

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA DIFERENÇA ENTRE AUTONOMIA CORPORAL E GRAVIDEZ

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT THE DIFERENCE BETWEEN BODY AUTONOMY AND PREGNANCY

Francidalma Soares Sousa Carvalho Filha¹, Livia Maria Mello Viana², Iel Marciano de Moraes Filho³, Janderson Castro dos Santos⁴, Jaiane de Melo Vilanova⁵.

Como citar:

Carvalho-Filha FSS, Viana LMM, Moraes-Filho IMM, Santos JC, Vilanova JM. Percepção dos profissionais de saúde acerca da diferença entre autonomia corporal e gravidez. Rev. Cient. Sena Aires. 2018; 7(1): 38-47.

RESUMO

O estudo objetivou discutir as concepções de profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, atuantes em uma maternidade pública, acerca da autodeterminação corporal da mulher a partir das Políticas Públicas vigentes. Trata-se de uma pesquisa exploratória, avaliativa com abordagem quantitativa. O cenário desta investigação foi o Município de Caxias-MA, sendo utilizado como campo de pesquisa a Maternidade Carmosina Coutinho. A população do estudo foi composta por 73 profissionais de saúde, atuantes na referida instituição. A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário. A maioria dos profissionais discorda que a mulher tenha direito à autodeterminação corporal em todas as circunstâncias. A correlação entre o questionamento de que a mulher deve fazer o quiser com seu corpo, inclusive abortar, com o sexo, demonstrou que 54,1% das mulheres responderam concordar em parte e 58,3% dos homens discordam. Na variável religião, houve uma igualdade de opiniões (50%) entre concordar e discordar com a afirmativa entre os profissionais que afirmavam ser católicos. Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser garantidos às mulheres em todas as situações, porém nem sempre os serviços e profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, contribuem para que esses direitos sejam plenamente exercidos, reforçando a necessidade de capacitação profissional e melhoria na efetivação de Políticas Públicas de saúde.

Descritores: Autonomia; Gestação; Direitos Reprodutivos.

ABSTRACT

We aimed to discuss the conceptions of health professionals, especially nursing professionals working in a public maternity, about the female body self - determination based on the current Public Policies, in the scope of Sexual and Reproductive Rights and the precepts of the Right to life. This is an exploratory, evaluative research with a quantitative approach. The scenario of this investigation was the Municipality of Caxias-MA, being used as a field of research the Maternity Carmosina Coutinho. The study population consisted of 73 health professionals working at the institution. Data collection took place through the application of a questionnaire. Most professionals disagree that women have the right to self-determination in all circumstances. The correlation between the questioning of what a woman should do with her body, including abortion, with sex, showed that 54.1% of women responded partially and 58.3% of men disagree. In the religion variable, there was an equality of opinions (50%) between agreeing and disagreeing with the affirmative among professionals who claimed to be Catholics. Sexual and reproductive rights should be guaranteed to women in all situations, but not always health services and professionals, especially nurses, contribute to the full exercise of these rights, reinforcing the need for professional training and improvement in the implementation of Public Policies of health.

Descriptors: Autonomy; Gestation; Reproductive Rights.

REVISA

¹ Enfermeira. Doutora em Saúde. Universidade Estadual do Maranhão. São Luís, MA, Brasil. francidalmafilha@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Secretaria Municipal de Saúde. Teresina, PI, Brasil. liviamariamelloviana@hotmail.com

³ Enfermeiro. Mestre em Ciências Ambientais e Saúde. Universidade Paulista. Goiânia, GO, Brasil. ielfilho@yahoo.com.br

⁴ Cirurgião Dentista. Doutor em Saúde. Universidade do Amazonas (UNAMA). Manaus, AM, Brasil. jandersoncastro252@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Especialista. Universidade Estadual do Maranhão jai_vilanova@hotmail.com

Recebido em: 12/10/17
Aceito em: 14/12/17

INTRODUÇÃO

A autonomia corporal é compreendida como a capacidade de autodeterminação ou autonomia da pessoa em relação ao próprio corpo, compõe a esfera de atuação concreta da liberdade, que se exprime, originariamente, no âmbito de seu titular, não sendo parte necessária de uma relação entre sujeitos, mas sim do sujeito sobre si mesmo.¹

O direito à vida é um dos principais direitos defendidos, sendo que deste decorrem todos os outros.² A vida é constituída desde a concepção fetal, sendo a primeira garantia de todos os seres humanos, nesse sentido, nota que da inviolabilidade do direito à vida decorre outros direitos, tais como o direito à integridade física, à saúde, à dignidade da pessoa humana, dentre outros.³

A etimologia da palavra nascituro é originária do vocábulo latim nasciturus, cujo significado representa aquele que irá nascer, que foi gerado e não nasceu ainda, ou seja, o ser humano que ainda se encontra no útero de sua genitora⁴. O nascituro possui proteção legal no ordenamento jurídico brasileiro, em virtude da sua condição de indivíduo concebido e ainda não nascido, mas um ser humano em desenvolvimento.⁵

O aborto criminoso é definido como a interrupção, vedada por lei, da vida intrauterina normal, em qualquer de suas fases evolutivas, haja ou não expulsão do produto da concepção do ventre materno. A lei penal criminaliza o aborto fora das exceções previstas, porque nos demais casos, deve ser protegida a vida do nascituro e afastada a autodeterminação corporal da mulher, uma vez que esta e seu parceiro não fizeram uso prévio do princípio do Planejamento Familiar e da paternidade responsável quando tiveram oportunidade. Portanto, da mesma forma que, nos casos das espécies de aborto legal, o direito à vida e à saúde da gestante é assegurado e afastados os direitos do nascituro, nos casos do aborto criminoso, a aplicação da ponderação deve resultar na proteção da vida do nascituro.⁶

A Lei nº 9.263, artigo 2º,⁷ define o Planejamento Familiar como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direitos de constituição, limitação ou aumento da prole, sendo iguais para mulheres e homens. No parágrafo único do artigo 3º são dispostas as atividades básicas previstas na Política: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; atenção ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e do câncer cérvico-uterino, mama, pênis e próstata.

O aborto no Brasil está permitido por lei em apenas duas situações, que são denominadas de aborto necessário quando realizado para salvar a vida da gestante e sentimental quando a gravidez é resultado de estupro, nas demais situações é considerado crime contra a vida do nascituro.⁸ Destacando a possibilidade de interrupção da gravidez em caso de feto carecedor de encéfalo, visto que este não possui vida intrauterina e principalmente, não há expectativa de vida extrauterina e que a sua permanência no interior da sua genitora traz riscos à saúde física e psicológica.⁹

Logo é imprescindível a importância da assistência pré-natal de qualidade, apontando os enfermeiros, atuantes na Estratégia Saúde da Família, como os maiores protagonistas, junto à gestante, para garantir um nascimento saudável, por meio da qual devem ser realizadas ações efetivas e oportunas no sentido de evitar problemas inesperados, garantindo um parto e nascimento saudável, além de assegurar a saúde materna, fetal e do neonato.^{9,10}

Logo o dano à vida e à saúde, em sentido amplo, consiste no óbito ou na lesão da integridade física e/ou psíquica. Assim, qualquer delas que for atingida implicará na obrigação de repará-la. Será ainda possível pleitear

indenização pelo dano ao projeto de vida em casos de malformações, quando os genitores forem os causadores, impondo limites para realizar uma atividade, com um perfil diferenciado daquele que está dentro das suas condições, mas que é comum às pessoas desprovidas de malformação.¹¹

A passagem do século XIX para o século XX foi marcada por profundas mudanças que alteraram definitivamente as concepções sobre a pessoa. Este período também foi marcado pela luta do movimento feminista,^{1e} teve como um dos objetivos assegurar a liberdade das mulheres em tomar decisões de acordo com sua autonomia e não meramente por coação diante do controle social ou por qualquer outra causa que não fosse por sua própria vontade. Para os autores, as lutas que marcaram esse momento, antes decorrente das questões sociais, repercutiram na luta das mulheres pelos direitos sexuais e reprodutivos.¹² Nessa lógica, os direitos sexuais dizem respeito ao direito de viver e poder expressar livremente o exercício da sexualidade, sem nenhum tipo de discriminação, possuindo o direito de escolher seu parceiro, se quer ou não relação sexual, dentre outros. E os direitos reprodutivos consistem no direito que as pessoas têm de decidir livremente se querem ou não ter filhos, quando e quantos querem, tendo também o direito à informação quanto aos meios e técnicas para evitarem ou não filhos.¹³

Os direitos sexuais e reprodutivos inserem-se na compreensão moderna da autonomia individual e das liberdades privadas, que, por sua vez, exigem obrigações sociais. Estas envolvem o âmbito público, uma vez que é o Estado que deve garantir as condições adequadas capazes de assegurar que os direitos sejam exercidos de maneira segura por todos os cidadãos. Isso significa que a decisão de ter ou não filhos é da esfera privada de uma mulher ou de um casal, mas que cabe ao Estado garantir as condições necessárias para que essa decisão seja exercida de maneira adequada.¹⁴ Assim, visando assegurar as circunstâncias ideais para a formação da prole, bem como para proteger a liberdade e autonomia da mulher/casal, o estado disponibiliza ações em diversos âmbitos, para fortalecer as escolhas, a partir das Políticas Públicas, que tratam do conteúdo concreto e simbólico de decisões políticas, do seu processo de construção e da atuação dessas decisões, sendo utilizadas como uma tentativa de diminuir as desigualdades e injustiças sociais e podendo ser compreendidas como um conjunto de ações realizadas pelo Estado e seus agentes, com a participação ou não da sociedade, visando garantir os direitos sociais previstos em lei.¹⁵

O objetivo deste artigo foi discutir as concepções de profissionais de saúde, sobretudo de enfermagem, atuantes em uma maternidade pública, acerca da autodeterminação corporal da mulher a partir das Políticas Públicas vigentes, no âmbito dos Direitos Sexuais e Reprodutivos e os preceitos do Direito à vida.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, avaliativa, com abordagem quantitativa. O cenário desta investigação fora o Município de Caxias-MA, sendo utilizado como campo de pesquisa a Maternidade Carmosina Coutinho (MCC). A população do estudo foi composta por profissionais de saúde, atuantes na referida instituição, que mais diretamente prestam assistência às mulheres atendidas. Assim, foram convidados a compor o estudo 139 participantes, os quais: 21 médicos, 5 assistentes sociais, 29 enfermeiros, 41 técnicos de enfermagem, 36 auxiliares de enfermagem, 1 nutricionista, 5 fisioterapeutas e 1 psicólogo. Entretanto, aceitaram compor a pesquisa 73 participantes, que é considerado um número representativo, uma vez que corresponde a mais de 50% do número de trabalhadores e também porque existem participantes de todas as categorias profissionais supracitadas.

Os critérios de inclusão foram: ser profissional de saúde atuante na MCC, prestar assistência direta à mulher gestante ou puérpera, em qualquer situação clínica e aceitar de livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os profissionais que não compunham a equipe da Maternidade e/ou que não aceitaram participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu mediante a aplicação de um questionário, contendo perguntas fechadas acerca de dados sociodemográficos e também sobre as percepções dos participantes acerca da autodeterminação corporal das mulheres, abortamento e outras neste sentido. Os dados coletados compuseram um banco de dados, a partir da digitação de informações no software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, posteriormente, foram consolidados por meio das técnicas de estatísticas descritivas (frequências absoluta e relativa) e utilizando-se do teste estatístico Qui-quadrado de Pearson (p). Procedeu-se a discussão dos achados com base na literatura produzida sobre o tema.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, e, em seguida, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 57230116.9.0000.8007 e parecer 1.623.559. Os pesquisadores comprometeram-se com as normas preconizadas pela Resolução do CNS 466/12 e suas complementares assegurando que nenhum participante foi submetido aos instrumentos de coleta de dados sem receber as devidas orientações e sem assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, estabeleceu-se uma correlação estatística entre os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa com as suas concepções acerca da autonomia corporal da mulher.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de profissionais de saúde atuantes na Maternidade Carmosina Coutinho *versus* as concepções sobre a autodeterminação corporal da mulher. Caxias, 2017.

	A mulher deve ter direito a fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar				Total		P
	Concorda em parte		Discorda		N	%	
	n	%	n	%			
Sexo							0,431
Feminino	33	54,1	28	45,9	61	83,6	
Masculino	5	41,7	7	58,3	12	16,4	
Faixa etária							0,855
22-34 anos	16	53,3	14	46,7	30	41,1	
35 ou +	22	51,2	21	48,8	43	58,9	
Estado civil							0,590
Solteiro (a)	23	54,8	19	45,2	42	57,5	
Casado (a)	15	48,4	16	51,6	31	42,5	
Religião							0,490
Católica	29	50,0	29	50,0	58	79,5	
Não católica	9	60,0	6	40,0	15	20,5	
Categoria Profissional							0,104
Medicina	4	44,4	5	55,6	9	12,3	
Enfermagem	9	40,9	13	59,1	22	30,1	
Técnico de Enfermagem	13	48,1	14	51,9	27	37,0	
Outras categorias	12	80,0	3	20,0	15	20,6	
Tempo de formação							0,085
< 10 anos	27	60,0	18	40,0	45	61,6	
> 10 anos	11	39,3	17	60,7	28	38,4	

*Teste qui-quadrado

Em relação a esta tabela, verificou-se que nenhuma variável apresentou significância estatística com o teste do Qui-quadrado, a qual ocorreria se o valor do teste fosse $< 0,05$. No que tange à correlação entre o questionamento de que a mulher deve fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar, com a variável sexo, percebeu-se que 33 (54,1%) mulheres responderam concordar em parte; quanto aos homens, a maioria (7 – 58,3%) discorda. Portanto, nota-se que as mulheres aceitam mais o fato de outras mulheres realizarem abortamentos do que os homens, isto provavelmente se deva ao fato de desenvolverem a chamada empatia. Além disso, a presença de mulheres no serviço de saúde talvez seja justificada pela maioria de profissionais de enfermagem na Maternidade e, conseqüentemente, na pesquisa.

Investigação implementada por Malheiros¹⁶, em maternidade de Niterói-RJ, na qual foram entrevistados 16 profissionais, enfermeiros e médicos, demonstrou que os profissionais apresentaram perfil predominantemente feminino e na faixa etária entre 26 e 55 anos. Logo, percebe-se que a presença feminina é marcante nos serviços de saúde, sobretudo, quando se trata de maternidade. Outrossim, a predominância de mulheres em organizações de enfermagem é justificada pelo aspecto sócio histórico imerso nessa categoria profissional, reportando-se ao surgimento da Enfermagem como um serviço organizado por instituições de ordens sacras; coexistindo com o cuidado doméstico às crianças, aos doentes, e aos velhos, associado à figura da mulher-mãe que desde sempre foi curandeira, e detentora de um saber informal das situações de saúde, transmitido de mulher para mulher, sobretudo em situações que envolvem o período gestacional, parto e puerpério.¹⁷

Em se tratando da atuação da enfermagem em ambiente hospitalar, conforme este exercício é caracterizado por longas jornadas de trabalho e estresse, gerando uma sobrecarga física e mental. Há também a existência da dupla jornada de trabalho, em especial no caso das mulheres, por agregarem a função de cônjuges e mães, exercendo múltiplos papéis e exigências de caráter social.¹⁸ Quanto à variável faixa etária, constatou-se que tanto entre os profissionais mais jovens (22 – 34 anos) quanto aqueles acima de 35 anos, a maioria (38 – 52,1%) concorda em parte que a mulher tem direito à autodeterminação corporal, inclusive de praticar o abortamento, embora não seja uma diferença muito substancial.

No que concerne ao estado civil, 23 (54,8%) solteiros concordaram em parte e 16 (51,6%) casados discordaram; demonstrando que profissionais de saúde na condição de solteiro aceitam mais facilmente a liberdade de determinação corporal da mulher do que aqueles comprometidos. No que se refere à variável religião, identificou-se uma igualdade de opiniões (50%) entre os profissionais que afirmavam ser católicos, ou seja, metade concorda em parte com a afirmativa supracitada e outra metade discorda. Entre aqueles que professam outras religiões, a maioria (9 – 60%) concorda que a mulher deve ter a autodeterminação corporal preservada em todas as situações.

Em relação à categoria profissional, 5 (55,6%) médicos, 13 (59,1%) enfermeiros e 14 (51,9%) técnicos de enfermagem não concordam que a mulher deva ter liberdade quanto à autodeterminação do seu corpo, já entre trabalhadores pertencentes a outras categorias profissionais, 12 (80%) concordaram em parte. Quanto ao tempo de atuação profissional, os participantes que trabalham há menos tempo (27 – 60%) concordam que a mulher tem direito, inclusive de abortar; mas entre aqueles com mais de 10 anos trabalhando, a maioria (17 – 60,7%) discorda.

Pesquisa desenvolvida por Silva e Araújo (2011), assim, como ocorreu nos resultados deste estudo, evidenciou que a maioria dos profissionais

entrevistados não concorda que a mulher tenha o direito de fazer o que quiser com seu corpo e que possa tomar decisão quanto ao rumo que dará a sua gestação. Investigação desenvolvida por Wiese e Saldanha ¹⁹ verificou que os trabalhadores afirmaram que a mulher deve assumir a responsabilidade frente a uma gestação não planejada, uma vez que a mesma possui uma gama de métodos contraceptivos a sua disposição, por isso deve responsabilizar-se pelas consequências.

A autonomia corporal é um direito humano, isso significa que a pessoa tem liberdade sobre seu corpo. Em torno desse tema há um grande debate, pois quando a mulher está gestante sua autonomia fica relativizada, devido à existência de outro ser, no caso o nascituro, que também tem seus direitos assegurados pela constituição. Direito ao próprio corpo configura-se no direito privado de forma distinta, não podendo ser atingido por terceiros, sob pena de reparação dos danos sofridos, sendo protegido, inclusive, das investidas lesivas de seu titular.¹

Acrescenta-se que o fator idade dos profissionais pode influenciar na oferta dos serviços, positiva ou negativamente, consoante o aspecto analisado, pois apesar de a maturidade profissional ser, muitas vezes, representada pelo longo período de trabalho e, conseqüentemente, pela idade do trabalhador; em muitos casos, quanto maior o tempo exercendo as mesmas funções, maior será a acomodação e a falta de perspicácia para com a rotina e a assistência ofertada. Por esta razão, sugere-se que a gestão municipal e da maternidade invista em formação e qualificação profissional, explorando as novas tecnologias e busque implantar uma atenção baseada em evidências científicas, diminuindo o achismo, conservantismo e tradicionalismo da assistência. A tabela 2 apresenta os dados relativos às perguntas específicas acerca da temática referente à autodeterminação corporal da mulher.

Tabela 2 – Dados relativos às perguntas específicas em relação à Autodeterminação corporal da mulher. Caxias, 2017.

QUESTIONAMENTOS	N	%
Para você quando começa a vida?		
No momento da fecundação	66	90,4
A partir do 3º mês de gravidez	2	2,7
Somente no nascimento com vida	1	1,4
A partir da formação do SNC	2	2,7
Ignorado	2	2,7
Você é a favor do aborto?		
Sim	7	9,6
Não	53	72,6
Não tem uma opinião sobre o assunto	2	2,7
Prefere não responder	10	13,7
Ignorado	1	1,4
Você acredita que o aborto deveria ser legalizado em todas as situações?		
Sim, em todas as situações	2	2,7
Apenas nas circunstâncias por leis	52	71,2
Em nenhuma circunstância	18	24,7
Ignorado	1	1,4
Para você qual é o principal problema gerado com a prática do aborto?		
As precárias condições às quais as mulheres são submetidas na prática do aborto ilegal, levando-as à morte	28	38,4
As dificuldades do governo em fiscalizar clínicas clandestinas	9	12,3
O número de abortos que permanece altíssimo.	16	21,9
A falta de infraestrutura do Estado em colher às crianças	7	9,6

fruto de gravidez indesejada		
Outras razões	5	6,8
Ignorado	8	11,0
A mulher deve ter o direito de fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar?		
Concorda em parte	38	52,1
Não concorda	35	47,9

Em se tratando do questionamento sobre quando começa a vida, 66 (90,4%) participantes afirmaram que a mesma se inicia no momento da fecundação. Sobre essa temática, convém mencionar que os participantes da pesquisa realizada por Wiese e Saldanha¹⁹ foram favoráveis à descriminalização do aborto, apontando que o início da vida humana acontece em momentos diversificados, como a partir da concepção, nidação ou até mesmo com idade gestacional avançada. Franco e Oliveira²⁰ consideram que a opinião predominante é que a vida humana tem início com a fecundação, marcando o início do desenvolvimento do ser humano, que passa por diversas fases.

Quanto à indagação referente à prática do aborto, observou-se que 53 (72,6%) participantes não são favoráveis. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva e Araújo²¹, no qual a posição dos profissionais entrevistados foi contra o aborto, sendo favoráveis apenas nos casos previsto por lei. Um dos argumentos de quem é contra o aborto sustenta-se na afirmação de que o feto é um ser humano no momento da concepção e deve ter o seu direito à vida assegurado. Logo, quando a gestante se submete a um aborto, esse direito do feto é violado, todavia, devem ser consideradas algumas exceções como no caso de gestações decorrentes de estupro.²²

Em relação à variável que versa sobre a legalização das práticas abortivas, notou-se que 52 (71,2%) profissionais acreditam que o aborto deveria ser legalizado apenas em determinadas circunstâncias conforme a Lei. Corroborando isso, os resultados do estudo de apontaram que a maior parte dos entrevistados foi favorável a realização do aborto legal, sendo que 84% dos participantes concordaram com o aborto em situação de estupro; 86%, em caso de risco de vida; e 82%, em casos de malformação incompatível com a vida.^{19,29}

A quarta variável da tabela 2 evidencia que, para 28 (38,4%) profissionais, o principal problema do aborto no Brasil refere-se às precárias condições as quais as mulheres são submetidas na prática do aborto ilegal, levando-as à morte. No que diz respeito à última variável, que indaga se a mulher deve ter o direito de fazer o que quiser com seu corpo, inclusive abortar, apurou-se que 38 (52,1%) profissionais concordam em parte e 35 (47,9%) discorda.

Os profissionais não consideram que a mulher tenha direito ao seu corpo e que possam decidir quanto ao rumo que dará a sua gestação, aprovando essa questão apenas nos casos previstos por lei, caso contrário, a mulher tem que responder severamente por seus atos.²¹

O aborto é um fenômeno comum entre as mulheres, pois se percebeu que ao final de sua vida reprodutiva, mais de um quinto das mulheres no Brasil urbano fez aborto. Os dados mostraram também que os níveis de internação pós-aborto são elevados e o colocam como um problema de Saúde Pública, pois cerca de metade das mulheres recorreram ao sistema de saúde e foram internadas por complicações relacionadas ao abortamento, o que corresponde a 8% das entrevistadas.²³

Sobre esta temática, é preciso discutir sobre a importância do Planejamento Familiar, como o maior aliado à promoção da saúde sexual e reprodutiva que, por sua vez, são eficazes na prevenção do aborto. Assim, em 2007 foi lançada a Política Nacional de Planejamento Familiar²⁴, que tem

comoções prioritárias: venda nas farmácias populares de anticoncepcionais com preços acessíveis; inclusão da vasectomia na política nacional de cirurgias eletivas; divulgação de informações sobre os métodos contraceptivos; e, aprimoramento da qualidade e ampliação dos serviços públicos de saúde que realizam laqueadura. Dessarte, a Política tem entre seus objetivos, orientar à população sobre diferentes formas de planejar a fecundidade, evitando o abortamento inseguro e suas implicações.¹⁰

Pesquisa desenvolvida por Gesteira, Diniz e Oliveria ²⁵, que analisou o discurso de profissionais de enfermagem com relação à assistência prestada às mulheres em processo de abortamento provocado, perceberam que os profissionais compreendem o abortamento como crime e pecado. Constataram também que a assistência, é discriminatória, sendo negado o direito da mulher se expressar. Assim, para as autoras, a ausência de diálogo nos serviços de atendimento torna mais distante a possibilidade de assistência humanizada, fazendo da implantação da política de humanização da assistência às mulheres em processo de aborto provocado, um desafio.

Destaca-se que muitas vezes as concepções dos profissionais acerca do abortamento, bem como a maneira com que tratam as mulheres e prestam a assistência pode repercutir positiva ou negativamente no posicionamento das mulheres que passaram por esta situação, conforme expressam Boemer e Mariutti ²⁶, em um estudo com mulheres que provocaram o aborto, sendo que os resultados possibilitaram o desvelamento de facetas importantes, tais como tristeza, perda, dor fisiológica e existencial, solidão, uma hospitalização desconfortante, a culpa ou medo de ser culpada, a preocupação com o corpo e a intencionalidade de suas consciências começando a voltar-se para a importância dos métodos contraceptivos; resultando também no desejo de rever seus projetos de vida.

Os resultados de uma investigação realizada por Farias e Cavalcanti ²⁷, que trata da atuação de profissionais diante de situações de aborto legal, isto é, necessário ou sentimental, apontaram para o uso inadequado do direito à objeção de consciência por parte dos trabalhadores, a existência de diferentes dificuldades dos sujeitos na construção de uma postura capaz de garantir o acesso ao aborto previsto em lei, e a interferência dos princípios éticos e dos valores religiosos como um elemento importante na postura profissional que desestimula a prática do aborto legal. Por isso, recomendaram medidas voltadas para a formação continuada dos profissionais e monitoramento das ações preconizadas pelas normas técnicas.

Desta maneira, os trabalhadores de saúde precisam prestar uma assistência segura, livre de complicações, aproveitando para conversar com a mulher sobre as situações que levaram ao abortamento, bem como orientando sobre métodos contraceptivos, ou o incentivo oportuno a outras gestações, quando for o caso; além de falar sobre o direito à vida e ao nascimento saudável, com o intuito de, empoderar a mulher a escolher se e quando quer gestar, e, em caso positivo, saiba proteger a integridade do conceito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os direitos sexuais e reprodutivos devem ser garantidos às mulheres em todas as situações, porém nem sempre os serviços e profissionais de saúde contribuem para que esses direitos sejam plenamente exercidos, reforçando a necessidade de capacitação profissional e melhoria na efetivação de Políticas Públicas, assegurando que a população feminina exerça sua sexualidade e reprodução livremente sem preconceito e opressão, mas com responsabilidade.

Outrossim, cabe lembrar que a gravidez precisa ser entendida como uma decisão do casal, que uma vez ciente das responsabilidades do ato de gerar, gestar e educar um filho, oportuniza-se a vivenciar tal processo. Neste sentido, a educação integral em sexualidade e a disponibilidade do

Planejamento Familiar a todas as pessoas em idade fértil, sobretudo por parte de enfermeiros, que são os profissionais que mais próximos permanecem da população, ainda se constitui uma ação difícil de ser efetivada, o que contribui para a banalização da vida, tanto da mulher quanto do nascituro.^{10,28,29}

É essencial lembrar as atribuições do Estado em proporcionar as condições necessárias ao nascimento saudável, envolvendo as diversas áreas do conhecimento, como Enfermagem, Medicina, Psicologia, dentre outras, instigando a adoção do pensamento crítico diante das estatísticas apresentadas neste e em outros estudos, com o objetivo de criar conjunturas para minimizar os problemas oriundos do descaso para com a Saúde da mulher e do conceito, uma vez que a liberdade e garantia de acesso aos Direitos Sexuais e Reprodutivos devem ser assegurados, mas isso não pode ser incompatível com a vida do nascituro, que por sua vez, não deve ser considerada menos importante, só porque ele ainda não nasceu, oferecendo-se todas as oportunidades possíveis à efetivação do princípio da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

1. Moraes MCB, Castro TDV. A autonomia existencial nos atos de disposição do próprio corpo. *Pensar*. 2014; 19(3): 779-818.
2. Chavenco AA, Oliveira JS. Da tutela dos direitos do nascituro e a controvertida questão do início de sua personalidade. *Rev Jurídica Cesumar*. 2012; 12(2): 657-77.
3. Maziero T. Da (in)constitucionalidade do inciso II do artigo 128 do código penal. Monografia [Graduação em Direito] - Universidade de Passo Fundo Faculdade de Direito; 2013.
4. Eikhoff A, Cagliari CTS. Sobre a proteção da vida antes do nascimento: da personalidade jurídica e dos direitos do nascituro. In: Núcleo de Pesquisa e Extensão do Curso de Direito – Nupedir, VII Mostra de Iniciação Científica (MIC); 2014. Disponível em: <<http://faifaculdades.edu.br/eventos/mostravet/viimicdir/arquivos/artigos/ART50.pdf>>. Acesso em: 10 de abril 2017.
5. Piccinini FK, Chemin BF. Direitos civis do nascituro. *Rev Destaques Acadêmicos*. 2014; 6(2).
6. Diniz MHO. Estado Atual do Biodireito. 5 de. Rev. aum. e atual. São Paulo: Saraiva; 2008.
7. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [Lei nº 9.263, 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; 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9263.htm >. Acesso em: 12 de maio de 2016.
8. Lando GA, Carvalho FFSS. Os limites da autodeterminação da gestante em face dos direitos do nascituro. *Rev do Direito Unisc*. 2014; 43: 25-39.
9. Santos WCLB, Matão MEL. Assistência de enfermagem obstétrica na prevenção da mortalidade materna. *Ensaios Cienc., Cienc Biol Agrar Saúde*. 2014; 18(2): 99-103.
10. Mesquita AL, Souza VAB, Moraes-Filho IM, Santos TN, Santos OP. Atribuições de enfermeiros na orientação de lactantes acerca do aleitamento materno. *Rev Cient Sena Aires*. 2016; 5(2): 158-70.
11. Lando GA. Responsabilidade Civil da gestante por condutas prejudiciais à saúde do nascituro. Tese [Doutorado] - Faculdade Autônoma de Direito de São Paulo (FADISP); 2014.
12. Alecrim GM, Silva EP, Araújo JM. Autonomia da mulher sobre o seu corpo e a intervenção estatal. *Rev Gênero e Direito*. 2014; 3(2): 158-176.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Ministério da Saúde; 2013.
14. Bencke RM, Borges NMP, Lemos VN. Religião, laicidade e autodeterminação sexual e reprodutiva: uma tensão no processo de secularização do Brasil. *Rev de Estudos de Religião*. 2013; 4(2): 164-187.
15. Secchi L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning; 2014.

16. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(2): 329-337.
17. Lopes M, Leal S. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, Campinas-SP. 2005; 24: 105-115.
18. Silva B. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis-SC. 2006; 15(3): 442-48.
19. Wiese IRB, Saldanha AAW. Aborto induzido na interface da saúde e do direito. *Saúde Soc*. 2014; 23(2): 536-47.
20. Franco FL, Oliveira JS. O nascituro e o início da vida. *Rev Jurídica Cesumar*. 2007; 7(1): 241-249.
21. Silva JPL, Araújo MZ. Olhar reflexivo sobre o aborto na visão da enfermagem a partir de uma leitura de gênero. *Rev Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 14(4): 19-24.
22. Cúnico SD, Faraj SP, Quintana AM, Beck CLC. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. *Psicol da Saúde*. 2014; 22(1):41-47. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v22n1p41-47>.
23. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(1): 959-66.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Direitos Reprodutivos e Sexuais. Política Nacional de Planejamento Familiar; 2007. Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar> >. Acesso em 01 de maio de 2016.
25. Gesteira SMA, Diniz NMF, Oliveira EM. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3): 449-53.
26. Boemer MR, Mariutti MG. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm*. 2003; 37(2): 59-71.
27. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Ciência saúde coletiva*. 2012; 17(7): 1755-63.
28. Félis K, Almeida R. Perspectiva de casais em relação à infertilidade e reprodução assistida: uma revisão sistemática. *Reprodução & Climatério*. 2016; 93: 1-7.
29. Loureiro DC, Vieira EM. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto. Brasil, sobre aspectos éticos e legais. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3): 679-88.