

Representação social de profissionais de saúde a respeito do aborto

Social representation of health professionals about abortion

DOI: 10.46814/lajdv4n3-044

Recebimento dos originais: 31/03/2022

Aceitação para publicação: 18/04/2022

Thiago Nascimento dos Santos

Médico

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS

Endereço: Cidade Universitária, s/n, Unidade 9, Cidade Universitária - MS

CEP: 79070-900

E-mail: th.nascimentosantos@gmail.com

Mirian Yuriko Girata

Mestre em Enfermagem

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas MS

Endereço: Cidade Universitária, s/n, Unidade 9, Cidade Universitária - MS

CEP: 79070-900

E-mail: mirian.girata@outlook.com

Sebastião Junior Henrique Duarte

Enfermeiro / Doutor em ciências

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Endereço: Cidade Universitária, s/n, Unidade 9, Cidade Universitária - MS

CEP: 79070-900

E-mail: sjhd.ufms@gmail.com

RESUMO

Objetiva-se conhecer as representações sociais de profissionais de saúde que participam dos procedimentos para o aborto legal. Pesquisa exploratória de análise qualitativa, realizada em Campo Grande, MS. Participaram 14 profissionais de saúde atuantes na equipe que realiza os procedimentos para o aborto legal. Excluiu-se os que não foram localizados após três tentativas. A coleta de dados ocorreu em formulário com dados de caracterização e pela entrevista aberta, com a questão norteadora: conte-me como é seu trabalho na equipe multiprofissional para o aborto legal. A caracterização recebeu tratamento descritivo e as entrevistas foram transcritas e organizadas de acordo com o método do discurso do sujeito coletivo e analisadas à luz da Teoria das Representações Sociais. Os resultados revelaram que a maioria são do sexo feminino (92,8%), a média da faixa etária 44,7 anos (DP: 10,5) e com 6 anos de experiência profissional. As entrevistas resultaram em treze ideias centrais: dilema pessoal, os profissionais diante das mulheres, objeção de consciência, amparo legal aos profissionais, organização do serviço, dinâmica do cuidado à mulher, desconhecimento do planejamento familiar, assistência na atenção primária à saúde, barreiras socioeconômicas, adesão ao método contraceptivo, baixa percepção do risco de gravidez, situações indeferidas ao aborto legal e serviço de apoio nas gestações indesejadas. As representações sociais foram marcadas por sentimento de compaixão às mulheres que recorreram ao abortamento legal, especialmente por terem sido vítimas de violência sexual. Os participantes reconhecem o direito de a mulher decidir sobre manter a gestação ou não, mesmo que exista dilema ético envolvido.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar.

ABSTRACT

The objective is to know the social representations of health professionals who participate in procedures for legal abortion. Exploratory research for qualitative analysis, held in Campo Grande, Brazil, from August 2016 to May 2017. Participated 14 health professionals working in the team that performs legal abortion procedures. Excluded were those that were not located after three attempts. Data collection took place in a form with characterization data and the interview, with the guiding question: tell me how your work in the multiprofessional team for legal abortion. The characterization was given descriptive analysis and the interviews were transcribed and organized according to the discourse method of the collective subject and analyzed in the Theory of Social Representations. The results showed that the majority were female (92.8%), mean age 44.7 years (SD: 10.5) and with 6 years of professional experience. The interviews resulted in thirteen central ideas: personal dilemma, professionals facing women, conscientious objection, legal protection for professionals, service organization, dynamics of care for women, lack of familiar planning, primary health care assistance, socioeconomic barriers, adherence to contraceptive method, low perception of risk of pregnancy, situations denied legal abortion, support service in unwanted gestation. Social representations were marked by compassion for women who resort to legal abortion, especially for having been victims of sexual violence. Participants recognize the right of women to decide whether to continue pregnancy or not, even if there is an ethical dilemma involved.

Keywords: primary health care, sexual and reproductive health, family planning.

1 INTRODUÇÃO

A literatura revela que algumas mulheres praticam o aborto como meio de controle da procriação e acabam expondo a própria vida, sendo que uma das principais causas de mortalidade materna se relaciona com hemorragia e/ou septicemia, uma das complicações do aborto clandestino (ALKEMA *et al.*, 2016; SAY *et al.*, 2014).

No Brasil o aborto é considerado crime, exceto em três condições: 1) quando a gestação oferece risco à saúde da gestante (aborto terapêutico); 2) gravidez resultante de estupro (aborto humanitário) e, 3) quando o feto é anencéfalo (anomalia incompatível à vida). Em todas essas situações a mulher terá assegurado o direito ao abortamento legal, inclusive pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1940; 2005; 2012a).

Ressalta-se que o SUS garante o acesso aos métodos de planejamento familiar, incluído a educação em saúde, realização de exames, oferta de métodos contraceptivos, e o aborto legal nas indicações previstas em lei para assegurar a saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2011a; 2013).

Em que pese as frequentes discussões e manifestações religiosas em torno da legalização ou não do aborto, o presente estudo enfatiza o assunto no âmbito da saúde a vivência de profissionais de saúde que atuam nos procedimentos do aborto legal.

O dilema ético e moral que envolve o tema instigou a realização deste estudo que ofereceu oportunidade aos profissionais de saúde expressarem suas representações para contribuir no atendimento às suas necessidades no enfrentamento de possíveis conflitos diante de mulheres em situação de abortamento.

Assim, o estudo teve por objetivo conhecer as representações sociais de profissionais de saúde que participam dos procedimentos para o aborto legal.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo exploratório, transversal, de análise qualitativa está inserido no projeto de pesquisa intitulado “O aborto na opinião de profissionais de saúde e mulheres submetidas ao abortamento legal”, aprovado pelo Comitê de Ética e pesquisas envolvendo seres humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, CAAE: 58735416.0.0000.0021, portanto, seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Foi realizado no período de setembro de 2016 a junho de 2017, no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em Campo Grande/MS, instituição de referência estadual para a realização do aborto legal a todos os municípios do Mato Grosso do Sul.

Participaram do estudo 14 profissionais que integram a equipe para a realização dos procedimentos para o aborto legal: assistentes sociais, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Foram excluídos os não localizados após três tentativas para a coleta de dados.

Utilizou-se um formulário contendo variáveis de caracterização e a entrevista aberta, a partir da questão norteadora: conte-me como é seu trabalho na assistência às mulheres que desejam o aborto legal.

Os dados de caracterização receberam tratamento descritivo e as entrevistas foram gravadas, transcritas e organizadas no método do discurso do sujeito coletivo e analisadas com auxílio da Teoria das Representações Sociais. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de organização do material resultante do trabalho de campo, geralmente de falas oriundas de entrevistas, questionários, *papers*, materiais gráficos etc (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; DUARTE; ANDRADE; MAMEDE, 2009). As Representações Sociais são consideradas como saber popular, mitos, crenças, costumes, que convergem no senso comum e que são socialmente compartilhados (MOSCOVICI, 2003).

Os resultados foram categorizados em três ideias centrais: dilema pessoal, os profissionais diante das mulheres e objeção de consciência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 14 profissionais da equipe, sendo que 92,8% são do sexo feminino, com média de idade de 44,7 anos (DP: 10,5), e com até 6 anos de experiência profissional na assistência às mulheres que desejam abortar.

As falas traduzem as representações dos profissionais quanto ao trabalho com mulheres em situação do abortamento, conforme o método do discurso do sujeito coletivo.

3.1 DILEMA PESSOAL

Existe uma lei que a ampara (o aborto)... sou favorável que ela (a mulher) tenha esse direito garantido ... eu não faria ... de qualquer forma ... tive esse pensamento depois que fui mãe ... anencéfalo é viável, é um sofrimento muito grande para a mãe, carregar um bebê que vai morrer em poucas horas... no caso do estupro, é difícil pra mãe, mas, acho que pra tudo tem jeito ... o aborto simplesmente por ser praticado eu sou contra, agora vítimas de situações legais aí é diferente ... é conflitante ... sou de família extremamente católica, mãe ativista anti-aborto ... envolve muitos tipos de valores, internos, pessoais, éticos, religiosos. Não concordo, porém se estivesse no lugar dessas moças, também o faria ... é o limite entre justiça, entre o direito da mulher, entre nossa própria opinião conflito muito grande ... se fosse eu no lugar dessa pessoa, se fosse uma filha minha, eu tenho três filhas ... ao mesmo tempo você fica com raiva, fica com dó ... desconforto generalizado ... até nós mesmo precisamos de uma ajuda psicológica, com situações internas nossa para não influenciar e fazer um trabalho grande.

No discurso acima é evidente que os profissionais de saúde não atuam com toda tranquilidade, porém reconhecem o direito de a mulher, em determinadas situações, possa decidir pelo aborto, como é o caso de gravidez decorrente do estupro e má formação fetal.

A concepção de mantenedor da vida fundamentada na formação profissional e na religião divide a opinião referente ao tema quando se deparam com o comportamento das mulheres que são atendidas.

Contudo, fica caracterizado o dilema pessoal diante da assistência à mulher que procura o serviço de abortamento legal.

3.2 OS PROFISSIONAIS DIANTE DAS MULHERES

Não cabe a equipe duvidar, fazer questionamentos, juízo de valor em cima do que ela está nos passando de informações ... tratar ela de uma forma diferenciada das outras mulheres, porque na verdade ela está vivendo um problema, não quer aquele filho ... elas (mulheres) falam o mínimo possível, não emitem nenhuma opinião ... é uma coisa bem sigilosa, é uma intimidade de uma pessoa que está ali ... não procuro entrar em detalhes, procuro confortar, estar ao lado da paciente, ajudar ela no momento da dor ... existe um verdadeiro preconceito da situação... eu acho que em todo local de

trabalho, você conversa com a pessoa humanamente, sem julgamento, sem preconceito, isso não é fácil ... se a gente conseguisse ter um tempo maior pra trabalhar com essa mulher talvez ficaria um pouquinho mais seguro para a própria mulher ... ficar tão pouco tempo com uma pessoa e tomar uma decisão tão séria ... eu não tenho um psicológico bom pra conseguir atender, tanto que quando ela voltou chorosa ... às vezes no decorrer da correria a gente não dá atenção que deveria, ainda mais uma coisa que é tão importante ... eu não conseguia mais falar nada pra ela ... eu e minha colega ficamos muito mal, de a gente acabar o assunto, ficar quieta, refletindo, pensando, foi bem complicado ... tentar respeitar a pessoa na decisão individual dela ... pode parecer muito óbvio mas não é o que a gente vê nos setores ... era muito mais difícil na maternidade, ela era muito menos acolhida porque existe na equipe já um julgamento de que o aborto não é, não deveria acontecer e ... a gente percebia que existia uma questão de preconceito muito grande ... tem uns profissionais que deixam perpassar essa situação e agir de outra forma, bem preconceituosa ... a gente teve muitos problemas com os profissionais aqui no hospital diante de uma situação de aborto, por entrar em princípios, religião, em muitas ocasiões isso aconteceu ... os profissionais da equipe se uniam pra fazer o acolhimento dessa mulher quando os profissionais da unidade não conseguiam fazer esse procedimento ... o nosso papel não é polícia, é acolher a paciente, se ela teve um abortamento espontâneo ela queria um bebê, nós vamos tentar entender porque aconteceu, amparar, dar as vitaminas, medicamentos, fazer os exames, ver as deficiências e ajudá-la engravidar o mais rápido que ela puder. Se ela não queria, digamos assim, de uma certa forma, ela favoreceu esse abortamento, nós temos que mostrar pra ela os riscos na saúde reprodutiva, se ela não quer, nós já entramos já lá na enfermagem, se ela for de acordo, a gente entra com método contraceptivo: o injetável, ou o via oral, nós colocamos/inserimos DIU também, tem aqui o que nós podemos fazer, e também encaminhamos para o Centro de Atendimento Médico ... não temos o trabalho de julgar a paciente, aqui nós temos que acolher e evitar morbidade para essa futura mamãe ... até hoje tem pessoas que desconhecem, inclusive que é feito esse procedimento aqui no hospital.

O discurso retratou a preocupação dos profissionais em oferecer uma assistência que promova o acolhimento e conforto da mulher diante da situação de sofrimento que envolve esse processo de decisão e durante o procedimento. Apresentam a percepção da dificuldade de alguns profissionais em oferecer cuidados, com prevalência de concepções pessoais contrárias ao serviço, a condição da mulher e julgamento de valores.

3.3 OBJEÇÃO DE CONSCIÊNCIA

Há dilema ético sim, tem alguns profissionais que têm objeção de consciência, de não participarem desse programa ... envolve muitos sentimentos do profissional enquanto pessoa, não só enquanto profissional ... nosso código tá lá, você pode se recusar a participar ... é o que eu sei ... mas

não foi isso na prática ... se me mandassem eu não colocava (comprimido de Misoprostol) ... a gente sabe sim que tem muitos profissionais que têm objeção de consciência e recusam a atender terminantemente, não dá pra passar por cima de todos esses valores, tem que se sentir confortável para atender essas mulheres ... é aceitável a objeção de consciência, você pode transferir pra outro colega de profissão ... aqui não tem ninguém (profissional da saúde) que se recusou ... é claro que a gente já escutou também de enfermeiros, por exemplo, que nem queriam receber no setor, a gente já teve essas dificuldades ... aí teve vários médicos que também não tinham condição, eles alegavam não ter condições de fazer esse tipo de procedimento ... tanto médicos quanto residentes que têm objeção de consciência não são envolvidos, eles vão se não tiver objeção de consciência ... não ficar com raiva ou desanimar diante de situações que acontecem ou com raiva de quem não aceita o programa. ... tem casos bem duros assim nesse sentindo ... tem alguns que tem objeções de consciência, tanto religioso ou alguma outra coisa ... se algum profissional da equipe não se sentia apto a fazer isso, achava que não condizia com seus princípios, então nessa ocasião a gente ia pra acolher essa mulher.

No discurso abordado sobre a objeção de consciência, foram identificados profissionais no setor que se recusam a realizar a assistência e isso foi identificado como direito de o profissional não participar dos procedimentos para o abortamento legal, em concordância com o código de ética profissional.

A objeção de consciência levou a representações marcadas por crenças religiosas, morais, relações familiares já arraigadas. É unânime o entendimento pelos profissionais da existência do sofrimento das mulheres que apresentam a indicação ao procedimento e concordam pelo direito legal ao aborto como direito reprodutivo e de autonomia.

3.4 AMPARO LEGAL AOS PROFISSIONAIS

A gente não está no papel de lei, não somos advogados pra defender, nem promotores para acusar, nem juiz pra julgar e nem delegado pra investigar ... o nosso papel aqui não é polícia, é acolher a paciente ... não precisa de boletim de ocorrência, não precisa de testemunha, não precisa de nada ... essa mulher tem que assinar alguns formulários que são padrão do Ministério da Saúde, que inclusive resguarda os profissionais e responsabiliza ela (mulher) por todas as informações que ela tá passando, e no caso de informações não serem verdadeiras, ela pode responder criminalmente por isso ... a gente (profissionais) não tem consequências jurídicas ... a gente tem o stress de ficar indo prestar depoimento, esclarecimentos na delegacia, ser questionada sobre o nosso papel ... o profissional de saúde fica bem exposto ... o Ministério (da Saúde) diz que a gente tem que acreditar nela, aí vem o delegado e diz por que vocês não desconfiaram? Até onde fica o nosso papel, esse é meu dilema enquanto profissional.

O discurso identificou o desconforto dos profissionais diante de situação investigativa que alguns casos acabam resultando, expondo os profissionais a questionamentos dos fatos que devem ser resguardados em sigilo profissional, conforme código de ética de cada profissional e diante da normativa do Ministério da Saúde para atendimento às mulheres do aborto legal (BRASIL, 2012c).

3.5 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Todo o agendamento é feito na coordenação ... é uma agenda livre ... no primeiro momento acolher ... (entender) os motivos que trouxeram para tomar a decisão de um aborto ... o atendimento é feito pelo psicólogo, médico, enfermeiro e serviço social ... consta de uns oito profissionais, tem também a parte de diretoria técnica ... o primeiro atendimento é marcado para o médico ... vai solicitar os exames de rotina, ambulatorial, ultrassom ... aí faz a parte básica de pesquisa de HIV, hepatite C, sífilis, se tem corrimento, faz todos os tratamentos iniciais, e a interrupção é feita até a 20ª semana, não mais que isso ... verificado quantas semanas, e passa-se por uma entrevista com cada profissional ... faz a primeira abordagem perguntando pra essa mulher como ela está se sentindo ... verificar como foi essa situação de violência ... o nosso papel é de auxiliá-la a tomar uma decisão mais segura ... a doutora, a psicóloga, a assistência social faz toda uma investigação onde elas chegam a uma conclusão se realmente houve um estupro ... um não sabe do outro quando era feito a entrevista, quando era feito o atendimento dessa mulher ... apresentamos todas as possibilidades de seguir ou não com esse aborto ... a etapa seguinte nós conversamos: “olha o seu caso foi aprovado, tal” ... tem toda a assinatura dos papéis, a liberação, e ela já vai daqui encaminhada para o dia certinho de internar ... nós fazíamos o registro da evolução no prontuário da própria paciente, só que naquela época o registro era manual, e hoje é eletrônico.

O processo de trabalho ocorre com fluxo de atendimento já estabelecido e de conhecimento da equipe que realiza a assistência. É disponibilizado o atendimento as mulheres que procuram pelo serviço do aborto legal com equipe multiprofissional, oferecimento de acolhimento e orientação que possa facilitar a decisão da mulher.

A realização pelos profissionais da escuta qualificada permite a obtenção de um atendimento humanizado e efetivo para que possa atender as necessidades físicas e psicológicas da mulher (BRASIL, 2011b; 2012c).

3.6 DINÂMICA DO CUIDADO À MULHER

Aprovado o aborto a gente vai acompanhar aqui ... prestando apoio emocional, e depois da alta ela vai seguir com psicoterapia na rede ... já chega pra nós já com protocolo, tem o leito dela ... não vai isolar ela, mas você vai deixar mais restrita, como na enfermaria ... o meu trabalho é passar a visita,

fazer exame físico ... orientação básica: se está indo no banheiro, se não está, se está comendo bem ... a gente fica atenta nesses cuidados ... os sinais vitais, aquele cuidado que é da enfermagem ... às vezes é um soro só ... um remedinho para dor ... a gente não faz nada por conta, a gente segue orientação do médico, prescrição do médico ... a maneira como interrompemos até 12 semanas, utilizamos a aspiração manual intrauterina ... ou também podemos induzir com o misoprostol que é o aborto químico... o médico que fica cuidando dos efeitos do medicamento, é ele que coloca ... a gente tem que estar no momento, até porque a médica precisa de auxílio. Terminou toda essa situação, vem pra cá novamente, a gente acompanha, a gente vê, faz acompanhamento de como é orientada de 1 mês, de 3 meses assim vai pra sorologias né, até liberar a paciente.

O discurso traz a descrição da assistência à mulher no processo do abortamento, enfatizado a prescrição e a administração pelo médico da medicação para o aborto e alívio à dor, o acompanhamento da mulher pelos demais componentes da equipe e seguimento de avaliação de seu estado de saúde até a sua alta do atendimento ambulatorial.

Foi mencionado o acompanhamento com psicoterapia após os procedimentos abortivos. Essa informação é relevante, visto que, há possibilidades de o aborto deixar sequelas emocionais, ainda mais quando atrelado a violência sexual.

3.7 DESCONHECIMENTO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR

É um programa de pouco conhecimento da população... não acredito que isso chegue ao conhecimento dessas pessoas ... ainda falta ser trabalhado, falta muita informação, falta o acesso para essas mulheres ... pacientes bem carentes mesmo que não tem informação nenhuma ... grande parte dessas mulheres desconhecem esse serviço ... porque o que a gente percebe hoje, nós temos um alto índice de gravidez indesejada por falta de informação e de acesso a esses serviços ... o planejamento familiar, precisa ser melhor trabalhado para a população, tanto pro homem como pra mulher ... não é só esterilização, ele é um conjunto de medidas ... elas são bem mal informadas ... a mãe que não se cuidou, engravidou ali espontaneamente por falta de cuidado, não procura esse tipo de serviço ... muitas delas tiveram acesso mas elas têm medo, elas não procuraram qualquer tipo de interrupção logo após o ato (violência sexual), nem pílula do dia seguinte... eu acho que elas não conseguem saber de todos os recursos que ela tem... eu acho que está muito na mente delas é a questão do preservativo, e mesmo assim não é a prática que a gente percebe.

Um dos fatores relatados no discurso é a falta de conhecimento pela população do serviço oferecido pela atenção básica de orientação ao planejamento familiar e oferta de métodos contraceptivos, inclusive para mulheres que procuram pela contracepção de emergência.

Houve, também, situações de não indicação do aborto legal, em especial para as gravidezes fora do primeiro trimestre de gestação. A idade gestacional avançada é considerada como um dos fatores para a não realização do aborto legal (PEDROSO, JULIANO, DE SOUZA, DREZETT, 2021).

3.8 ASSISTÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O atendimento dos postos, o acompanhamento pelo agente comunitário de saúde não consegue atingir grande parcela da população ... percebe-se que ainda é precário o atendimento ... tem uma dificuldade de marcação de consulta ... não tem vaga ... vai no posto um monte de vez e não consegue.

A demanda de necessidades de saúde da população é realizada na Atenção Primária à Saúde, observa-se no discurso que os profissionais que compõe essa equipe não conseguem realizar um atendimento satisfatório seja pela sobrecarga de trabalho, volume aumentado pela demanda espontânea e organização do serviço com baixa resolutividade.

3.9 BARREIRAS SÓCIO-ECONÔMICAS

A população que a gente atende tem uma baixa escolaridade ou nenhuma escolaridade, tem uma baixa renda, são extremamente dependentes dos programas sociais ... às vezes a mulher não tem nem o dinheiro para pagar o ônibus ... a dificuldade para essas mulheres ir várias vezes, não tem condições pra colocar um DIU, a mulher tem um monte (filhos), tem uns quatro filhos, quer se prevenir pra não ... não engravidar de novo, ter mais um filho, e ela não tem condições... elas muitas vezes vem relatar pra nós que não tem mais condições de ter filhos, que não tem também condições de (ir) lá no CEM pra pegar cartinha, pra pegar autorização, pra fazer e iniciar todo esse processo.

No discurso as características da população são consideradas uma das dificuldades de acesso aos serviços de planejamento familiar identificadas, cujas condições econômicas desfavoráveis representam em dificuldade de deslocamento ao serviço de saúde e desconhecimento dos direitos reprodutivos. Essa é uma situação que carece ser identificada e corrigida por meio do apoio social pelo serviço público, de modo a garantir o cuidado integral às mulheres.

3.10 ADESÃO AO MÉTODO CONTRACEPTIVO

Elas negligenciam muito o próprio cuidado do corpo, elas relatam muitas vezes que esqueceu a pílula ... ou então foi na troca de anticoncepcional, ou então não estavam namorando, não estava tendo um parceiro fixo ... hoje ela não tem uma vida sexual ativa, ou não tem parceiro, ela não usa frequentemente.

Evidenciado que as mulheres descritas no discurso exercem pouco controle sobre suas opções de cuidados em saúde reprodutiva: descontinuidade no uso do método, uso irregular e/ou não uso pela falta de parceiro, e tornam-se vulneráveis não só as gestações indesejadas, mas ao risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis.

A educação em saúde não consegue atingir o objetivo proposto à população, as orientações devem contemplar o contexto e a perspectiva de vida das mulheres.

3.11 BAIXA PERCEPÇÃO DO RISCO DE GRAVIDEZ

O sistema público tem todos (métodos contraceptivos), se você sair agorinha e ir lá na unidade de saúde tem profissionais capacitados, tem profissionais que estão acompanhando ... a questão é pessoal, da própria mulher ... eu acredito que seja falta de responsabilidade mesmo da mulher ... “ah, eu engravidei”, “por que que eu engravidei?”, você sabe porque engravidou, não se protegeu ... “ah, mas eu não tenho condições”... acredito que é um pouco de falta de consciência mesmo, delas quererem se proteger ... uma pessoa que usa algum tipo de tóxico não tem discernimento nenhum... ela vai se preocupar com o que ela tá carregando ali, não vai ... você distribui pílula anticoncepcional, distribui camisinha, mas mesmo assim as mulheres estão tendo filho um atrás do outro do mesmo jeito ... eu sei que em mulheres em situação de violência, todos os postos têm como ajudar a mulher a usar o contraceptivo, a pílula de emergência, para não engravidar em função da situação... eu acho que deve funcionar muito bem ... fica pra nós (equipe do aborto legal) mesmos aqueles casos extremos que já chegam grávidas, que de uma certa forma falhou a contracepção do dia seguinte, que eu nunca peguei ... geralmente não tomou mesmo, não quis falar para o médico que atendeu.

No discurso nota-se que os profissionais apresentam a percepção que há mulher que ignora a possibilidade de engravidar, que nada irá acontecer e reconhecem a vulnerabilidade ao risco quando engravidam ao procurar pelo serviço.

O controle contraceptivo perpassa a questão da disponibilidade dos métodos, há necessidade de se conhecer as experiências sexuais, capacidade de negociação com companheiro, em qual etapa a maternidade se encontra na vida da mulher e a hierarquia de gênero entre homem e mulher. Caso contrário, as práticas contraceptivas não serão realizadas a contento por não atender as necessidades que se modificam durante a trajetória de vida (BRANDAO; CABRAL, 2017).

3.12 SITUAÇÕES INDEFERIDAS AO ABORTO LEGAL

O discurso é de que foi vítima de abuso ... provavelmente já conhecem como funciona a lei, às vezes já vieram de tentativas anteriores, de tentativas de abortos clandestinos ... as que tem vindo e solicitado indevidamente são muitos pontuais ... situação de mulher que teve uma relação extraconjugal

... gravidez não foi planejada ... não querer o filho... o pai não vai assumir ... na sociedade se ele tem outra família, não vai assumir ela, ela não vai assumir sozinha ... não é questão financeira ... a pessoa não se planejou, e forjou a existência de uma violência para poder fazer o aborto ... está arrependida, está tentando corrigir de uma outra forma e procura esse abortamento legal para tentar corrigir um erro que ela cometeu ... mas são esporádicos. Às vezes elas acham que procurando aqui, é só chegar aqui e contar uma história e pronto ... mas não é bem assim, existe toda uma investigação em cima.

A situação retratada pelos profissionais de saúde entrevistados evidencia o que é encontrado na literatura científica sobre os motivos para a procura pelo aborto: gestação indesejada, estado marital e falta de apoio do companheiro, tornando –se expostas ao risco em realizar o aborto inseguro, quando não são eleitas para o aborto legal (AZMAT *et al.*, 2012; BOTELHO; ARAÚJO; SOUZA, 2010; LEAL, 2012; MILANEZ *et al.*, 2016; WOKOMA *et al.*, 2014).

3.13 SERVIÇOS DE APOIO NAS GESTAÇÕES INDESEJADAS

Quando há essa negação desse atendimento (aborto legal) a ela, a gente precisa estar comunicando a rede para poder acompanhar essa mulher ... pra que depois isso também não seja feito clandestinamente, a gente tem que se cercar de cuidados ... ela tem direito a ter o bebê, inserir na família com auxílio de psicólogos, profissionais no pré-natal de alto risco ... também orientamos que ela pode ter o bebê e disponibilizar para doação, outras já deixaram para doação, e nós acompanhamos aqui e pedimos para acompanhar pelo CRAS, pelo serviço de psicologia, por bastante tempo ... existe um projeto que se chama “Dar a luz”, é onde a paciente mantém a gestação ... ela fica a gestação acompanhada, quando nasce a criança, a criança vai pro abrigo, isso tudo judicialmente..

As redes de apoio que acompanham as mulheres que mantêm a gestação oferecem assistência multiprofissional que proporciona, além da assistência pré-natal, apoio emocional para que a mulher decida entre permanecer com o bebê ou dispor para adoção.

A literatura identificou que a assistência no abortamento se estende além do processo de trabalho e envolve os âmbitos econômico, social e político no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (ADESSE *et al.*, 2016; AIKEN; SCOTT, 2016; ARNOTT *et al.*, 2017; FAUNDES; SHAH, 2015).

Há necessidade de fortalecer as redes de atenção à saúde, ampliando o conhecimento dos profissionais e da sociedade a estabelecer estratégias que diminua o desgaste emocional da equipe que realizam esta assistência.

4 CONCLUSÃO

As representações sociais de profissionais que atuam na equipe do aborto legal são marcadas por sentimentos ambíguos que vão desde a compaixão por mulheres que decidiram interromper a gestação, especialmente na situação das vítimas de estupro, até o desconforto por estarem praticando ato contrário às crenças religiosas e os costumes familiares.

Além disso, os profissionais identificam a existência de necessidades insatisfeitas de planejamento familiar que envolve relações de gênero em que não há participação do parceiro, medicalização do corpo feminino ocasionando a falta de autonomia da mulher no controle reprodutivo, conhecimento insuficiente para a escolha contraceptiva e o acesso limitado aos serviços de saúde.

Contudo, todos os participantes reconheceram o direito de as mulheres abortarem, partindo da alteridade e do compadecimento. Assim, a discussão em torno da assistência à mulher que deseja abortar ainda é um desafio, afinal, é preciso a adoção de medidas que possam evitar a gravidez indesejada e a não planejada, bem como a proteção da mulher contra os que praticam violência sexual. Para tanto, são imprescindíveis a educação sexual desde a idade jovem, o acesso aos métodos de planejamento familiar e o enfrentamento da violência sexual.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L.; JANNOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; FONSECA, V. M. Aborto e estigma: uma análise da literatura científica sobre o tema. **Ciência Saúde Coletiva**: v.21, n.12, p.3819-3832, 2016.
- AIKEN A. R. A.; SCOTT J. Family Planning Policy in the United States: The Converging Politics of Abortion and Contraception. **Contraception**: v. 93, n. 5, p. 412-420, 2016.
- ALKEMA, L; CHOU, D.; HOGAN, D.; ZHANG, S.; MOLLER, A. B.; GEMMILL, A. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **The Lancet**, v. 387, n.10017, p. 462-74, 2016.
- ARNOTT, G.; SHEEHY, G.; CHINTHANKANAN O.; FOSTER, A. M. Exploring Legal Restrictions, Regulatory Reform, and Geographic Disparities in Abortion Access in Thailand. **Health and Human Rights**: v. 19, n. 1, p. 187–196, 2017.
- AZMAT, S. K.; SHAIKH, B. T.; MUSTAFA, G.; HAMEED, W.; BILGRAMI, M. Delivering post-abortion care through a community-based reproductive health volunteer programme in Pakistan. **Journal of Biosocial Science**: v. 44, issue 6, p. 719 – 731, nov. 2012.
- BOTELHO, N. M.; ARAÚJO, S. G.; SOUZA, D. C. Aspectos clínico-epidemiológicos das mulheres pós-abortamento em hospital de referência. **Revista Paraense Medicina**: v. 24, n. 1, 2010.
- BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Caderno de Saúde Pública**: v. 33, n. 2, 2017.
- BRASIL. Decreto - Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. *Diário Oficial da União (Brasília); 1940: 2301p.*
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Ministério da Saúde (Brasília); 2005.
- _____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Ministério da Saúde (Brasília); 2011a.
- BRASIL. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica (caderno n. 4). Ministério da Saúde (Brasília); 2011b; 60p.
- BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n. 54/DF**; 2012a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres**

e adolescentes: norma técnica (caderno n. 6). Ministério da Saúde (Brasília), 2012c; 3. ed. atual. e ampl., 124 p.; 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Ministério da Saúde (Brasília); 2013.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M.O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade:** v. 18, n. 4, p.620-26, 2009.

FAUNDES, A.; SHAH, I. H. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics:** v. 131, s56-s59, 2015.

LEAL, O. F. “Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!”: revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva:** v. 17, n. 7, p. 1689-1697, 2012.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educus, 2005.

MILANEZ, N.; OLIVEIRA, A. E.; BARROSO, A. D. V.; MARTINELLI, K. G. *et al.* Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sexualidad, Salud y Sociedad:** n. 22, p. 129-146, 2016.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais:** investigações em psicologia social. Vozes (Petrópolis); 2003.

PEDROSO, D.; JULIANO, Y.; DE SOUZA, P. C.; DREZETT, J. Gravidez decorrente de violência sexual: caracterização sociodemográfica das mulheres e desfechos do aborto em um serviço público de referência, São Paulo, Brasil. **Latin American Journal of Development, [S. l.],** v. 3, n. 3, p. 1455–1471, 2021.

SAY, L.; CHOU, D.; GEMMILL, A.; TUNÇALP, Ö.; MOLLER, A. B.; DANIELS, J. *et al.* Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet:* v. 2, n. 6, p. e323 – e333, 2014.

WOKOMA, T. T.; JAMPALA, M.; BEXHELL, H.; GUTHRIE, K. A.; LINDOW, S. W. Reasons provided for requesting a termination of pregnancy in the UK. **Journal Family Planning and Reproductive Health Care:** v. 41, n. 3, p. 186 - 192, june 2014.