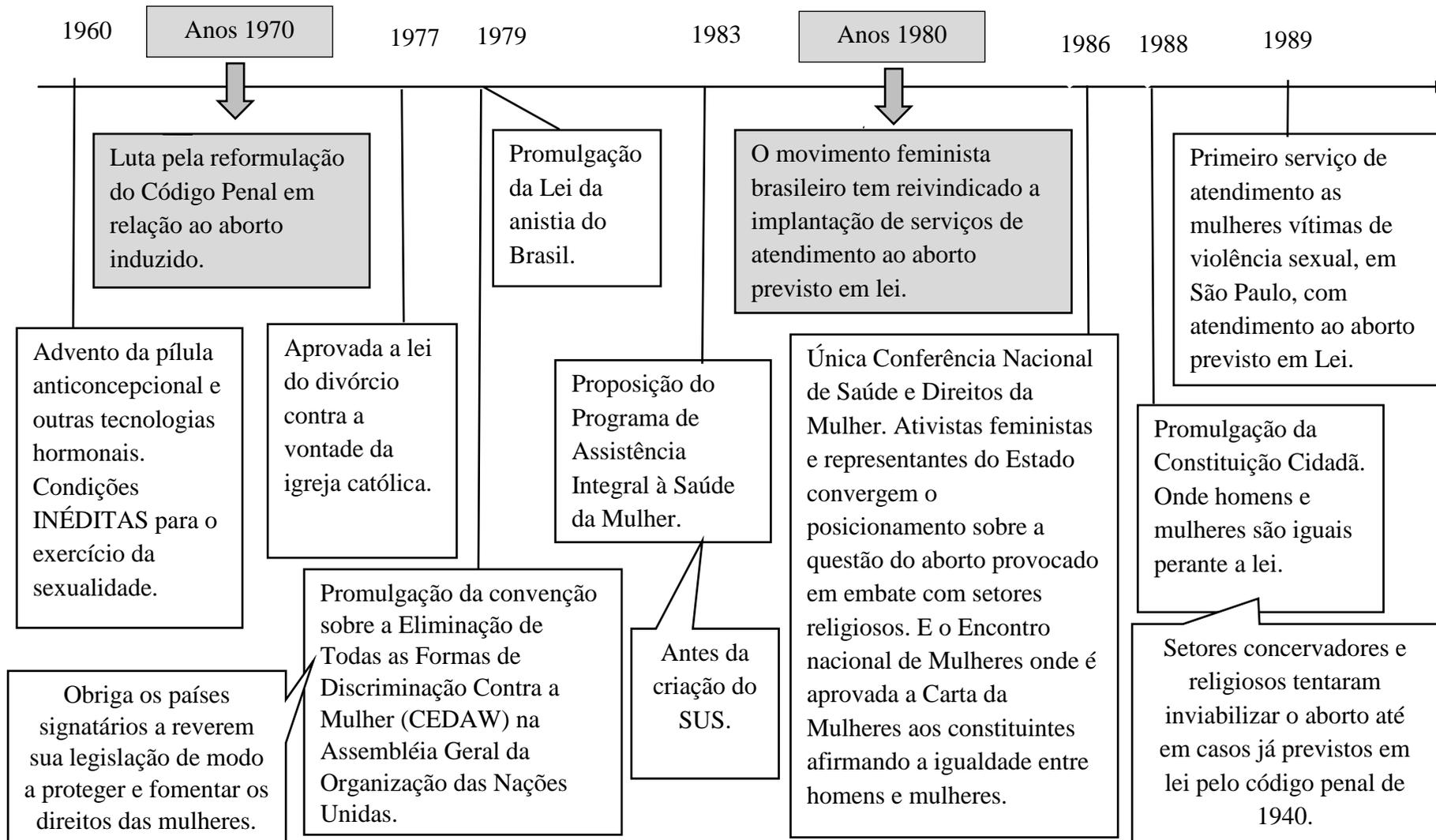
WALBY, S. **Theorizing patriarchy**. Oxford: Blackwell, 1990.

APENDICE A – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil

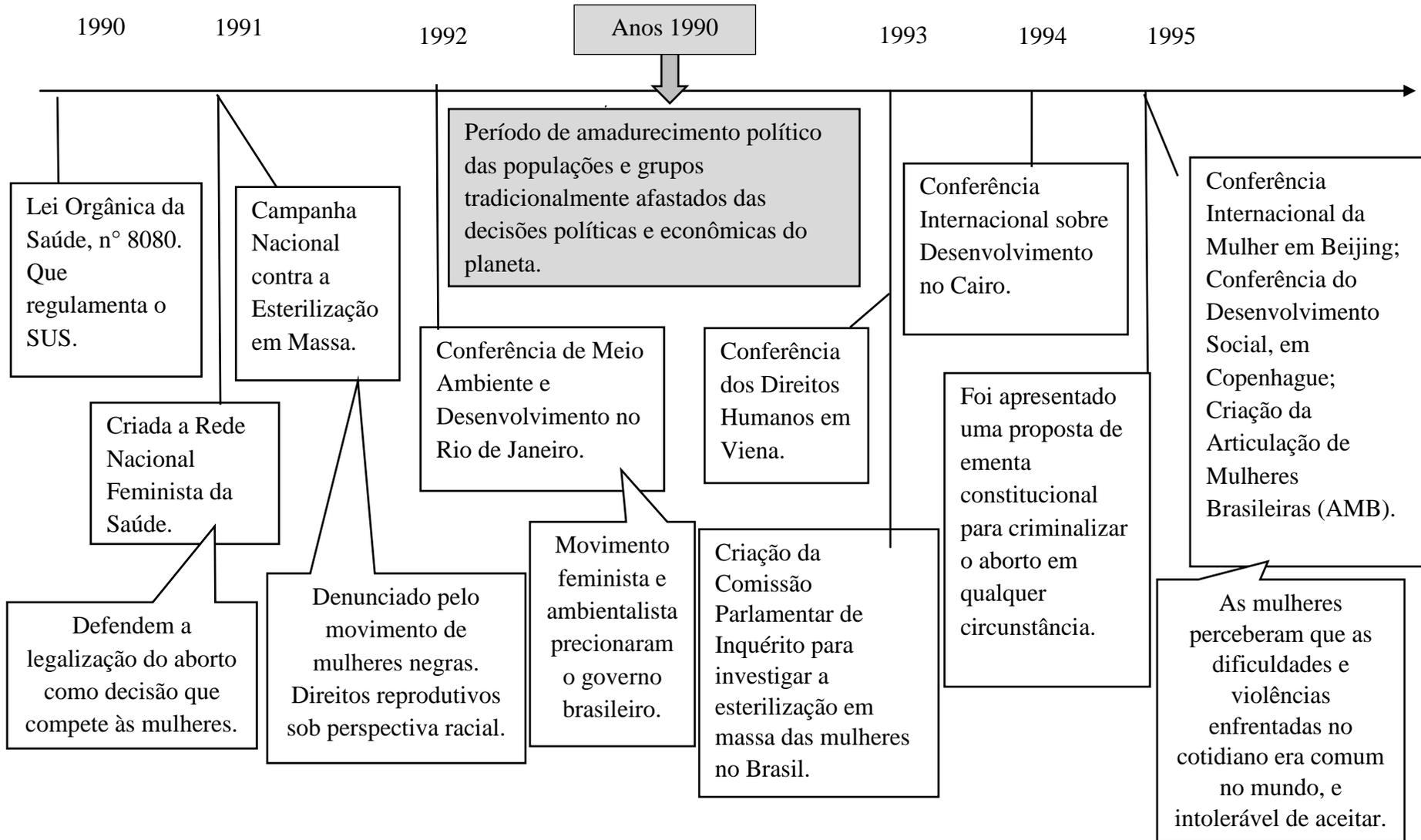
Fluxograma 1 – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil (continua)



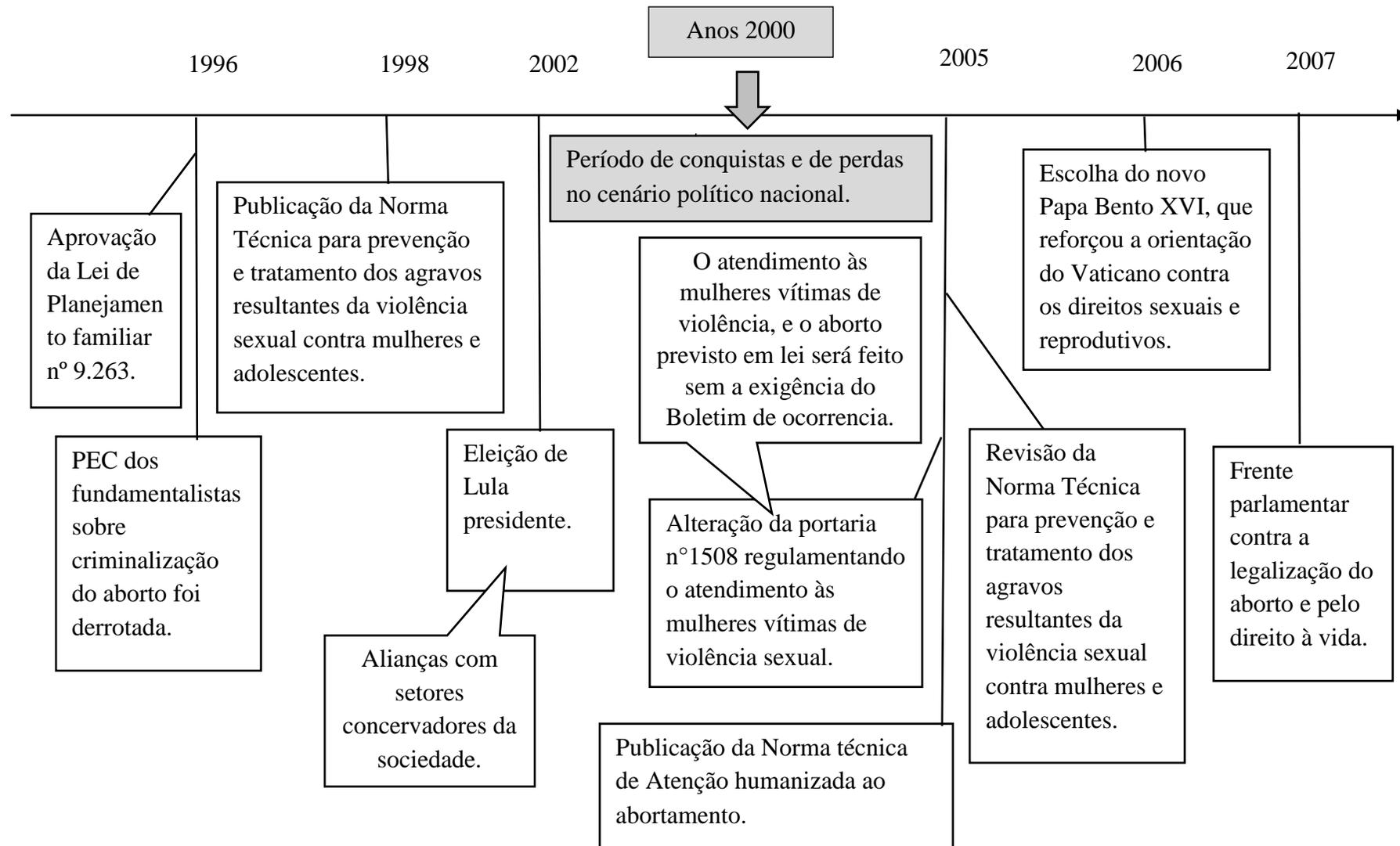
Fluxograma 1 – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil (continuação)



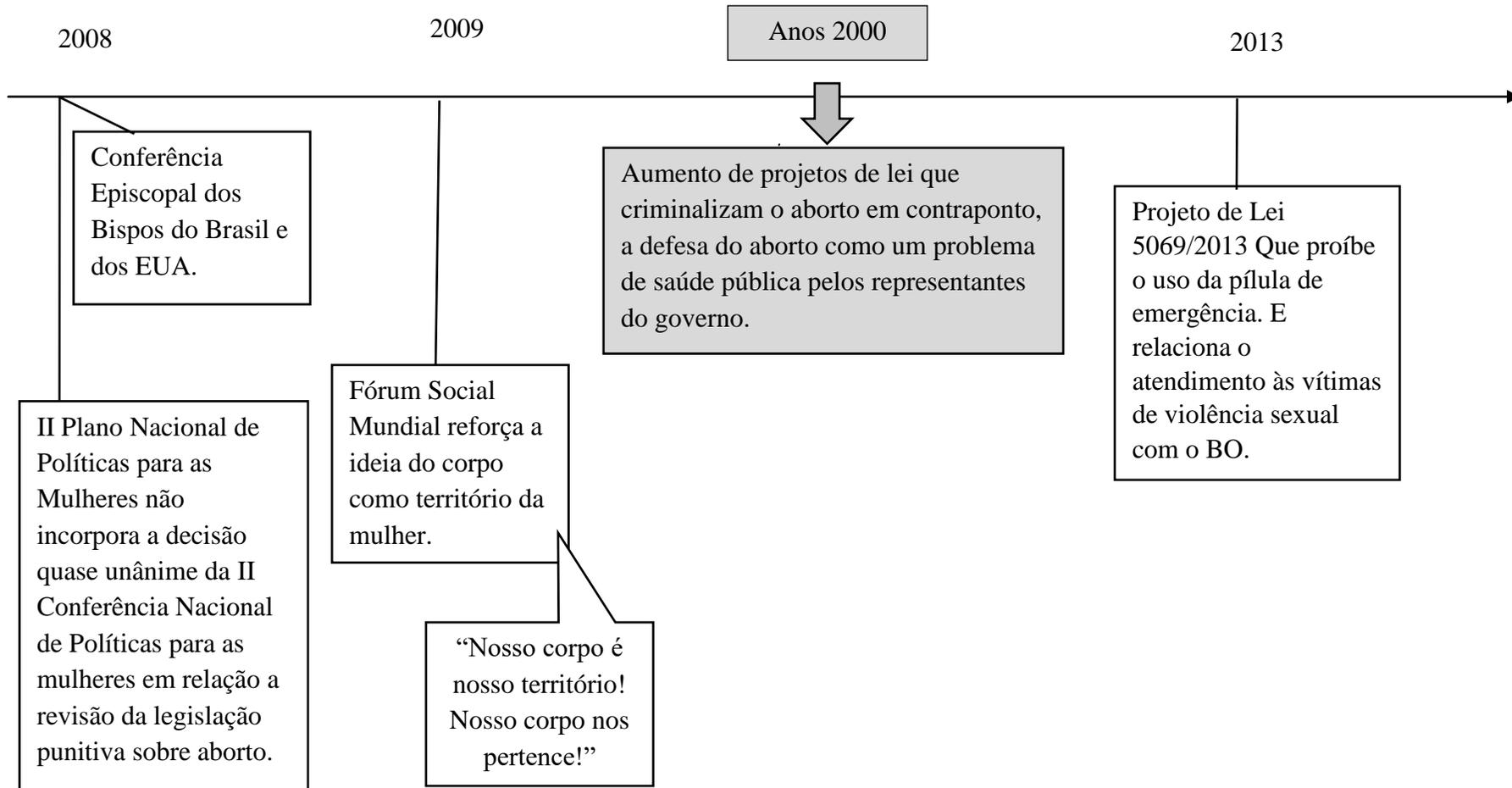
Fluxograma 1 – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil (continuação)



Fluxograma 1 – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil (continuação)



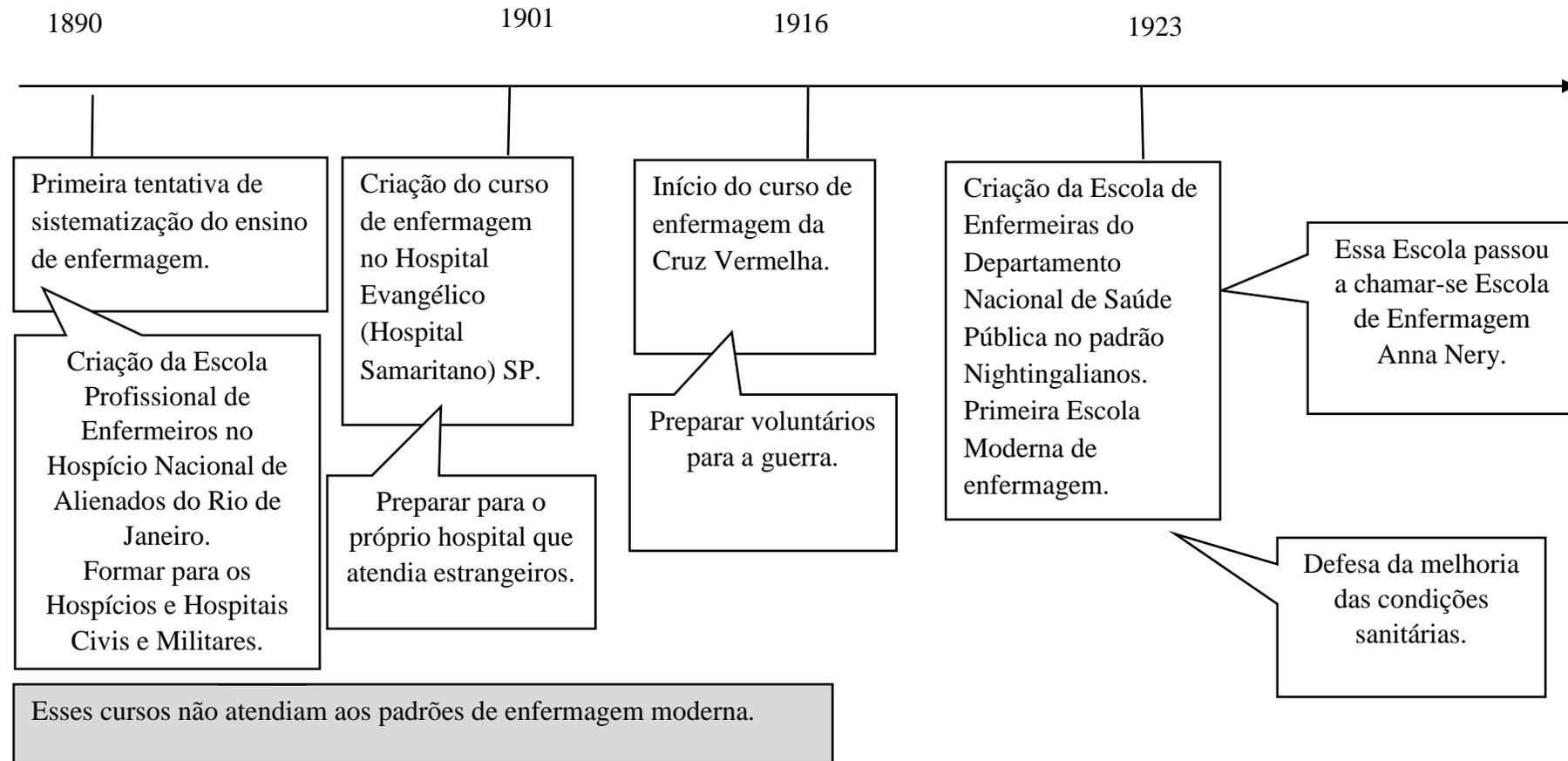
Fluxograma 1 – Linha do tempo sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil (conclusão)



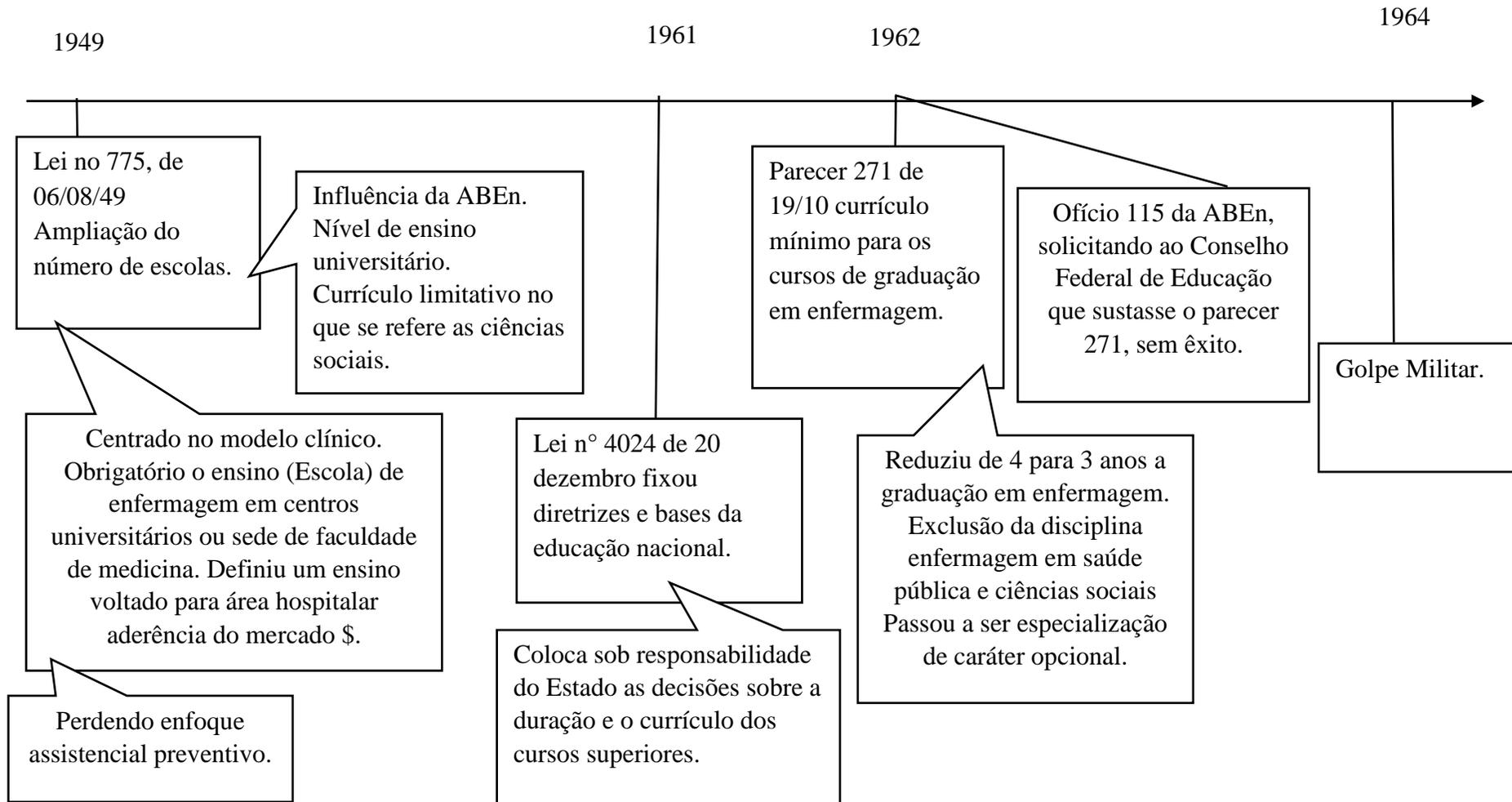
Fonte: A autora, 2017.

APENDICE B – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil

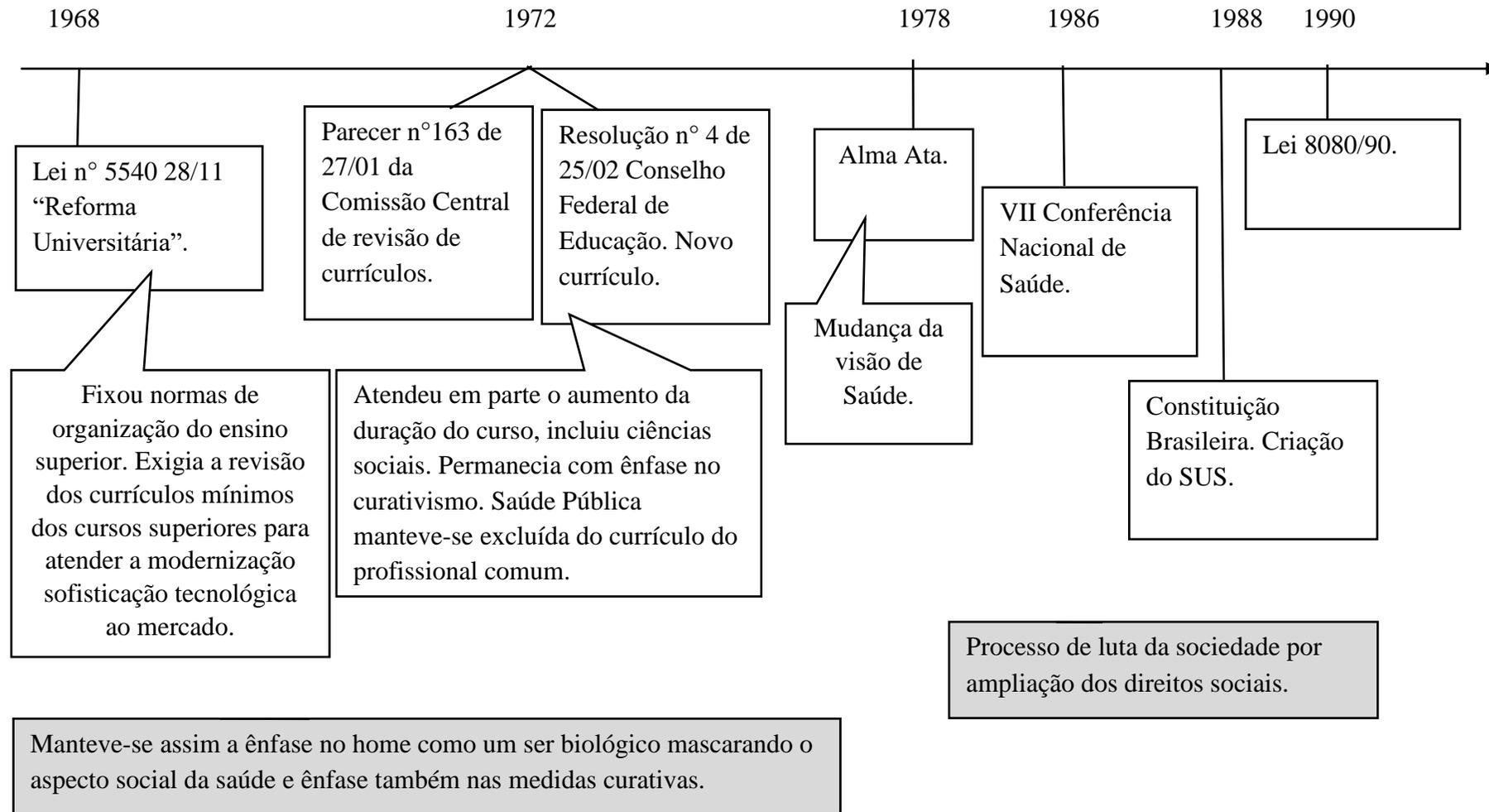
Fluxograma 2 – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil (continua)



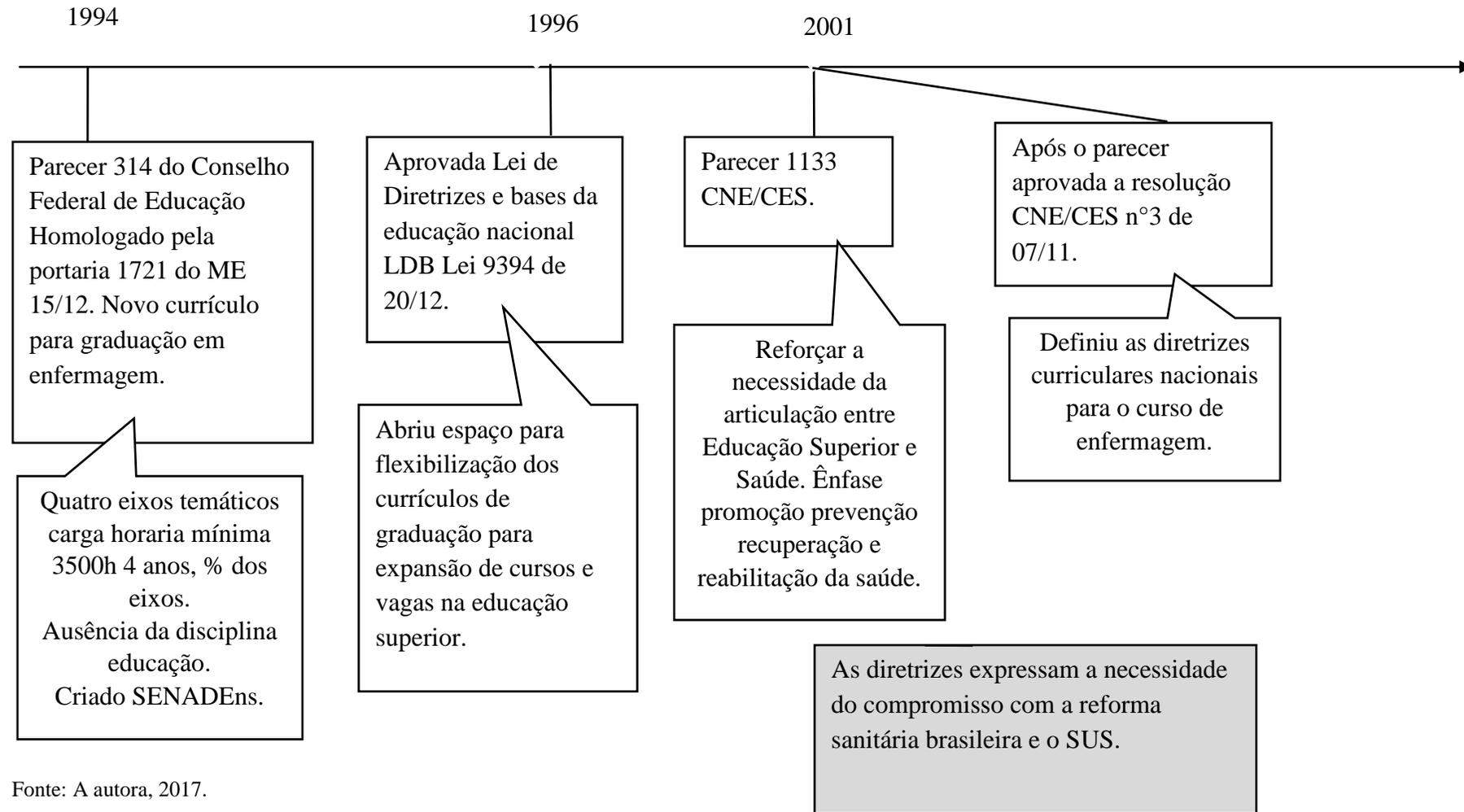
Fluxograma 2 – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil (continuação)



Fluxograma 2 – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil (continuação)



Fluxograma 2 – Linha do tempo sobre ensino de enfermagem no Brasil (conclusão)



Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

1 - Caracterização das participantes:

- a) Idade.
- b) Sexo.
- c) Ano de conclusão da graduação em enfermagem.
- d) Nome da instituição acadêmica em que realizou a graduação.
- e) Tipo de gestão institucional (pública ou privada).
- f) Localização desta instituição, cidade e estado.
- g) Programa de residência que está vinculada.

2- Roteiro da entrevista:

- a) Na sua vida antes da faculdade, o que você ouviu sobre o tema do aborto?
- b) Nesta época, o que você achava sobre essa questão?
- c) Quando você estava na graduação de enfermagem, em quais momentos ou disciplinas o tema do aborto ou abortamento foi abordado?
- d) Descreva como o tema aborto ou abortamento foi ensinado pelos professores da graduação.
- e) O que os professores falavam durante as aulas sobre a temática do aborto?
- f) Como os alunos reagiam a este tema?
- g) Como as questões profissionais no abortamento foram abordadas nas aulas?
- h) Como as questões relacionadas à mulher que pratica o aborto foram discutidas?
- i) As diferentes visões sobre o aborto na sociedade brasileira foram debatidas em sala de aula?
Se sim, como foram debatidas?
- j) Como vê o ensino de enfermagem frente à problemática do aborto na atualidade?
- k) Como você vê a questão do aborto na atualidade?
- l) O que mais influencia no modo como você vê esta questão atualmente?
- m) O ensino da graduação exerceu alguma influência na sua visão?
- n) Como você vê as mulheres que praticam o aborto? E o embrião?
- o) Como você vê a enfermagem na assistência das mulheres que abortam atualmente?
- p) O ensino de enfermagem determina o modo como a enfermagem cuida destas mulheres?
Justifique sua resposta.

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMEDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Sr. (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “A temática do abortamento no ensino de enfermagem: análise das concepções das recém-formadas”, que tem como objetivos Descrever as concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre o ensino do tema do abortamento no curso de graduação em enfermagem; Identificar como o tema do abortamento foi abordado no ensino da graduação, segundo estas enfermeiras, e Discutir as abordagens do tema do abortamento no ensino da graduação em enfermagem na perspectiva feminista do gênero.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados e os resultados obtidos nessa pesquisa serão utilizados para fins de avaliação da assistência de enfermagem, podendo ser divulgados posteriormente em eventos e revistas científicas. No entanto, temos como garantir de forma absoluta seu anonimato quando a pesquisa for publicada, ainda que respeite-se os princípios éticos da privacidade e da confidencialidade.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário estruturado. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Você será submetido à aplicação de um questionário por um entrevistador treinado na fase inicial do projeto. Este procedimento será repetido dez meses após a sua inclusão na pesquisa. Esta entrevista será gravada em áudio. Não há riscos relacionados aos procedimentos que serão realizados neste estudo.

Embora não haja nenhuma garantia de que a Sra. terá benefícios com este estudo, as informações que a Sra. fornecer serão úteis para a assistência e ensino de enfermagem na área obstétrica, podendo beneficiar outros indivíduos envolvidos tanto na prática do cuidado nessa área quanto na formação profissional, contribuindo para o campo das políticas de saúde e da assistência, educação e pesquisa em enfermagem.

Assinando esse consentimento, a senhora não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, a senhora não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, a Sra. deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, a Sra. deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa vinculado a esta instituição, no telefone (21) 2334-2180. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,

(primeiro nome e sobrenome) residente à _____

(endereço) concordo em participar do estudo intitulado “Assistência de enfermagem ao pré-natal e ao parto normal: perspectiva avaliativa à luz das recomendações ministeriais”.

Eu fui completamente orientado pela enfermeira mestrandia Mariana Santana Schroeter, que está sob orientação da Profª Drª Adriana Lenho de Figueiredo Pereira, e desenvolvendo estudo de cunho acadêmico e destinado ao cumprimento de um dos requisitos indispensáveis para conclusão do curso de mestrado acadêmico.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ele / ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa

responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o e-mail dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, __/__/__

Nome completo do entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado

Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador responsável

Pesquisadora responsável: Enf.^a Mestranda Mariana Santana Schroeter – Faculdade de Enfermagem – UERJ.
Boulevard 28 de Setembro, 157 / 7º andar. Vila Isabel. 20551-030 - Rio de Janeiro – RJ. Tel: 2868-8236 R: 211/
Email: mariana.uerj.2010.1@gmail.com

Comissão de Ética em Pesquisa – SR2 - UERJ
Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E. Cep: 20550-900
Tel: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

APÊNDICE E – Carta à instituição do cenário da pesquisa



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMEDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Rio, 28 de Julho de 2015.

Sra. Diretora Prof^ª. Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Eu, Mariana Santana Schroeter, aluna do curso de mestrado do Programa Stricto Sensu desta unidade acadêmica, solicito vossa autorização para desenvolver nesta instituição a pesquisa intitulada A temática do abortamento no ensino de enfermagem: análise das perspectivas de gênero sob orientação de Prof^ª Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira.

Este projeto de pesquisa atende ao disposto na Resolução CNS 466/2012, e tem como objetivos analisar como o tema do abortamento é ensinado na graduação, segundo as enfermeiras recém-formadas e discutir as perspectivas de gênero que permeiam o ensino de enfermagem sobre este tema, adotando como procedimento entrevistas semi-estruturadas. Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes e está prevista para realizar-se nos meses de abril e maio de 2016, após parecer favorável para o desenvolvimento da pesquisa da Comissão de Ética em Pesquisa - COEP/UERJ.

Mariana Santana Schroeter
Telefone de contato: (21) 99742-3097
Email: marianauerj20101@gmail.com

Dra. Adriana Lenho de Figueiredo Pereira
Telefone de contato: (21) 2868-8236 R211
Email: adrianalenho.uerj@gmail.com

Endereço institucional: Blvd 28 de Setembro, 157-Vila Isabel, Rio de Janeiro – RJ

APÊNDICE F – Modelo de quadro hermenêutico-dialético

Quadro 1 - Modelo de quadro hermenêutico-dialético

	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista N	Síntese	
				Sentidos Convergente (predominantes)	Sentidos Complementar e Sentidos Divergentes
Pergunta A	Temas das respostas que respondem a pergunta 1	Temas das respostas que respondem a pergunta 1	Temas das respostas que respondem a pergunta 1	Concepções convergentes sobre a pergunta 1	Concepções complementares e divergentes da pergunta 1
Pergunta B	Temas das respostas que respondem a pergunta 2	Temas das respostas que respondem a pergunta 2	Temas das respostas que respondem a pergunta 2	Concepções convergentes sobre a pergunta 2	Concepções complementares e divergentes da pergunta 2
Pergunta X	Temas das respostas que respondem a pergunta X	Temas das respostas que respondem a pergunta X	Temas das respostas que respondem a pergunta X	Concepções convergentes sobre a pergunta X	Concepções complementares e divergentes da pergunta X

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE G – Caracterização das participantes

Quadro 2 – Caracterização das participantes

Código	Idade	Sexo	Ano de conclusão	Tipo de gestões	Programa de residência	Grupo	IES
E01A	23 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	A
E02B	28 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	B
E03C	28 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	C
E04A	23 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	A
E05A	24 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	A
E06G	28 anos	Feminino	2015	Privada	Saúde da família SMS	3	G
E07A	24 anos	Feminino	2015	Pública	Clínica Cirúrgica	4	A
E08G	23 anos	Feminino	2016	Privada	Psiquiatria e saúde mental	4	G
E09C	23 anos	Feminino	2015	Pública	Terapia intensiva	4	C
E10A	25 anos	Masculino	2015	Pública	Saúde da família SMS	3	A
E11C	23 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	C
E12L	25 anos	Feminino	2015	Privada	Obstetrícia UERJ	1	L
E13D	25 anos	Feminino	2015	Pública	Saúde da família SMS	3	D
E14C	28 anos	Feminino	2015	Pública	Terapia intensiva	4	C
E15A	24 anos	Feminino	2016	Pública	Saúde da família SMS	3	A
E16C	24 anos	Feminino	2015	Pública	Prefeitura, da SMS obstetrícia	1	C
E17A	25 anos	Feminino	2015	Pública	Pediatria	2	A
E18F	22 anos	Feminino	2016	Privada	Pediatria	2	F
E19K	29 anos	Feminino	2015	Privada	Clínica médica	4	K
E20A	22 anos	Feminino	2016	Pública	Terapia intensiva	4	A
E21D	23 anos	Feminino	2015	Pública	Neonatologia	2	D
E22E	22 anos	Feminino	2015	Pública	Neonatologia	2	E
E23J	23 anos	Feminino	2015	Pública	Cardiovascular	4	J
E24H	30 anos	Masculino	2015	Privada	Saúde da família SMS	3	H
E25A	25 anos	Feminino	2016	Pública	Clínica Cirúrgica	4	A
E26I	40 anos	Feminino	2016	Privada	Saúde da família SMS	3	I

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE H – Síntese do 1º quadro Hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas

Quadro 3 - Síntese do 1º quadro hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas (continua)

	Sentidos convergentes (predominantes)	Sentidos divergentes (ou complementares)
Em quais momentos o tema foi abordado?	O tema aborto foi abordado nas aulas de saúde da mulher.	O tema aborto foi abordado nas aulas de ética, saúde mental, saúde pública, anatomia, pediatria, embriologia.
Como o tema foi ensinado pelos professores?	Em poucas aulas (uma ou duas) e foi ensinado como um processo fisiopatológico da gestação. E a discussão foi promovida sobre a dicotomia do ser favorável ou contrário a prática.	Como um problema de saúde pública. Problematizando a questão da clandestinidade. Contextualizando o tema internacionalmente.
O que os professores falavam durante as aulas?	Os professores falavam da fisiopatologia do aborto, dos procedimentos e cuidados clínicos de enfermagem. Também falavam que o aborto é um tabu na sociedade e que a mulher é estigmatizada e mal cuidada nos serviços de saúde. Eles defenderam que a enfermeira deve construir seu cuidado baseado na ética profissional. Os professores se mostravam imparciais frente a dicotomia do contrário ou favorável, principalmente quando lecionavam ética.	Pouco foi falado pelos professores sobre: o aborto como um problema de saúde pública; os procedimentos legais para a realização do aborto previsto em lei; como atender a essa mulher quanto aos sentimentos de culpa que ela pode vir a trazer; o contexto histórico de opressão da mulher na sociedade; a violência contra a mulher; a contextualização internacional do tema aborto; o direito da mulher decidir sobre o seu corpo; a defesa da legalização do aborto pelos professores; e a defesa da proibição pelos professores.
Como os estudantes reagiram?	O tema aborto quando discutido em sala, com o discurso da academia, recebia dos estudantes argumentos contrários a esse procedimento devido a argumentos fundamentos na religião. Os estudantes demonstravam reativos, incomodados e receosos com esse tema.	Poucos estudantes discutiam defendendo o direito da mulher sobre seu corpo concordando com o discurso da academia. Poucos se mostravam dispostos, curiosos e interessados em aprender sobre esse tema.
Como as questões profissionais foram abordadas sobre o papel da enfermeira no aborto?	A enfermeira deve seguir a ética profissional e atender e cuidar da mulher que provocou ou que teve um aborto espontâneo sem julgamento, com respeito, confidencialidade e de forma humanizada. E que a objeção de consciência é um direito do profissional. E a enfermeira deve orientar os riscos clínicos do procedimento aborto.	COMPLEMENTAR: O atendimento deve ser com mais carinho pois elas estão mais vulnerável; ela não pode realizar o procedimento legal; existem limitações no trabalho para a garantia dos direitos da mulher. Orientar o risco da clandestinidade. A enfermeira deve ter orientar sobre os riscos legais do procedimento aborto. Existe risco de perder o registro se a enfermeira participar do aborto ilegal. DIVERGENTE: Não foi abordado; objeção de consciência foi entendida como desresponsabilização, e dúvida quanto ao posicionamento frente a denúncia e ser conivente com o crime ao atendê-la.

Quadro 3 - Síntese do 1º quadro Hermenêutico-dialético: Abordagem do tema aborto na graduação de enfermagem segundo as enfermeiras recém-graduadas (conclusão)

<p>Como as questões profissionais foram abordadas sobre o papel da enfermeira no aborto legal?</p>	<p>O papel da enfermeira no aborto legal não foi abordado.</p>	<p>e quando foi abordado, o papel da enfermeira no aborto legal foi ensinado que o cuidado deve ser livre de julgamentos, com imparcialidade, orientando sobre o procedimento clínico e sobre os direitos. E que a objeção de consciência é um direito do profissional.</p> <p>DIVERGENTE: enfermeira deve participar do procedimento por conhecer a técnica.</p>
<p>O que foi discutido sobre o direito da mulher em realizar o aborto legal?</p>	<p>Foi discutido os casos em que é garantido o direito, porém sem o domínio do procedimento (burocrático) correto para a garantia desses direitos e com falhas no conhecimento sobre os casos permitidos no Brasil.</p>	<p>DIVERGENTE: Que é um escolha da mulher baseada na autonomia e que não é um direito. A pílula de emergência como método abortivo.</p> <p>COMPLEMENTAR: discutido o posicionamento do direito ao aborto em caso de estupro. E em algumas entrevistas (5) nada foi discutido.</p>
<p>E sobre a mulher que provocou o aborto, quais são os direitos dela?</p>	<p>Não foi discutido os direitos da mulher que provocou o abortamento.</p>	<p>Ela tem direito a ser cuidada pelo SUS, de forma humanizada, livre de julgamentos e discriminação, buscando um cuidado integral e evitando novos episódios de aborto. Com confidencialidade, e não foi esclarecido a questão da confidencialidade e a denúncia.</p> <p>DIVERGENTE: Autonomia sobre o seu corpo porém também é necessário preservar a vida intra-uterina, e que não existe direitos no Brasil para aquela que praticou aborto.</p>
<p>Como os direitos sexuais e reprodutivos foram abordados no seu curso de graduação?</p>	<p>Nas aulas de saúde coletiva e/ou saúde da mulher, trazendo ideia de autonomia reprodutiva da mulher com ênfase no planejamento familiar/métodos contraceptivos. Foram baseadas em manuais e legislação. Foi trabalhado a autonomia do corpo da mulher</p>	<p>Foi pouco falado e não foi discutido. Os direitos sexuais não foram trabalhados. E os direitos sexuais foram trabalhados a partir das aulas sobre gênero, identidade de gênero, nome social, mudança de sexo e união homoafetiva.</p> <p>COMPLEMENTAR: a autonomia do corpo voltado para o parto.</p> <p>DIVERGENTE: as aulas sobre aborto.</p>

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE I – Síntese do 2ºquadro Hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto

Quadro 4 - Síntese do 2ºquadro Hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto (continua)

	Sentidos convergentes (predominantes)	Sentidos divergentes (ou complementares)
Como você vê a questão do aborto na atualidade?	A questão do aborto é vista de forma contraditória: ora norteadada pelos valores da sociedade conservadora, ora a partir da visão de promoção da saúde e prevenção de agravos para a mulher, e ora defendendo os direitos sexuais e reprodutivos baseados na autonomia da mulher.	COMPLEMENTAR: Elaborados os Quadros 4, 5 e 6 para cada sentido.
O que mais te influencia sobre esse pensamento?	A influência do pensamento sobre esse tema está baseada na vivência profissional a partir do contato com as mulheres que desconhecem o próprio corpo, das dificuldades do programa de planejamento familiar, e do receio da morte materna pelo aborto inseguro.	COMPLEMENTAR: Experiências acadêmicas durante a graduação foi de forma crítica; E a influência sobre o pensamento é baseado no contato com pessoas envolvidas em aborto clandestino; DIVERGENTE: Outras influências do meio social como a religião; A participação em grupos de mulheres; A defesa da vida da "criança"; Defesa da autonomia do corpo; Cumprimento da legislação.
O ensino da graduação em enfermagem contribuiu nesse seu modo de pensar?	O ensino de enfermagem contribuiu para a concepção sobre aborto por promover discussão sobre o tema em sala de aula, estimulando a reflexão sobre a negligência de alguns profissionais com a mulher em situação de abortamento e aproximando os conceitos.	COMPLEMENTAR: O ensino em sala de aula contribuiu pouco, e a discussão promovida em outros espaços do ambiente universitário foi o que contribuiu para as concepções sobre aborto. DIVERGENTE: O ensino não contribuiu por não ter tido debate.
O que você pensa sobre as mulheres que praticam o aborto?	A mulher é vista como vítima da sociedade, pois existe um contexto desfavorável envolvendo a história de vida, a atual rede de apoio e seus sentimentos influenciaram ela a abortar.	COMPLEMENTAR: As mulheres que abortam passam por momentos difíceis devido à clandestinidade. Precisam de apoio. O aborto nem sempre é desejo delas. DIVERGENTE: A mulher é autônoma para decidir Que a mulher é dona do próprio corpo. São mulheres fortes e decididas. Não devem ser julgadas A mulher culpabilizada, criminosa. Ela cometeu um erro ao abortar. A mulher deveria evitar o aborto utilizando métodos contraceptivos. São mulheres fracas e sem moral. A mulher como vítima da sociedade numa visão desigualdade de gênero. Não é apenas a mulher responsável sobre o fracasso da contracepção, os serviços de saúde e os homens também são. São mulheres comuns. São julgadas.

Quadro 4 - Síntese do 2º quadro Hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto (continuação)

<p>E o que você pensa sobre o embrião?</p>	<p>Embrião como uma pessoa dotada de direito à vida.</p>	<p>COMPLEMENTAR: Enquanto embrião é aceitável o aborto, porém quando passa a ser feto é mais complicado. Uma gestação indesejada e complicada pode gerar um ser humano com problemas psíquicos.</p> <p>DIVERGÊNCIA: A mulher tem autonomia para decidir por estar dentro do corpo dela. E o embrião é um potencial de ser. Não tiveram opinião.</p>
<p>Como você vê a atuação das enfermeiras na assistência as mulheres que abortam atualmente?</p>	<p>A enfermagem é vista tendo atitudes antiéticas baseadas nos valores pessoais.</p>	<p>COMPLEMENTAR: O tratamento é técnico e é realizado de maneira superficial e ríspida, não havia humanização no cuidado. A assistência de enfermagem é diferenciada de acordo com o tipo de aborto.</p> <p>DIVERGENTE: A assistência de enfermagem às mulheres que abortam é humana, menos preconceituosa e respeita os direitos humanos. Ela é tratada como todas as demais pacientes, caracterizando uma atitude ética. Nunca viram assistência de enfermagem para mulheres que abortaram e reconhecem apenas a orientação como atuação nesse campo.</p>
<p>O ensino de enfermagem determina o modo como a enfermagem cuida dessas mulheres?</p>	<p>O ensino de enfermagem não é visto como determinante no cuidado das enfermeiras para com as mulheres que abortam.</p>	<p>COMPLEMENTAR: O que mais influência esse cuidado são os valores pessoais de quem está prestando o cuidado, está mais relacionado à conduta pessoal relacionada ao carinho pelo ser humano. A postura e forma de como está sendo ensinado o tema pode influenciar mais esse cuidado. E pelo ensino ser biomédico não determina o ensino do cuidado para essas mulheres.</p> <p>DIVERGENTE: É reconhecido que o ensino de enfermagem influencia no cuidado às mulheres que abortam, pois é na graduação que o cuidado de enfermagem é ensinado e que será reproduzido. É determinado porque o ensino de enfermagem promove discussão, reflexão e ensina a escuta qualificada.</p>

Quadro 4 - Síntese do 2º quadro Hermenêutico-dialético: Descrição das concepções das enfermeiras sobre o tema aborto (conclusão)

Como você avalia o ensino de enfermagem frente a problemática do aborto na atualidade?	O ensino foi avaliado como insuficiente para a prática profissional da enfermeira. Na maioria não houve debate, ou o debate foi insuficiente ou superficial para promover uma discussão e um domínio desse tema que é um tabu.	DIVERGENTE: O ensino do tema foi visto como vinculado à religião e aos valores pessoais do professor que ministrou a aula.
Você gostaria de acrescentar algo mais sobre o seu ensino de enfermagem sobre a temática abortamento?	O ensino de enfermagem sobre o tema aborto carece de uma discussão crítica. E o que foi ensinado, além de ser superficial, foi insuficiente para a prática profissional.	COMPLEMENTAR: Essa temática é desvalorizada em relação a gestação; deveria estar presente em outras disciplinas além da saúde da mulher; As professoras estão despreparadas para discutir esse tema.

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE J – As diferentes visões sobre aborto por participante

Quadro 5 – As diferentes visões sobre aborto por participante

Código	Valores da sociedade conservadora	Prevenção de agravos	Autonomia da mulher
E01A	X	X	
E02B		X	X
E03C		X	X
E04A		X	
E05A	X	X	
E06G	X		
E07A		X	X
E08G	X		
E09C			X
E10A	X		
E11C	X		
E12L	X	X	
E13D		X	
E14C	X		X
E15A		X	X
E16C		X	X
E17A			X
E18F	X	X	
E19K	X	X	X
E20A	X	X	
E21D	X	X	X
E22E		X	
E23J			X
E24H		X	X
E25A	X	X	
E26I	X		

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE K – A visão baseada na autonomia da mulher

Quadro 6 – A visão baseada na autonomia da mulher

Código	Argumento
E02B	A mulher deve ter o direito de escolha.
E03C	A mulher é dona do próprio corpo e por isso deveria ser descriminalizado.
E07A	A mulher deveria ter o direito de abortar.
E09C	O aborto deveria ser legalizado pois cada um deve ter o direito de agir conforme preferir.
E14C	Cada um tem o direito de fazer do próprio corpo o que bem entender.
E15A	A mulher tem todo o direito.
E16C	É um direito das mulheres.
E17A	A mulher tem direito ao corpo dela.
E17A	O Estado tem que garantir o desejo da mulher de abortar.
E19K	Favorável o direito de escolha.
E21D	É direito da mulher.
E23E	É um direito da mulher.
E24H	A mulher tem direito sobre o corpo dela.

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE L – A visão norteada pelos valores da sociedade conservadora

Quadro 7 – A visão norteada pelos valores da sociedade conservadora (continua)

Código	Argumento
E01A	Interromper uma gestação é interromper uma vida baseada na religião.
E05A	Pensa em como deveria ser a autorização para se realizar o aborto.
E06G	Responsabilizando a mulher por não ter evitado a gravidez indesejada através dos métodos contraceptivos.
E06G	Acredita que o controle da sexualidade feminina pelo pai evitava casos de aborto.
E08G	O aborto é pecado.
E08G	O aborto é um atentado contra a vida.
E10A	Deve-se seguir a lei.
E11C	A pop brasileira não terá “educação” para usar o serviço de aborto legal.
E11C	Interromper uma vida.
E11C	O feto que está dentro da barriga da mulher não é propriedade dela, e sim é um ser que Deus mandou para a responsabilidade dela.
E11C	Adoção como solução para a gestação indesejada.
E12L	O aborto é uma irresponsabilidade da mulher.
E12L	Acredita que a legalização banalizará a prática.
E14C	Aborto é retirar uma vida que apenas Deus tem o direito de dar e tirar.
E18F	Aborto é o impedimento da vida da criança.
E18F	Acredita que com a legalização do aborto teriam relações sexuais desprotegidas.
E19K	Acredita ser necessário que a justiça garanta primeiro o direito ao aborto legal.
E19K	Acredita ter que ser feito a denúncia e que é preciso passar pelo IML para ter acesso ao aborto legal.

Quadro 7 – A visão norteada pelos valores da sociedade conservadora (conclusão)

E19K	A adoção como solução para uma gestação não planejada em vez de um aborto com uma IG “avançada” (5 meses).
E19K	Deveria se prevenir a gestação pois o aborto é um ato de retirar a vida, impedindo a reencarnação.
E20A	Acredita que a adoção é uma possibilidade de solução da gravidez indesejada.
E20A	Existe informação disponível para prevenir a gestação.
E21D	Tem que se preservar a vida do embrião.
E25A	Acredita que com a legalização do aborto o procedimento será mais realizado.
E25A	É um tema tabu, de difícil debate.
E26I	Deve-se convencer a mulher de não realizar o aborto.
E26I	Enxerga a gestação de forma romântica ingênua e por isso é contrária a interrupção da gestação.
E26I	Defende a adoção como solução para uma gestação indesejada.
E26I	Tem uma ideia de que a realização do aborto legal é fácil e banalizado.
E26I	É contra a realização do aborto baseado nos valores religiosos.
E26I	Acredita que deve ser a profissional a avaliar a estrutura (econômica e psíquica) da mulher para realizar o aborto legal nos casos de violência.
E26I	É contrária a autonomia da mulher sobre o aborto frente ao planejamento de vida da mulher.

Fonte: A autora, 2017.

APÊNDICE M – A visão da prevenção de agravos

Quadro 8 – A visão da prevenção de agravos (continua)

Código	Argumento
E01A	Risco de mortalidade materna por aborto provocado.
E02B	Os usuários conseguem informações de fontes não confiáveis de fontes como a internet e que por isso eles se encontram em risco.
E02B	O aborto é um problema de saúde pública.
E03C	A clandestinidade em risco para a vida da mulher.
E03C	Mulheres que não tem condições de engravidar poderiam ter acesso ao aborto.
E04A	A proibição do aborto não impede a prática do mesmo.
E04A	A clandestinidade gera aumento da mortalidade materna.
E04A	Existe problemas sobre notificação, então os casos devem ser ainda maiores.
E05A	As clínicas clandestinas não são a solução para o aborto.
E05A	O Brasil (SUS) está despreparado para oferecer um serviço de qualidade pois falta recursos humanos treinados para atender e existe diminuição do número de serviços que já prestavam o serviço de aborto legal.
E07A	Existe desigualdade no acesso ao serviço clandestino de aborto referente ao poder aquisitivo.
E07A	A clandestinidade coloca em risco a vida da mulher.
E12L	É um problema de saúde pública.
E12L	O aborto clandestino gera um custo alto na saúde (visão financeira).
E12L	A legalização do aborto poderia diminuir os agravos.
E13D	Existe mortalidade materna em clínicas clandestinas.
E15A	A morte materna por aborto é uma morte de causa evitável.
E15A	A ilegalidade gera risco de mortalidade materna.
E16C	É preocupante as complicações consequentes do aborto.
E18F	A prática do aborto ocorre independente do pensamento e opinião das pessoas.

Quadro 8 – A visão da prevenção de agravos (conclusão)

E18F	O aborto pode prevenir que existam crianças negligenciadas.
E19K	A clandestinidade coloca em risco a saúde da mulher e possíveis maus tratos.
E19K	Existe diferença na qualidade do serviço clandestino ofertado dependente do valor.
E19K	A partir da legalização do aborto poderia se ter um trabalho e acompanhamento psicológico para promover a saúde da mulher.
E20K	Prevenção de agravos para a criança que seriam negligenciadas.
E21D	É preciso aprofundar o debate sobre aborto na sociedade.
E22D	O aborto é um procedimento comum.
E22D	A proibição não impede a realização e sim coloca em maior risco a mulher de baixa renda.
E22D	O aborto clandestino gera morbidade.
E 24H	A mulher deve estar ciente dos riscos do procedimento (aborto).
E25A	Acredita que a mulher precisa ser avaliada para realizar o aborto devido ao risco de morte materna.
E25A	A mulher que aborta merece ser atendida com dignidade e sem ser abandonada, e tampouco deforma preconceituosa.
E26I	Defende a prevenção de agravos para vítimas de violência com o aborto terapêutico.
E26I	A clandestinidade gera risco para a saúde da mulher.
E26I	A criança, gerada a partir de uma violência sexual, pode sofrer com esse trauma.

Fonte: A autora, 2017.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A temática do abortamento no ensino de graduação em enfermagem: análise das concepções das recém-graduadas

Pesquisador: MARIANA SANTANA SCHROETER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52508915.8.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.533.584

Apresentação do Projeto:

O profissional de saúde deve prestar uma assistência humanizada baseada na ética profissional e garantir o respeito aos direitos humanos das mulheres independente de seus preceitos morais e religiosos (BRASIL, 2011; SILVA; ARAÚJO, 2011; LEMOS et al, 2014). Considerando tais aspectos, a humanização e a ética profissional são necessárias para a enfermeira fundamentar a sua prática e oferecer a essa mulher apoio e alternativas para que ela tenha acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, incluindo a prevenção de novos episódios de aborto. No entanto, estudos têm mostrados que em muitas faculdades de enfermagem o tema abortamento ainda é abordado numa perspectiva mais biológica e técnica, com pouca ênfase em situá-lo como problema de saúde pública e como um direito humano da mulher. Esta pesquisa de abordagem qualitativa do tipo descritiva, busca descrever as concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre o ensino do tema do abortamento no curso de graduação em enfermagem. Objetiva-se também identificar como o tema do abortamento foi abordado no ensino da graduação, segundo estas enfermeiras e discutir as abordagens do tema do abortamento no ensino da graduação em enfermagem na perspectiva feminista do gênero. Os participantes serão enfermeiras matriculadas e cursando os cursos de residência coordenados pela Faculdade de Enfermagem da UERJ que tenham no máximo um ano de conclusão da graduação. Para a coleta de dados será utilizada

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
Bairro: Maracanã **CEP:** 20.559-900
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.533.584

entrevistas semiestruturadas gravadas em meio digital, e os dados serão analisados por meio da hermenêutica-dialética.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever as concepções das enfermeiras recém-graduadas sobre o ensino do tema do abortamento no curso de graduação em enfermagem.

Objetivo Secundário:

Identificar como o tema do abortamento foi abordado no ensino da graduação, segundo estas enfermeiras. Discutir as abordagens do tema do abortamento no ensino da graduação em enfermagem na perspectiva feminista do gênero.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há benefícios diretos nem riscos para os participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e apresenta todos os itens essenciais para sua compreensão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado e contempla todos os itens da RES 466/12.

A pendência apresentada foi resolvida.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não foram observadas implicações éticas que impeçam a realização do mesmo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para maio de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

Bairro: Maracanã

CEP: 20.559-900

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-2180

Fax: (21)2334-2180

E-mail: etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.533.584

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_634808.pdf	28/03/2016 21:00:12		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaodiretora.pdf	28/03/2016 20:59:39	MARIANA SANTANA SCHROETER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	04/12/2015 17:06:06	MARIANA SANTANA SCHROETER	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostodiretora.pdf	04/12/2015 16:54:48	MARIANA SANTANA SCHROETER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	01/12/2015 19:40:01	MARIANA SANTANA SCHROETER	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/12/2015 19:34:22	MARIANA SANTANA SCHROETER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Maio de 2016

Assinado por:

Patricia Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador)

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO B – Carta de autorização da instituição para a realização da pesquisa.



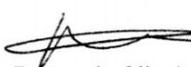
Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Ciência e Tecnologia
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

DECLARAÇÃO

Na qualidade de Diretora da **Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, eu Prof.^a Dr.^a NORMA VALÉRIA DANTAS DE OLIVEIRA SOUZA, autorizo a realização da Pesquisa intitulada **“A TEMÁTICA DO ABORTAMENTO NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: ANÁLISE DAS CONCEPÇÕES DAS RECÉM GRADUADAS”**. Cujos objetivos são descrever as concepções das Enfermeiras recém graduadas sobre o ensino do tema do abortamento no curso de graduação em enfermagem, identificar como o tema do abortamento foi abordado no ensino da graduação segundo estas enfermeiras e discutir as abordagens do tema de abortamento no ensino da graduação em enfermagem na perspectiva feminista do gênero.

A pesquisa a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Enfermeira MARIANA SANTANA SCHROETER tem como base a pesquisa qualitativa e utilizará uma entrevista semiestruturada com as Enfermeiras matriculados nos Cursos de Residência sobre responsabilidade acadêmica da Faculdade de Enfermagem sob orientação da Prof.^a Dr.^a ADRIANA LENHO DE FIGUEIREDO PEREIRA.

Rio de Janeiro, 28 de março de 2016.


Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
Diretora da Faculdade de Enfermagem
ID 2554752-6

Norma Valéria Dantas O. Souza
Diretora da Faculdade de
Enfermagem da UERJ
32.637-1/ID. 2554752-6