



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Nadine Müller Lencina

**FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA A MULHERES COM
INDICAÇÃO DE INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO: UMA ABORDAGEM
ÉTICA**

Florianópolis

2021

Nadine Müller Lencina

**FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA A MULHERES COM
INDICAÇÃO DE INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO: UMA ABORDAGEM
ÉTICA**

Trabalho de conclusão de curso, referente à disciplina: INT5182 - Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do Grau de Enfermeiro.

Orientadora: Prof.^a Dra. Dulcinéia Ghizoni
Schneider

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Lencina, Nadine Müller

Fatores que interferem na assistência a mulheres com
indicação de interrupção legal da gestação: uma abordagem
ética / Nadine Müller Lencina ; orientadora, Dulcinéia
Ghizoni Schneider, 2021.

56 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. aborto. 3. profissionais de saúde. 4.
ética. 5. revisão integrativa. I. Schneider, Dulcinéia
Ghizoni. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Graduação em Enfermagem. III. Título.

Nadine Müller Lencina

**FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA A MULHERES COM
INDICAÇÃO DE INTERRUÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO: UMA
ABORDAGEM ÉTICA**

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado como requisito parcial para obtenção do Título de “Enfermeira” e aprovado e sua forma final pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 03 de maio de 2021



Documento assinado digitalmente
Felipa Rafaela Amadigi
Data: 14/05/2021 12:00:52-0300
CPF: 030.665.189-06
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

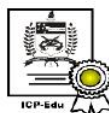
Prof. Dra. Felipa Rafaela Amadigi
Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem

Banca Examinadora:



Documento assinado digitalmente
Dulcinéia Ghizoni Schneider
Data: 03/05/2021 19:12:33-0300
CPF: 521.166.549-04
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.ª Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider
Orientadora e Presidente



Documento assinado digitalmente
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Data: 03/05/2021 18:32:32-0300
CPF: 027.905.499-82
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Prof.ª Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer
Membro Efetivo



Documento assinado digitalmente
Zannis Benevides de Andrade
Data: 03/05/2021 20:19:57-0300
CPF: 013.656.485-24
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Enf. Me. Zannis Benevides de Andrade
Membro Efetivo

Dedicatória

*Às mulheres do passado que lutaram para que eu
pudesse ter o direito de estudar e trabalhar;*

*Às mulheres do presente que lutam para que
possamos conquistar ainda mais direitos;*

*E às mulheres do futuro que terei o prazer de
ensinar a lutar por uma sociedade mais justa e
igualitária.*

AGRADECIMENTOS

O ano de 2020 até o presente momento está sendo um desafio diário, acredito que não só para mim, mas para as mais de 300 mil famílias que perderam alguém nesta pandemia. Por isso, quero agradecer a todas as pessoas que me ancoraram neste período difícil e em outros da minha jornada.

À minha mãe, Claudete, que nunca duvidou sequer por um momento da minha capacidade de entrar em uma universidade federal, me apoiou em todos os momentos durante esses 6 anos e me lembrou que sou capaz nos momentos em que eu duvidava.

Ao meu irmão, meu anjo da guarda, William, se não fosse por você acredito que não estaria aqui hoje escrevendo essas singelas palavras. Nunca esquecerei dos sacrifícios que você fez para que eu pudesse estar nesse curso, me levando e buscando todos os dias no curso pré-vestibular e acreditando no meu potencial.

Ao meu pai, Roberto, que me incentivou a ser sempre melhor, escutou com toda a atenção as minhas vivências durante o curso e vibrou comigo a cada nova conquista.

Ao meu amor, Jader, ao qual nossos caminhos se entrelaçaram durante essa jornada. Me faltam palavras para descrever e agradecer tudo que você fez -e faz- por mim. Por todas as mensagens motivacionais, o carinho, a parceria, a calma e paciência durante as fases complicadas, meu muito obrigado.

A duas amigas especiais, Sabrina e Roberta, que me acolheram, dividiram comigo o peso de fases difíceis, me apoiaram e me puxaram a orelha quando era preciso. Sei que posso contar com vocês para tudo.

Aos demais amigos que fiz durante a graduação, principalmente aos que estiveram comigo a frente do CALENF, ao qual carinhosamente chamo de segunda família. Destaco especialmente pessoas como Gabriela Falconi, Gustavo Teixeira, Nathalia Lucca, Lucas Andreolli, Ana Beatriz, Helena Mohr, Thais Boeck, Ruan Steinbach e Sara Vírissimo, obrigado por todas as risadas, vocês tornaram tudo mais leve.

À minha orientadora, Prof.^a Dulcinéia, que me deu asas para voar. Não poderia ter uma orientadora melhor, obrigado por me mostrar o caminho, permitindo que as ideias florescessem, bem como à minha banca examinadora, Prof.^a Laura Brehmer, Prof.^a Ariane Roque e Enf.^a Zannis Andrade.

Aos demais docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC por todos os ensinamentos, em especial ao Prof.^o Jeferson Rodrigues, Prof.^a Daniele Lazzari, Prof.^a Ana Izabel Jatobá, Prof.^a Sheila Lindner e Prof.^a Patrícia Klock. Acredito que durante a graduação

escolhemos profissionais que admiramos para nos espelhar e vocês com certeza são uma inspiração para mim.

À equipe de enfermagem do Alojamento Conjunto que me receberam, me trataram tão bem e me ensinaram durante a minha estada. Em especial, a Gabriela Pedroso, que além de ter me ensinado a arte do pedido de materiais, me ensinou para a vida. A vocês, expresso aqui a minha saudade.

Um último agradecimento à Universidade Federal de Santa Catarina que me propiciou os melhores 6 anos da minha vida. com você não só aprendi sobre técnicas e teorias, mas a defender e lutar por uma universidade autônoma, inclusiva, pública, gratuita e de qualidade.

RESUMO

Introdução: as complicações do aborto inseguro configuram entre 4,7% e 13,2% de todas as mortes maternas. É inegável que o tema é rodeado de polêmicas, tabus e ideologias, entretanto, algo que deve perpassar tais discussões é o dever ético dos profissionais de saúde para com as mulheres que tem indicação de interrupção legal da gestação. Este estudo contribui desvendando quais os elementos éticos implicados na assistência à saúde das mulheres com indicação de interrupção legal da gestação. **Objetivos:** analisar na literatura a conduta dos profissionais de saúde e identificar os fatores que podem interferir no atendimento a mulheres com indicação de interrupção legal da gestação. **Método:** o estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, o qual foi realizado em nove bases de dados, durante o mês de outubro de 2019 a março de 2020, utilizando as seguintes palavras-chave: profissionais de saúde e aborto. **Resultados:** os estudos foram agrupados por semelhança de seus conteúdos em quatro categorias distintas: crenças e valores; objeção de consciência; estigma do aborto; e capacitação profissional insuficiente. Estas foram identificadas como os principais fatores que influenciam no atendimento da equipe de saúde. **Considerações finais:** os objetivos do estudo foram contemplados em sua totalidade. Embora possa se observar um avanço em algumas questões relacionadas à temática, concluímos que são diversos os fatores que interferem na assistência constituindo uma barreira importante para alcançar o direito do aborto previsto em lei.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. Aborto legal. Ética.

ABSTRACT

Introduction: complications of unsafe abortion comprise between 4.7% and 13.2% of all maternal deaths. It is undeniable that the topic is surrounded by controversies, taboos and ideologies, however, something that should permeate such discussions is the ethical duty of health professionals towards women who have an indication of legal interruption of pregnancy. This study contributes by unveiling the ethical elements involved in health care for women with an indication of legal interruption of pregnancy. Objectives: to analyze in the literature the conduct of health professionals and to identify the factors that may interfere in the care of women with indication of legal interruption of pregnancy. Method: the study consists of an integrative literature review, which was carried out in nine databases, from October 2019 to March 2020, using the following keywords: health professionals and abortion. Results: the studies were grouped by similar content in four different categories: beliefs and values; conscientious objection; abortion stigma; and insufficient professional training. These were identified as the main factors that influence the care provided by the health team. Final considerations: the objectives of the study were fully contemplated. Although progress can be observed in some issues related to the theme, we conclude that there are several factors that interfere with assistance, constituting an important barrier to achieve the right of abortion provided for by law.

Keywords: Health professionals. Legal abortion. Ethic.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Quantitativo de artigos por base de dados.....	26
Tabela 2: Descrição dos artigos incluídos na revisão conforme número sequencial, título e ano.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma dos resultados apresentados por meio do método PRISMA.....	23
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS: Biblioteca Virtual em Saúde

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

ILG: Interrupção legal da gestação

HMIB: Hospital Materno Infantil de Brasília

HU/UFSC: Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina

IG: Idade Gestacional

LILACS: Online Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE: National Library of Medicine

OC: Objeção de consciência

PIGL: Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei

PNAISM: Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS: Sistema Único de Saúde

SciElo: Scientific Eletronic Library

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	15
3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	16
4. MÉTODO.....	19
5. RESULTADOS.....	24
5.4 DISCUSSÃO	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS	51

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, o aborto é crime previsto na Lei 2.848/1940 do Código Penal, exceto em casos de gravidez resultante de estupro e risco de vida para a mãe (BRASIL, 1940) e, em 2012, um acórdão do Supremo Tribunal Federal (BRASIL–STF, 2012) proporcionou a inclusão da anencefalia fetal como indicação legal de interrupção da gravidez.

No Sistema Único de Saúde (SUS) existem os serviços de aborto legal, que são unidades hospitalares da rede pública de saúde que atendem e realizam o procedimento de interrupção gestacional nos casos em que a lei determina. Além do serviço de aborto legal, é oferecido também o serviço de atendimento a vítimas de violência sexual, que conta com a equipe de saúde multiprofissional, e podem ser atendidas mulheres, crianças, adolescentes, entre outras vítimas de estupro. Esses serviços são considerados de referência, pois possuem determinação institucional da unidade de saúde que o reconhece apto para o cumprimento das normas técnicas do Ministério da Saúde (ANIS, 2012).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Resolução COFEN 564/2017, firma que é dever do profissional de enfermagem, em seus Art. 41 e 45, prestar assistência de enfermagem sem discriminação de qualquer natureza e prestar assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Proíbe no Art. 69 de utilizar o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ou induzir ordens, opiniões, ideologias políticas ou qualquer tipo de conceito ou preconceito que atentem contra a dignidade da pessoa humana, bem como dificultar o exercício profissional; e no Art. 73 de provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, exceto nos casos permitidos pela legislação vigente. Em seu parágrafo único traz que nos casos permitidos pela legislação, o profissional deverá decidir de acordo com a sua consciência sobre sua participação, desde que seja garantida a continuidade da assistência (COFEN, 2017).

O presente estudo justifica-se pela vivência da autora em um estágio não obrigatório do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina no setor de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) durante os anos de 2018 a 2019. Este setor, além de atender as puérperas e recém-nascidos, também conta com seis leitos destinados à gestação de alto risco ou internação para realização do procedimento de curetagem a mulheres que sofreram aborto espontâneo ou realizarão interrupção legal da gestação, quando o setor de Ginecologia se encontra lotado.

Neste último caso, a autora presenciou diversos casos de negligência na assistência às mulheres que fariam o procedimento de interrupção legal da gestação, além de comentários

antiéticos e desrespeitosos vindos da equipe de enfermagem. A abordagem de alguns profissionais de enfermagem a estas pacientes tinha como base valores e crenças religiosas, transparecendo um agir com objeção de consciência.

Partindo deste ponto, a questão norteadora da pesquisa nos mostrará quais os elementos éticos implicados na assistência à saúde de mulheres com indicação de interrupção legal da gestação (ILG)? Este estudo contribui desvendando o modo de agir profissional diante da ILG por meio de uma revisão integrativa da literatura a partir da ótica da ética.

2. OBJETIVOS

Analisar na literatura a conduta dos profissionais de saúde ao lidar com mulheres com indicação de interrupção legal da gestação.

Identificar os fatores que podem interferir no atendimento a mulheres com indicação de interrupção legal da gestação.

3. SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

A sustentação teórica deste estudo pauta-se na perspectiva ética sobre o tema da interrupção legal da gestação. Para isto, neste capítulo serão considerados aspectos relacionados como legislação vigente sobre aborto; autonomia da mulher; ética, valores e moral; princípios da beneficência e não maleficência; objeção de consciência; e estigma relacionado ao abortamento.

Atualmente, o Código Penal Brasileiro (1940) pune o aborto autoprovocado ou com consentimento que outro lhe provoque, tipificado em seu artigo 124; o aborto praticado por terceiros sem o consentimento da gestante, no artigo 125; e o aborto praticado com o consentimento da gestante no artigo 126. Como visto anteriormente, apenas em três casos o aborto é permitido: risco de vida para a gestante, gravidez resultante de estupro ou em casos de anencefalia fetal.

Embora tenhamos diversos avanços no tocante aos direitos das mulheres, como direito ao voto, em 1932, e uso da pílula anticoncepcional, em meados de 1960, a autonomia sobre os corpos femininos, principalmente sobre os direitos sexuais e reprodutivos, atualmente ainda é cerceada pela sociedade patriarcal em que vivemos, a exemplo disso, está a legislação vigente para realização da interrupção gestacional e/ou esterilização. Essy; Justo (2019) afirmam que a estrutura social e coletiva ainda encontra fortes resquícios arcaicos baseados na moralidade acima da subjetividade do indivíduo e, inclusive, da própria dignidade humana.

As relações de poder, à luz de Foucault (2007), são marcadas pela disciplina que as tornam mais facilmente observáveis, pois é por meio da disciplina que estabelecem as relações: opressor-oprimido. Podemos fazer uma analogia ao profissional de saúde, detentor do conhecimento, em relação ao paciente, desprovido de entendimento sobre sua condição, como representado no modelo médico-hegemônico. A partir disso podemos estabelecer os hospitais como mecanismos para exercício da força e disciplina perante a sociedade, sendo os profissionais o instrumento para perpetuação dessa organização e, conseqüentemente, da deslegitimação da autonomia do paciente. Outra perspectiva interessante é sobre o controle dos corpos femininos em uma tentativa de disciplinar e apropriar-se de tal, por mais que este não seja citado diretamente por Foucault, a sexualidade deixa de ser um aspecto comum dos sujeitos para ser transformada em um dispositivo político de controle de natalidade e papéis socialmente construídos (DELAJUSTINE, 2019).

É inegável que o tema é rodeado de polêmicas, tabus e ideologias, entretanto, algo que deve perpassar tais discussões é o dever ético dos profissionais de saúde para com as mulheres,

ou homens transsexuais, que tem indicação de interrupção legal da gestação nos termos do Código Penal Brasileiro.

Para aprofundarmos o debate, precisamos entender também o conceito de ética, moral e valores. A moralidade compreende um princípio de caráter cultural da criação do indivíduo. As condutas do ser humano vão de acordo com normas morais, isto faz com que o que é certo para um não seja para o outro (SILVA et al., 2020).

Gracia (2010) afirma que o processo de valorização é uma necessidade biológica tão primária quanto perceber, imaginar ou pensar. Ninguém pode viver sem valorizar, pois os valores são mais básicos, ou elementares, mais do que regras, leis ou princípios de ação. Tudo isso vem à tona no processo de avaliação, que é, portanto, de natureza primária. Viver é um processo de avaliação contínua. Partindo desse pressuposto, refletimos sobre o valor empregado por diferentes grupos sociais a, por exemplo, um feto. O valor que eu atribuo a algo pode não ser o mesmo que o meu semelhante atribui, pois, o grau de importância é construído com inúmeras interferências sociais e culturais; e a união dessa valorização em comum é o que configura a moral.

Segundo Cortina (2005), a tarefa ética consiste em acolher o mundo moral em sua especificidade e reflexivamente dar uma razão para isso. Uma vez que moral e valores podem ser aspectos individuais do ser humano, a ética só existe na coletividade, pois é o que marca a fronteira da nossa convivência, tematizando a importância dos valores morais na vida humana. Embora com características e conceitos diferentes, tanto a ética quanto a moral transitam na esfera dos valores (ALVES, 2020).

Reflexo a isto, estão os princípios da beneficência e da não maleficência, pois referem-se a prática ética, que por sua vez tornam obrigatórias certas práticas profissionais. Campos; Oliveira (2017) afirmam que o princípio da não maleficência proíbe infligir dano propositalmente, estabelecendo que a ação dos profissionais de saúde sempre deva causar o menor prejuízo ou agravos à saúde do paciente. Em consonância, o princípio da beneficência diz respeito à benevolência para com o indivíduo a fim de minimizar os prejuízos, em todos os níveis da assistência à saúde.

No estudo pioneiro de Goffman (1982) sobre estigma, transcendendo a ideia de uma “marca” física e visível, duas perspectivas analíticas se destacam: nos estudos socioantropológicos refere-se ao processo inerente à interação social estabelecida pelo estigmatizado e por quem estigmatiza através de categorias como rotulação e status social. Embora Goffman (1982) tenha como foco a população com doenças incapacitantes e distúrbios mentais, o conceito de estigma como uma identidade deteriorada - devendo portanto

ser combatida e evitada, pois é tida como um mal dentro da sociedade - muito se assemelha a questão da interrupção da gestação, visto que há uma resistência social em se discutir e assistir esses casos por se tratar de uma condição desconfortável, cabendo apenas aplicar leis e medidas restritivas para que se combata esse “mal”. Em tempo, se pensarmos estigma como construção histórica perceberemos que é uma forma de controle social, no qual seleciona-se de acordo com os princípios da sociedade e o que se julga adequado na época (ADESSE et al., 2016).

Na Constituição Federal (1988), em seu Art. 5º consta que o direito à liberdade de consciência é inviolável a todos os indivíduos, ao mesmo tempo que afirma que ninguém poderá ser privado de seus direitos por motivo de crença religiosa, política ou filosófica. De acordo com Buzanello (2001) a objeção de consciência está pautada na incompatibilidade dos cumprimentos dos deveres, com as convicções morais ou religiosas. Dela decorre que cada ser humano tem o direito de conduzir a própria vida de acordo com suas convicções pessoais, desde que não fira o direito de terceiros. E é exatamente sobre isso que o tema de pesquisa está ancorado, quando a objeção se torna um dificultador, proposital ou não, no acesso e assistência à interrupção legal da gestação.

Importante relembrar que a objeção de consciência por mais que esteja prevista em diversos códigos profissionais, não é um direito absoluto quando há prejuízo à saúde de terceiros, ou seja, o atendimento não pode ser recusado se não existir outro profissional para substituí-lo nos casos em que houver risco de morte para a mulher ou se a omissão do atendimento causar danos a ela. Vale destacar que não se trata de culpabilizar profissionais de saúde por serem objetores, mas de problematizar que a objeção de consciência não seja uma barreira para efetivação do direito das mulheres à interrupção gestacional (MOREIRA; OLIVEIRA, 2020, p. 156).

4. MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura com as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os elementos éticos implicados na assistência à saúde de mulheres com indicação de interrupção legal da gestação?

A partir da questão, a pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Scopus, Web Of Science, PubMed/MedLine, SciELO, LILACS, BDNF, CINAHL, COCHRANE Library e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A busca dos artigos referentes à temática abordada foi realizada no banco de dados das bibliotecas eletrônicas apresentadas anteriormente, no mês de outubro de 2019 a março de 2020, seguindo protocolo de estratégia de busca (APÊNDICE A) e apresentada abaixo. Utilizou-se para a busca, as seguintes palavras-chave: profissionais de saúde e aborto.

Os seguintes critérios de inclusão de estudos foram aplicados nesta revisão: estudos originais com desenho qualitativo e quantitativo; estudos que contemplem a abordagem da equipe de saúde em casos de mulheres com indicação de interrupção legal da gestação e os fatores que podem interferir na assistência a saúde; estudos publicados no ano de 2015 ao ano 2020; resumo e texto completo disponíveis nas bases de dados pesquisadas de acesso livre; publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português. E como critérios para a exclusão de estudos foram adotados: publicações duplicadas nas bases de dados; cartas de autores à revista; e editoriais.

Na PubMed, a estratégia de busca foi realizada utilizando as seguintes combinações de palavras chaves/descriptores com uso de operadores booleanos e aplicação dos filtros (("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel"[Title/Abstract] OR "Health Care Providers"[Title/Abstract] OR "Health Care Provider"[Title/Abstract] OR "Healthcare Providers"[Title/Abstract] OR "Healthcare Provider"[Title/Abstract] OR "Healthcare Workers"[Title/Abstract] OR "Healthcare Worker"[Title/Abstract]) AND ("Abortion, Legal"[Mesh] OR "Legal Abortion"[Title/Abstract] OR "Legal Abortions"[Title/Abstract] OR "Abortion on Demand"[Title/Abstract] OR "legal termination of pregnancy"[Title/Abstract])) AND (("2015/01/01"[PDAT] : "2019/12/31"[PDAT]) AND (Portuguese[lang] OR English[lang] OR Spanish[lang])). Quantidade de resultados encontrados: 71.

Na Web Of Science, a estratégia de busca foi realizada utilizando as seguintes combinação de palavras chaves/descriptores com uso de operadores booleanos e aplicação dos seguintes filtros TS=(("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy")). Quantidade de resultados: 13.

Na Scopus, a estratégia utilizada foi TITLE-ABS-KEY (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")). Quantidade de resultados: 89.

Na CINAHL, a estratégia utilizada foi (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy")). Quantidade de resultados: 17.

Na Cochrane, foi utilizado as seguintes combinação de palavras chaves/descriptores com uso de operadores booleanos e aplicação de filtros (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy")). Quantidade de resultados: 1.

Na LILACS, os filtros foram (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Trabajadores de la Salud" OR "Trabajador de la Salud" OR "Profesionales de la salud" OR "Profesional de la salud" OR "Trabajador de salud") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy" OR "Aborto Legal" OR "Aborto por Demanda"

OR "Aborto sob Demanda" OR "interrupção legal da gestação" OR "interrupción legal del embarazo"). Quantidade de resultados: 7.

Na BDENF, a estratégia utilizada (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Trabajadores de la Salud" OR "Trabajador de la Salud" OR "Profesionales de la salud" OR "Profesional de la salud" OR "Trabajador de salud") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy" OR "Aborto Legal" OR "Aborto por Demanda" OR "Aborto sob Demanda" OR "interrupção legal da gestação" OR "interrupción legal del embarazo")) AND (db:("LILACS" OR "BDENF")) AND (year_cluster:[2015 TO 2019]). Não houve resultados nessa base de dado.

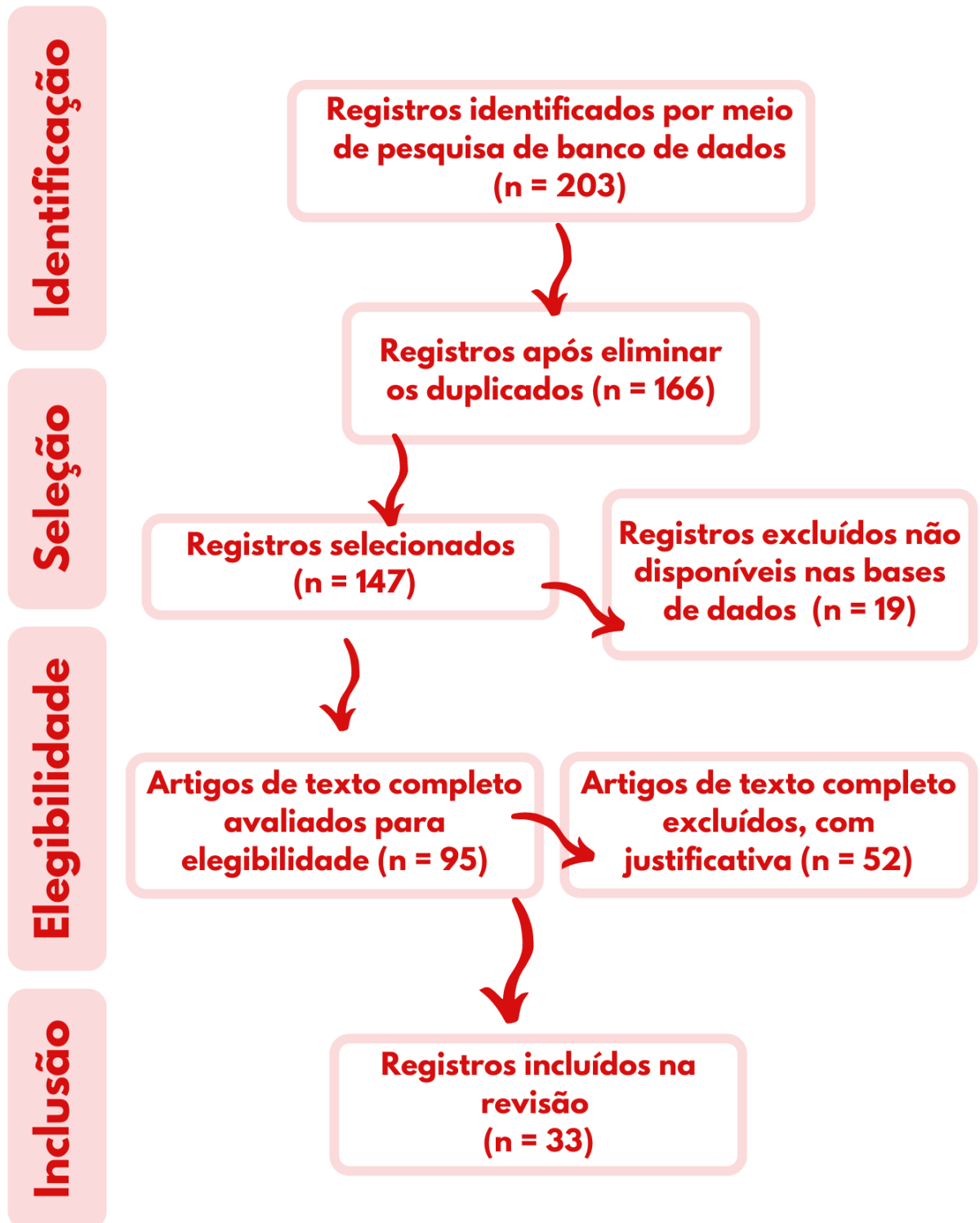
Na SciELO, os filtros foram (("Health Personnel" OR "Health Care Providers" OR "Health Care Provider" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Healthcare Workers" OR "Healthcare Worker" OR "Pessoal de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde" OR "Personal de Salud" OR "Trabajadores de la Salud" OR "Trabajador de la Salud" OR "Profesionales de la salud" OR "Profesional de la salud" OR "Trabajador de salud") AND ("Legal Abortion" OR "Legal Abortions" OR "Abortion on Demand" OR "legal termination of pregnancy" OR "Aborto Legal" OR "Aborto por Demanda" OR "Aborto sob Demanda" OR "interrupção legal da gestação" OR "interrupción legal del embarazo"). Quantidade de resultados: 5.

Na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) utilizou- a seguinte estratégia: (("Pessoal de Saúde" OR "Profissionais da Saúde" OR "Profissionais de Saúde" OR "Profissional da Saúde" OR "Profissional de Saúde" OR "Trabalhador da Saúde" OR "Trabalhador de Saúde" OR "Trabalhadores da Saúde" OR "Trabalhadores de Saúde")) AND ("Aborto Legal" OR "Aborto por Demanda" OR "Aborto sob Demanda" OR "interrupção legal da gestação"). Quantidade de resultados: 6

Após seleção dos estudos nas bases de dados utilizando filtro de busca apresentado anteriormente, realizou-se a leitura preliminar identificando adequação aos critérios. Os artigos com texto completo que não se adequaram aos objetivos propostos foram excluídos, os demais

foram lidos na íntegra e estão expostos em síntese nos resultados. Os resultados da seleção dos artigos estão apresentados a seguir no fluxograma (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma dos resultados apresentados por meio do método PRISMA.



Fonte: Elaborado pela autora. Resultados da revisão de literatura.

5. RESULTADOS

Neste capítulo os resultados serão apresentados em forma de manuscrito seguindo a Instrução Normativa para Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (2017).

FATORES QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA A MULHERES COM INDICAÇÃO DE INTERRUPTÃO LEGAL DA GESTAÇÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO: no Brasil o aborto é considerado crime, exceto em três casos: risco de vida para a mãe, estupro e anencefalia fetal, o que faz muitas mulheres recorrerem ao aborto inseguro, no qual as complicações representam entre 4,7% e 13,2% da mortalidade materna. Objetivo: identificar os fatores que interferem no atendimento à mulher com indicação de interrupção legal da gestação a partir da ótica da ética. Método: o estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura realizada em nove bases de dados, durante o mês de outubro de 2019 a março de 2020, que teve como resultado 33 artigos selecionados para leitura e análise de conteúdo. Resultados: os estudos foram agrupados por semelhança de seus conteúdos em quatro categorias distintas, são elas: crenças e valores; objeção de consciência; estigma do aborto; e capacitação profissional e acadêmica insuficiente. Observou-se nos estudos que as categorias mencionadas dispuseram de grande impacto no acesso e realização do direito das pacientes, resultando, em alguns casos, em violência institucional, moral e/ou psicológica. Conclusão: o agir profissional tem que estar embasado no código de ética e no conhecimento científico, não em convicções pessoais. Embora os fatores mencionados durante este estudo sejam barreiras significativas no atendimento à mulher, percebe-se que há outros entraves no alcance deste direito.

Palavras-chave: Profissionais de saúde. Aborto. Ética.

5.1 INTRODUÇÃO

O aborto caracteriza-se pelo término da gestação antes da vigésima segunda semana, com o feto pesando menos de quinhentos gramas, por expulsão ou extração do produto conceptual antes de sua viabilidade (SOUZA JUNIOR et al., 2018). Há uma corrente que defende que o termo correto seria “abortamento” que é a ação cujo resultado é o aborto (MORAIS, 2008)

No Brasil o aborto é considerado crime previsto na Lei nº 2848 de 1940, exceto nos casos de risco de vida para mãe e gestação resultante de estupro (BRASIL, 1940) e, mais recentemente, em 2012, um acórdão do Supremo Tribunal Federal estabeleceu que a anencefalia fetal não configura conduta tipificada nos artigos 124, 126, 128, incisos I e II, do

Código Penal (BRASIL-STF, 2012), estando incluída entre as indicações de interrupção legal da gestação.

Segundo Fathalla (2020) as complicações do aborto inseguro configuram entre 4,7% e 13,2% de todas as mortes maternas, em nível global. Em tempo, a Pesquisa Nacional de Aborto de 2016 (PNA 2016) revela que a frequência do aborto é alta e que permanece assim por muitos anos. Ou seja, trata-se de um problema de saúde pública e chama a atenção não só por sua magnitude, mas também por sua persistência.

As políticas brasileiras, inclusive as de saúde, tratam o aborto sob uma perspectiva religiosa e moral e respondem à questão com a criminalização e a repressão policial. A julgar pela persistência da alta magnitude, e pelo fato de o aborto ser comum em mulheres de todos os grupos sociais, a resposta fundamentada na criminalização e repressão tem se mostrado não apenas inefetiva, mas nociva. (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017, p. 659)

No âmbito do Sistema Único de Saúde, existem instituições que possuem o serviço de interrupção gestacional nos casos previsto em lei. Vale destacar que esta conquista é fruto de anos de luta social do movimento feminista a respeito da autonomia e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (MOREIRA; OLIVEIRA, 2020).

Apesar do avanço e conquista de diversos direitos, o aborto previsto em lei ainda encontra diversas barreiras; em tempo, Lima; Cordeiro (2020) apontam o dever de fazer um recorte racial, pois a realidade do aborto no Brasil é permeada pela desigualdade de gênero, classe e raça. Se pensarmos que o acesso a informações seguras sobre aborto é mais dificultoso para população mais pobre e que esta por sua vez é constituída majoritariamente de pessoas negras, podemos concluir que as mulheres negras, pobres e periféricas tem barreiras em dobro no alcance de seus direitos e estão no cerne do aborto clandestino, elemento importante na mortalidade materna.

A motivação do estudo se deu após a vivência da autora em um estágio não obrigatório em um Hospital Universitário do sul do Brasil onde recebiam mulheres com indicação de interrupção legal da gestação. O objetivo do estudo é identificar os fatores que podem interferir no atendimento dessas mulheres, articulando os achados a partir da visão da ética.

5.2 MÉTODO

O estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura com as seguintes etapas: identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e, apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento desta revisão foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: “Quais os elementos éticos implicados na assistência à saúde de mulheres com indicação de interrupção legal da gestação?”. Sendo os objetivos gerais do estudo: analisar na literatura a conduta dos profissionais de saúde ao lidar com mulheres com indicação de interrupção legal da gestação; e identificar os fatores que podem interferir no atendimento a mulheres com indicação de interrupção legal da gestação.

A partir da questão, a pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: Scopus, Web Of Science, PubMed/MedLine, SciElo, LILACS, BDNF, CINAHL, COCHRANE Library e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD). A busca dos artigos referentes à temática abordada foi realizada no banco de dados das bibliotecas eletrônicas apresentadas anteriormente, no mês de outubro de 2019 a março de 2020, seguindo protocolo de estratégia de busca. Utilizou-se para a busca, as seguintes palavras-chave: profissionais de saúde, aborto e ética.

Os seguintes critérios de inclusão de estudos foram aplicados nesta revisão: estudos originais com desenho qualitativo e quantitativo; estudos que contemplassem a abordagem da equipe de enfermagem em casos de mulheres com indicação de interrupção legal da gestação; estudos publicados a partir do ano de 2015 a 2020; resumo e texto completo disponíveis nas bases de dados pesquisadas de acesso livre; publicações nos idiomas inglês, espanhol e/ou português. E como critérios para a exclusão de estudos foram adotados: publicações duplicadas nas bases de dados; cartas de autores à revista; e editoriais.

Quadro 1: Quantitativo de artigos por base de dados.

Base de dados	Quantidade de artigos
Web Of Science	71
PubMed/MedLine	13
SciElo	89
LILACS	17

BDENF	1
CINAHL	7
Cochrane Library	0
BDTD	6

Fonte: Elaborado pela autora.

Após seleção dos estudos nas bases de dados, utilizando os filtros de busca do protocolo, realizou-se a leitura preliminar identificando adequação aos critérios. Os artigos com texto completo que não se adequaram ao tema proposto foram excluídos, os demais foram lidos na íntegra e estão expostos em síntese nos resultados.

5.3 RESULTADOS

Com base na leitura e análise dos artigos, os estudos foram agrupados por semelhança de seus conteúdos em quatro categorias distintas, são elas: *crenças e valores; objeção de consciência; estigma do aborto; e capacitação profissional e acadêmica insuficiente*. Abaixo na Tabela 2 constam os estudos incluídos nesta revisão.

Tabela 2: Descrição dos artigos incluídos na revisão conforme número sequencial, título, autores e ano.

nº	Título	Autores	Ano
1	Access to safe legal abortion in Malaysia: women's insights and health sector response	Low et al.	2015
2	Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives' attitudes toward providing abortion services after legal reform	Holcombe; Berhe; Cherie	2015
3	Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal	Rocha et al.	2015
4	Objecção da consciência e aborto previsto em lei: vivências em um serviço público de saúde	Neves, M. G. C.	2015
5	Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal	Machado et al.	2015
6	Aborto inducido en México: qué piensan y hacen las ginecoobstetras	Montoya-Romero et al.	2015
7	Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional	Madeiro; Diniz	2016
8	Abortion in modern health care: Considering the issues for health-care professionals	Smyth; Lane	2016
9	Conscientious Objection in Healthcare Provision: A New Dimension	West-Oram; Buyx	2016

10	"They made me go through like weeks of appointments and everything": Documenting women's experiences seeking abortion care in Yukon territory, Canada	Cano; Foster	2016
11	Attitudes toward Abortion among Providers of Reproductive Health Care	Dodge; Haider; Hacker	2016
12	"The fetus is my patient, too": Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia	Fink et al.	2016
13	A palavra da mulher: práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil	Dios, V. C.	2016
14	Avaliação de políticas públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento	AMORIM, N. C. da S.	2016
15	Sentidos atribuídos por médicos e gestores de maternidade pública à objeção de consciência em casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual	SANTOS, J. S. A. dos	2016
16	Concepções e práticas da equipe multiprofissional sobre o aborto legal em Hospital Materno-Infantil de Fortaleza - CE	Castelo Branco Mourão; Osterne	2016
17	Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior	Coppola et al.	2016
18	"I Am Ready and Willing to Provide the Service ... Though My Religion Frowns on Abortion"-Ghanaian Midwives' Mixed Attitudes to Abortion Services: A Qualitative Study	Oppong-Darko; Amponsa-Achiano; Darj	2017
19	"It's a Race Against the Clock": A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia	Brack; RoCHAT; Bernal	2017
20	A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar	SILVA, M. C. O.	2017
21	Interrupción voluntaria del embarazo por violación: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en Caquetá	Ibarguen S.	2017
22	Providers' perspectives on denial of abortion care in Nepal: a cross sectional study	Puri et al.	2018
23	Dualities between Tunisian provider beliefs and actions in abortion care	Raifman et al.	2018
24	Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana	Awoonor-Williams et al.	2018
25	"It's something that marks you": Abortion stigma after decriminalization in Uruguay	Roosbelinda et al.	2018
26	From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion	Stifani; Couto; Lopez Gomez	2018

27	Knowledge and attitudes towards abortion from health care providers and abortion experts in Zimbabwe: a cross sectional study	Madziyire et al.	2019
28	Abortion in Chile: The Long Road to Legalization and its Slow Implementation	Maira; Casas; Vivaldi	2019
29	Knowledge, attitude and practice (KAP) of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers	Assefa, E. M.	2019
30	From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires	Fernández Vázquez; Brown	2019
31	Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices	Freeman; Coast	2019
32	Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa	Harries; Constant	2020
33	Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual	Moreira et al.	2020

Fonte: resultado final da seleção dos estudos.

Quanto à característica da produção dos artigos, observa-se que o ano de 2016 foi o que houve maior número de publicações com 11 artigos no total. Destaca-se também que a maioria das produções tem como foco países da África, América Latina e Ásia.

Crenças e valores

Nos artigos de Low et al. (2015), Rocha et al. (2015), Machado et al. (2015), Smyth; Lane (2016), Amorim (2016), Cano; Foster (2016), Castelo Branco Mourão; Osterne (2017), Oppong-Darko; Amponsa-Achiano; Darj (2017), Brack; Rochat; Bernal (2017), Puri et al. (2018), Raifman et al. (2018) Freeman; Coast (2019) evidenciou-se que as crenças e valores aparecem de modo a interferir diretamente no atendimento a mulheres que procuram pelo aborto. Como exposto por Puri et al., (2018), além da negativa dos profissionais em realizar o procedimento em razão do desconhecimento das indicações legais, falta de suprimentos e de profissionais capacitados, muitos também recusavam com base em suas crenças, alegando encaminhar a paciente a outros prestadores.

Raifman et al., (2018) realizou entrevistas com diversos profissionais e a partir dos seus relatos foi possível observar que muitos profissionais exibiram dualidades em suas crenças e ações relacionadas ao aborto. Alguns servidores declararam apoiar o direito de escolha, mas simultaneamente declararam sua disposição de negar os serviços de aborto em certos casos, como se uma mulher tivesse feito um aborto anteriormente ou para mulheres nulíparas. Por outro lado, também havia provedores que se comprometeram a fornecer serviços, apesar de

suas objeções pessoais ao aborto. Os resultados desse estudo concluem que há uma relação complexa entre as crenças e ações de um provedor em relação à provisão do aborto. Para Smyth; Lane (2016) a crença religiosa influencia não apenas na prestação de serviços, mas também na legislação sobre aborto.

Machado et al. (2015) entrevistou mulheres que realizaram a interrupção legal da gestação, por mais que as pacientes destacassem o acolhimento da equipe multiprofissional, duas mulheres relataram que o atendimento recebido no serviço foi marcado por experiências negativas. O componente que mais trouxe prejuízo emocional para ambas foi terem percebido um comportamento que expressava reprovação ao aborto por parte de alguns profissionais. As duas mulheres descreveram momentos em que foram abordadas por pessoas, direta ou indiretamente ligadas ao serviço, que manifestaram opiniões pessoais contrárias ao aborto e de cunho religioso, resultando em sentimentos de confusão e culpa, e causando a sensação de que estavam sendo julgadas.

Uma fala recorrente nos estudos é a posição em que o profissional se coloca como “salvador de vidas”, que está em contradição com a visão que o servidor tem de estar tirando a vida de outro ser vivo ao assistir o aborto, como exposto por Freeman; Coast (2019). Este último afirma que as crenças religiosas cristãs estavam no cerne das razões dos não provedores para não fornecer ou ajudar no aborto; suas narrativas apresentam inequivocamente o aborto como o ato injusto de matar um ser vivo.

Na Colômbia, Brack; Roachat; Bernal (2017) desvendaram que as enfermeiras tinham dificuldade em equilibrar suas crenças pessoais com suas responsabilidades profissionais, usando discursos cruéis e vingativos contra as mulheres envolvidas na atenção ao aborto. As mulheres que foram assistidas por essas enfermeiras relataram que estas mostraram propositalmente o feto após o aborto e usaram uma linguagem que as envergonhou e causou sofrimento desnecessário.

Em Yukon, no Canadá, evidenciou-se diversas barreiras para receber atenção à saúde nos casos de aborto, como viagens frustrantes a diversos estabelecimentos de saúde, acesso financeiro, atraso de exames, escassez de informação, longa espera e poucos profissionais. Além destes, as mulheres correm o risco de serem julgadas por um provedor antiaborto. (CANO; FOSTER, 2016)

Na maioria das sociedades asiáticas, há uma forte religião e aversão cultural ao aborto, e raramente é discutido abertamente. Isso afeta a saúde de muitos prestadores de cuidados que não estão cientes da legalidade do aborto -e conseqüentemente as mulheres que buscam pelo serviço- ou alguns que exercem seus critérios pessoais sobre quem pode ou não pode fazer um

aborto, com base em sua condição pessoal ou religiosas crenças, como aponta Low, et al. (2015). O preconceito social, religioso e cultural tornou difícil o acesso das mulheres ao direito da interrupção legal da gestação, pois muitos profissionais tratam o aborto como um ato pecaminoso e não estão cientes da legalidade do procedimento em alguns casos.

Rocha et al. (2015) apresentam um panorama sobre o Programa de Interrupção Gestacional Prevista em Lei (PIGL) do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), considerado referência nacional para este tipo de atendimento. Mesmo em serviços preparados para atender casos de abortamento pós-estupro, ainda há profissionais que se recusam a assistir ou julgam correto convencer as mulheres de levar adiante a gestação resultante de violência sexual, sendo estes em sua maioria religiosos (católicos, evangélicos e espíritas).

Amorim (2016) afirma que as diretrizes do Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e orientação central da Norma Técnica Humanizada ao Abortamento (2005), não é efetivada da maneira esperada, sobretudo, no que se diz respeito às práticas livres de qualquer tipo de julgamento pessoal por parte dos profissionais de saúde. A inclusão de valores morais e crenças pessoais se mostrou evidente, além de atuações profissionais norteadas por juízos de valores que geram, por vezes, intervenções desumanas.

O assunto aborto legal, para alguns dos profissionais logo de imediato é acompanhado pela repulsa e pelo receio de falar sobre o assunto para “não se comprometer”. Isto porque, de uma maneira geral, eles entendem que a usuária que chega para atendimento, independente da demanda que traz, deve ser acolhida e atendida conforme o que preconiza não só as normas técnicas, mas também o seu código de ética enquanto profissional. No entanto, apresentam dificuldade porque esta é uma demanda diferenciada pelo fato de mexer com questões de caráter religioso e moral. (CASTELO BRANCO MOURÃO; OSTERNE, 2017)

Objecção de consciência

Nessa categoria incluem-se os artigos dos seguintes autores Neves (2015), West-Oram; Buyx (2016), Fink et al. (2016), Amorim (2016), Ssantos (2017), Coppola et al. (2016), Silva (2017), Iburguen S. (2017), Awoonor-Williams et al. (2018), Stifani; Couto; Lopez Gomez (2018), Maira; Casas; Vivaldi (2019), Freeman; Coast (2019) sendo alguns destes já trabalhados anteriormente por se adequar em mais de uma categoria.

No Chile, Maira; Casas; Vivaldi (2019) expõem as barreiras para execução do aborto mesmo após implementação de lei específica para tal procedimento. Uma das barreiras é o uso da objeção de consciência (OC) tanto pelas instituições privadas, em se abster de fornecer

informações às mulheres para resguardar fundamentos religiosos e morais, quanto por todos os profissionais de saúde envolvidos no processo (médicos, parteiras, anestesiastas, etc.). Embora não haja informações sistemáticas sobre o que está acontecendo, evidências anedóticas de médicos revelam que as mulheres estão tendo problemas para acessar o aborto como resultado de objetores individuais e institucionais.

West-Oram; Buyx (2016) ressaltam que a perspectiva da objeção de consciência concedida a alguns profissionais por motivação ideológica são injustificáveis, pois estes não poderiam ser concedidos a todas as pessoas uma vez que interferirá na liberdade e direito de outrem. Esse direito não concede proteção contra a interferência do Estado, mas permite que os opositores ditem os termos do contrato social em seu benefício. Portanto, essas concessões devem ser reconhecidas como excedendo o respeito pela liberdade de consciência por si só. Em vez disso, eles representam uma demanda por tratamento especial que privilegia um direito irracionalmente definido de forma ampla à liberdade de consciência sobre os direitos de outras pessoas.

A prevalência de objeção de consciência entre diferentes profissionais na população do norte de Gana foi notável, como mostra o estudo de Awoonor-Williams et al. (2018), revelando também que o número de médicos treinados para fornecer aborto já é limitado nesta região, ocasionando uma redução adicional que pode levar a um acesso ainda mais restrito aos serviços de aborto. Não é diferente no Uruguai, onde atualmente o aborto é legalizado mediante a consultas prévias e até 12 semanas de gestação (ou 14 semanas em caso de estupro), porém a alta prevalência de objeção de consciência entre os ginecologistas —variando entre 30% em todo o país a 50% em algumas áreas suburbanas— é um desafio chave remanescente, e é ainda mais complicado porque a lei especifica os ginecologistas como aqueles que podem realizar abortos ou prescrever medicamentos, segundo Stifani; Couto; Lopez Gomez (2018).

O estudo de Coppola et al. (2016) classifica os profissionais em três subgrupos: ginecologistas leais ao dever: objetores; ginecologistas sem fidelidade ao dever: objetores; e ginecologistas sem fidelidade ao dever: pseudobjetores. No primeiro subgrupo, os profissionais enxergam a objeção de consciência de uma perspectiva bioética legítima. Em nenhum momento eles bloqueiam a aplicação da lei de interrupção da gestação, nem se opõem aos direitos das clientes a lei. Eles protegem suas consciências ao mesmo tempo que garantem que as mulheres recebam tratamento. Em contrapartida, o segundo subgrupo é ligado a grupos religiosos e colocam suas crenças antes da lei e das necessidades das mulheres. Embora a objeção de consciência seja honesta e sincera em si mesma, este grupo utiliza este recurso para impedir o acesso a lei, adotando atitudes antiéticas que violam direitos e reduzem o empoderamento das

mulheres. O terceiro subgrupo não tem nenhuma objeção de consciência real, mas procura bloquear a aplicação da lei por razões de conveniência, incluindo seus interesses políticos ou outros. Seus membros levantam uma falsa objeção, na medida em que não é verdadeiramente fundada na consciência.

O estudo de Fink et al. (2016), também classifica os objetores de consciência em quatro grupos, sendo eles: objeção extrema, objeção moderada, objeção parcial: idade gestacional e objeção parcial: caso a caso. Os integrantes do primeiro grupo, coincidentemente ou não, são religiosos e estes acreditam que a vida começa na fertilização e deveriam proteger essa vida. Frequentemente este grupo utiliza discursos abusivos a fim de convencer a mulher a não interromper a gestação, quando as abordagens iniciais forem infrutíferas; além disso, este grupo se recusava a prescrever certos métodos de controle de natalidade por considerar abortivos e encaminhar as pacientes a outro serviço por enxergar cumplicidade no “assassinato” do feto. O segundo grupo, de objeção moderada, é composto por integrantes que enxergam a religião como algo pessoal e, por mais que sejam devotos da sua fé, esta não os levou a criar barreiras ou falar agressivamente com as pacientes. Ao contrário do objetores extremos, este grupo acredita que os métodos anticoncepcionais são seguros e cientificamente distinguíveis do aborto e, por mais que acreditam ter o direito irrefutável de negar assistência ao aborto, geralmente referem as mulheres a outros serviços. Os dois últimos grupos, objeção parcial relacionada a idade gestacional e dependendo do caso, são semelhantes pois não advém diretamente das concepções religiosas dos profissionais; a idade gestacional é um fator importante a alguns provedores por considerarem que aborto para fetos com menor idade são mais fáceis de realizar; já para a objeção relacionada ao caso clínico, o integrante deste grupo informa que o procedimento seria ideal aos casos com malformação fetal, visto que este não terá uma vida digna e a morte o espera logo após o nascimento, recusando-se a atender, por exemplo, casos de estupro.

Um ponto importante é quando ocorre a invocação da objeção de consciência, exposto por Santos (2017), na sequência do atendimento, os momentos do “exame ultrassonográfico”, de “anestesiá-lo”, de “iniciar e dar continuidade a indução do abortamento” e do “atendimento de enfermagem” são aqueles em que a objeção de consciência costuma ser alegada. Em relação à anestesia, o pouco envolvimento dos anestesistas, inclusive de sua chefia em participar do atendimento, tem implicações no acesso das mulheres ao aborto legal e impõem constantemente à gestão e à equipe de saúde a reorganização do processo de trabalho por não poder contar com a participação desse profissional. Os momentos de “iniciar e dar continuidade a indução do abortamento” são também situações de alegação de objeção de consciência, porque os profissionais recusam-se a iniciar o protocolo medicamentoso. A presente situação de demora em dar início e

continuidade ao cuidado pode ser caracterizada enquanto violência institucional por prolongar o sofrimento e a permanência da mulher no serviço de saúde. O atendimento que compete à “enfermagem” também revelou inúmeras formas veladas ou reveladas de impedir o atendimento, como se apresentou nas falas de alguns entrevistados. São exemplos citados dessas práticas: o auxiliar de enfermagem não quer “puncionar a veia para o acesso venoso”; o profissional se recusar a pegar o misoprostol na farmácia para não contribuir com o aborto; e não oferece medicação para o alívio da dor durante o procedimento. Essas situações também foram influenciadas por motivos religiosos, de acordo com os depoimentos.

Seja por razões de objeção de consciência, relacionadas a dogma religioso, ou por razões de não se acharem capacitados, existem profissionais que se recusam a realizar os procedimentos que envolvam atendimento e acolhimento das vítimas de violência sexual que buscam o abortamento legal, e esta omissão acarreta numa verdadeira peregrinação, para encontrar profissionais que realizem o abortamento, como exposto por Silva (2017). Além destes, o estudo traz outras motivações na invocação da OC, mesmo que esta não seja declarada oficialmente, como por exemplo manter-se ignorante em relação aos manuais e protocolos eximindo-se do atendimento por ter um profissional referência para esses casos, dificuldade em lidar com as emoções individuais e medo da estigmatização relacionada ao procedimento, como veremos adiante na próxima categoria.

Para Neves (2015), o tema da objeção de consciência é, ainda, muito incipiente na concepção da maioria dos membros da equipe de saúde. O direito de se declarar objetor de consciência – direito que emergiu das diretrizes de um Estado laico – não pode ir de encontro ao direito que mulheres e adolescentes possuem de receberem tratamento justo para suas necessidades de saúde. A incorporação de princípios às práticas cotidianas, especialmente no Programa de Aborto Previsto em Lei, assegurará proteção às usuárias do serviço, evitando novos tipos de violência moral e institucional, bem como sua revitimização.

Finalizando esta categoria, o estudo de Iburguen S. (2017) traz à tona obstáculos para a realização da interrupção voluntária da gravidez em Caquetá na Colômbia, zona de conflito armado. Mas, em uma perspectiva mais otimista, é questionado aos profissionais médicos e enfermeiros o que uma mulher grávida, vítima de violência sexual, deve fazer, no passo que afirmam “o que ela considera correto”, sugerindo que está começando a ser levado em consideração a autonomia da paciente como primordial no processo. Da mesma forma, ao perguntar o que deve acontecer quando uma mulher solicita a interrupção, censuras não foram evidenciadas uma vez que a maioria concorda que a paciente deva receber orientação. Este achado parece sugerir que, para além de preconceitos pessoais, a atuação profissional, nestes casos, é suportada principalmente nos princípios da ética profissional e da bioética.

Estigma do aborto

Os estudos dos autores Holcombe; Berhe; Cherie (2015), Montoya-Romero et al. (2015), Madeiro; Diniz (2016), Dios (2016), Castelo Branco Mourão; Osterne (2017), Oppong-Darko; Ampona-Achiano; Darj (2017), Roosbelinda et al. (2018), (Fernández Vázquez; Brown (2019) revelam que diversos profissionais relataram o estigma do aborto como um dificultador na prestação da assistência à saúde. Madeiro; Diniz (2016) afirmam que além da motivação religiosa, o estigma que permeia o aborto faz com que profissionais recusem a participação nas equipes, temendo ser conhecidos como “aborteiros” entre seus pares. Principalmente para a equipe médica, ainda existe o medo de ser incriminado pela interrupção da gravidez que não seja decorrente de estupro. A contestação da veracidade do relato de violência pela mulher, assim como a solicitação do BO e do laudo do IML, registros dispensáveis para execução do procedimento, seriam tentativas de blindar a equipe contra uma possível mentira da mulher.

Desta forma, é comum observar a corriqueira recusa dos profissionais de saúde em realizar o aborto, uma vez que quando não se tem o conhecimento técnico sobre o assunto, há o temor e o receio em fazer algo ilegal, além dos julgamentos, dos tabus e da estigmatização que acompanham o tema referente a aborto. Como destacado anteriormente na primeira categoria, é muito mais glamoroso ser conhecido como o profissional que salva vidas do que como “profissional aborteiro”, como aponta o estudo de Castelo Branco Mourão; Osterne (2017).

No Uruguai, onde há a descriminalização do aborto, os profissionais de saúde expressaram grande satisfação com o aumento dos serviços de aborto legal no país, sem negar que o estigma do aborto ainda existe na sociedade. Quando questionados diretamente sobre sua existência, os profissionais de saúde entrevistados descreveram este estigma como “medo da rejeição e indiferença” e “manter em segredo a interrupção da gestação para evitar fofocas e julgamentos”. Outro ponto importante levantado por Roosbelinda, et al. (2018), é que os profissionais de saúde sentiram que a equipe administrativa dentro dos hospitais também precisava de mais treinamento, visto que, junto com os objetores de consciência, a estigmatização desse grupo contribui para construção de uma barreira substancial que afeta negativamente a qualidade dos serviços de aborto.

Mesmo aqueles que reconhecem o direito ao aborto sentem-se pressionados pelo estigma do aborto como um ato violador, como destaca Dios (2016). São comuns perguntas do tipo: “como vocês sabem se a mulher está mesmo falando a verdade?”, principalmente por pessoas que fazem parte de outros setores do hospital. Um profissional relata a dificuldade: “falam que a gente está acobertando, como se a mulher estivesse inventando, como se a gente estivesse sendo conivente”, em consequência a isso, os profissionais de saúde têm medo de serem vistos como imorais, aborteiros, criminosos e/ou de acharem que estão sendo enganados.

No questionário de Montoya-Romero et al. (2015) não é diferente, foram feitas perguntas para avaliar o estigma ou discriminação exercido ou percebido pelos profissionais em relação a seus colegas que induzem abortos, quase 4 em cada 10 entrevistados consideram que no sindicato médico existe uma atitude discriminatória para com quem pratica o aborto; e aproximadamente 3 em cada 10 reconheceram que os colegas são estigmatizados ou que se sentiriam estigmatizados.

No oeste de Gana, as parteiras, profissionais responsáveis por também assistir casos de abortamento, alegaram que o aborto é um procedimento oculto, visto que é considerado um tabu e não é falado abertamente, exceto com amigos muito próximos, e quase nunca com profissionais de saúde. As parteiras explicaram que a sociedade desaprova o aborto e estigmatiza quem busca o serviço e aqueles que atendem. Outra opinião expressa foi que a extensão do aborto inseguro era desconhecida, porque as vítimas só procuram ajuda quando há complicações. (OPPONG-DARKO; AMPONSA-ACHIANO; DARJ, 2017)

Em contrapartida, no estudo de Holcombe; Berhe; Cherie (2015), realizado na Etiópia, outro país da África, foi identificado relativamente poucas evidências de estigma associado à prestação de serviços de aborto. A maioria das parteiras, acredita que os profissionais de saúde merecem respeito por fornecer esses serviços e não temem a perda de respeito dos colegas se o fizessem. Porém, embora não tenha encontrado suporte para a hipótese de que o estigma associado ao aborto afeta a vontade das parteiras de fornecer serviços, é prematuro descartar a influência do estigma. Existem explicações plausíveis para a ausência de substâncias que apontam o estigma como uma barreira no acesso, por exemplo, as parteiras podem não querer reconhecer a possibilidade de seus pares julgando-as negativamente. Além disso, as campanhas nacionais pós legalização do aborto têm a prevenção da mortalidade materna como o dever central das parteiras, levando estas a verem os serviços de aborto como uma responsabilidade difícil, mas necessária de sua profissão, a fim de prevenir a mortalidade materna por aborto inseguro. Esta visão pode reduzir o estigma associado com a prestação de serviços de aborto.

Fernández Vázquez; Brown (2019) também traz perspectivas interessantes sobre a redução do estigma relacionado ao aborto em Buenos Aires, na Argentina. Não basta apenas o contexto legal mudar, estas mudanças devem vir acompanhadas de alterações nas políticas públicas e na equipe de saúde, pois a situação pode melhorar com uma nova legislação, mas provavelmente de forma limitada. Posterior a nova interpretação da legislação, de uma forma restritiva para mais permissa, e com o apoio do movimento feminista, o aborto passou de um espaço íntimo para um local público e social, mudando até o seu significado social - e a forma como as mulheres e os provedores são vistos - de ilegal, excepcional, clandestino e secreto para algo de importância social, que era legal e que poderia ser realizado em um hospital ou em casa,

com segurança e com a ajuda de profissionais de saúde, promovendo a passagem do estigma para o orgulho.

Capacitação profissional e acadêmica insuficiente

Por fim, esta categoria está intimamente ligada com as demais pois certas condutas vistas anteriormente são resultantes de profissionais com despreparo técnico, desconhecimento da legislação e sofrimento emocional como mostra os artigos dos autores Montoya-Romero et al. (2015), Madeiro; Diniz (2016), Cano; Foster (2016), Dodge; Haider; Hacker (2016), (Castelo Branco Mourão; Osterne (2017), Brack; RoCHAT; Bernal (2017), Silva (2017), Puri et al. (2018), Madziyire et al. (2019), Maira; Casas; Vivaldi (2019), Assefa (2019), Harries; Constant (2020), Moreira et al. (2020). Portanto, para além da inclusão do tema nos currículos acadêmicos da área da saúde, a capacitação continuada dos profissionais nos serviços já existentes são estratégias que aumentam a participação da equipe multiprofissional no serviço de aborto previsto em lei, como afirma Madeiro; Diniz (2016).

Existe a necessidade de atualizar os conhecimentos da equipe a respeito do arcabouço legal, técnicas e práticas de atenção à mulher, além do ensino do aborto legal desprender-se de estigmas para ser incorporado à formação básica e à discussão aberta no ambiente acadêmico. Essas intervenções devem se concentrar na proteção da saúde e dos direitos das mulheres, mas também na prática profissional segura. Além disso, podem contribuir para o descongestionamento de um sistema de saúde já sobrecarregado, como pontuado por Montoya-Romero et al. (2015).

O estudo de Brack; RoCHAT; Bernal (2017) lança luz sobre a conduta inapropriada de médicos e enfermeiros para com as mulheres, adotando posturas discriminatórias, vexatórias e vingativas. O comportamento obstrutivo apresentado pelos médicos quando as mulheres procuraram atendimento sugere que estes poderiam se beneficiar com a educação sobre a lei do aborto e do esclarecimento de valores. Profissionais que alegam objeção de consciência podem também se beneficiar de seminários de educação continuada que esclarecerão suas responsabilidades clínicas e legais em relação à atenção ao aborto. Esses esforços educacionais podem levar a melhoria na qualidade do atendimento e cumprimento legal.

No Zimbábue, especialistas demonstram mais conhecimento sobre a legislação do aborto do que profissionais não especialistas, porém, mesmo assim há lacunas importantes no conhecimento sobre esta temática. Dado esse baixo nível de conhecimento de todas as condições para o aborto legal entre os provedores, é possível que as mulheres que procuram abortos legais nesses serviços sejam rejeitadas, mesmo que cumpram a condição exigida na

lei. Campanhas educacionais focadas em aumentar o conhecimento da lei do aborto e aborto desestigmatizante devem ser direcionadas a médicos, parteiras e enfermeiras, bem como professores da área da saúde que podem incorporar esses tópicos em currículos de graduação e pós-graduação. (MADZIYIRE et al., 2019)

Assefa (2019) afirma que o conhecimento da lei é essencial para que os provedores não apenas saibam o que se espera deles, mas também possam informar e educar as mulheres e a comunidade em geral na atenção ao aborto. A maioria dos entrevistados deste estudo declararam estar cientes da revisão da legislação e seus desdobramentos na assistência; entretanto, menos da metade recebeu alguma capacitação sobre aborto seguro, isso, inequivocamente, sugere a necessidade de introduzir procedimentos de interrupção da gravidez durante o treinamento dos profissionais de saúde. As parteiras foram o grupo que mais tinham conhecimento sobre a temática em comparação a outros profissionais, pode ser devido à sua atividade diária com mulheres e gestantes que as ajudam a ter um melhor entendimento relacionado ao aborto. Outro achado interessante é que com base nos dados dos entrevistados, à medida que os anos de experiência no trabalho aumentam, o seu conhecimento relacionado ao aborto diminui, por isso deve haver uma atualização periódica sobre o assunto.

Segundo Harries; Constant (2020), uma maneira de garantir o treinamento contínuo é integrar a educação sobre o aborto com os currículos de enfermagem, como parte da saúde reprodutiva e da mulher. Pois embora os direitos constitucionais e a legislação progressiva sobre o aborto sejam importantes pontos de partida, eles não são, por si só, suficientes para garantir o acesso das mulheres a serviços de aborto, a falta de conhecimento do assunto, impacta também na invocação errônea da objeção de consciência, por exemplo, como visto anteriormente. Portanto, a capacitação profissional serviria também para elucidar estas questões, extinguindo atitudes negativas em relação à assistência a esses tipos de casos.

Os prestadores de cuidados de saúde reprodutiva no estudo de Dodge; Haider; Hacker (2016) geralmente apoiam o aborto legal em algumas situações, bem como financiamento público e privado para o aborto. Embora essas atitudes fossem mais fortes entre entrevistados que relataram fornecer serviços de aborto, entrevistados mais jovens e assistentes médicos, que compreendem futuras gerações de provedores de saúde reprodutiva, são menos favoráveis ao aborto, o que pode ser indicativo de dificuldades futuras no estabelecimento e manutenção de uma força de trabalho clínica que está disposta e é capaz de fornecer atenção ao abortamento.

Moreira et al. (2020) traz uma perspectiva interessante sobre a violência institucional que a mulher pode acabar sofrendo por deficiência na educação e treinamento profissional. É inoportuno responsabilizar os profissionais de saúde por uma atenção à saúde improvisada e

inapropriada, tendo em vista que estes atores estão deslocados do processo de pactuação e sem formação continuada que inclua treinamento e supervisão sobre a intervenção adequada. Também ressalta a ausência de espaços interdisciplinares na formação acadêmica em que possa se discutir essa temática e seu enfrentamento. No momento em que há a recusa em realizar a interrupção da gravidez decorrente de violência sexual, por exemplo, trazendo consequências para a autodeterminação sexual e reprodutiva das mulheres, é caracterizada a violência institucional. Quando o aborto previsto em lei não é garantido pelos serviços de saúde, muitas mulheres recorrem ao aborto clandestino, procedimento que acarreta riscos à saúde e as expõem desnecessariamente a complicações graves e à morte.

5.4 DISCUSSÃO

Em relação à categoria *crenças e valores* podemos observar que as crenças religiosas têm um grande impacto na atenção ao abortamento. Os resultados deste estudo expõem a recusa do atendimento, inclusive em serviços que são referência para atender este tipo de demanda, além da negligência e condutas que ferem a liberdade sexual e reprodutiva das mulheres. Em alguns casos, evidencia-se até mesmo a violência moral e psicológica por parte dos profissionais de saúde para com as usuárias do serviço.

A Lei n. 11.340/2006 (BRASIL, 2006), mais conhecida como Lei Maria da Penha, conceitua violência psicológica como ações que causam danos emocionais, diminuição da autoestima ou que impeça o direito de fazer as próprias escolhas. São atitudes como ameaçar, humilhar, perseguir, chantagear, constranger e controlar o que a mulher faz. E a violência moral é entendida como a depreciação da imagem e da honra da mulher por meio de calúnia, difamação e injúria, como espalhar boatos e falsas acusações. Evidente que esta lei tem como foco casos de violência doméstica ou familiar, mas podemos utilizar o conceito apresentado para interpretar os achados desta revisão. Brack; Rochat; Bernal (2017) expuseram em seu estudo diversas situações, como por exemplo, o médico que realizou o exame ultrassonográfico de umas das entrevistadas fez a seguinte fala se referindo ao feto “Você já pode ouvir o batimento cardíaco, como você vai matá-lo?” ou a conduta de algumas enfermeiras de tentar dissuadir as mulheres a realizar o procedimento, ameaçando-as de jogar o feto no lixo, esta última realmente cumpriu a promessa e apresentou o feto num saco plástico e jogou fora, causando um sofrimento psicológico intencional na paciente. Além disso, diversos profissionais entendem a interrupção gestacional como sinônimo de “assassinato” e/ou “pecado”, esta visão

pode dar margem para que sejam feitos comentários desrespeitosos ou até mesmo duvidar da versão apresentada pela mulher criando falsas narrativas, configurando violência moral (DIOS, 2016; FINK et al., 2016).

Uma revisão integrativa da literatura abordando a violência obstétrica em unidades públicas brasileiras evidenciou que a violência moral está mais associada às condutas profissionais do que às normas institucionais e que a violência psicológica foi praticada por meio de comentários utilizados com a intenção de difamar a mulher (MARTINS; BARROS, 2016).

Cortina (2005) ressalta que para uma posição ser respeitada não é preciso estarmos de acordo com ela, mas entender que ela representa um ponto de vista moral com o qual não compartilhamos, mas que o respeitamos em outra pessoa. Nesse sentido, a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (Brasil, 2005) preconiza a atenção humanizada incitando os profissionais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos, a preservarem postura ética, garantindo o respeito aos direitos das mulheres. Entretanto, o que está posto aos servidores de saúde, não é o mesmo observado na prática, visto que alguns profissionais colocam suas individualidades acima da sua responsabilidade profissional.

É importante destacar que a liberdade de consciência também é um direito assegurado na Constituição Federal (1988) e a intenção não é obrigar os profissionais a abandonar suas crenças e valores. No entanto, estes têm um dever profissional com seu código de ética e com o juramento de respeitar a dignidade e os direitos da pessoa humana, não praticar atos que coloquem em risco a integridade física e psíquica do ser humano e obedecer aos preceitos da ética e da legalidade (COFEN, 2017; COFEN, 1999).

As crenças religiosas também são um dos principais fundamentos na invocação da *objeção de consciência*, como exposto na segunda categoria. A objeção torna-se ainda mais problemática no passo em que é solicitada em serviços referência de atenção ao abortamento. Atualmente, no Brasil, há 176 estabelecimentos que realizaram o procedimento de interrupção legal da gestação conforme utilização do CID10 - O04, Aborto por razões médicas e legais, todavia apenas 42 instituições afirmaram que seguem realizando o procedimento de interrupção da gestação, segundo o *site* Mapa do Aborto Legal (ARTICLE 19, 2020). Esta pode ser uma grande adversidade devido a extensa área territorial e populacional do Brasil, a exemplo, está Santa Catarina (SC) em que apenas três instituições afirmaram realizar o procedimento e estas estão localizadas no litoral. Apresentamos aqui uma situação hipotética em que uma mulher residente no oeste de SC que deseje realizar a ILG terá que se deslocar até uma dessas três

maternidades que ficam a quilômetros de distância, correndo o risco de chegar até a instituição e ter seu atendimento negado ou postergado por profissionais objetores.

Destacamos também a importância da Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS (BRASIL, 2013) que tem papel de estimular a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. As diretrizes da PNH estão ancoradas em práticas de acolhimento, gestão participativa, ambiência, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Então surge o questionamento sobre como estes direitos estão sendo assegurados se há recorrentes barreiras no acesso das mulheres à atenção à saúde? Como destacado por Maira; Casas; Vivaldi (2019) a recusa em fornecer serviços de aborto tem levado a situações que afetam significativamente as mulheres em sua dignidade, integridade física e mental.

A medida em que se tem o direito à objeção de consciência, as mulheres também têm o direito à assistência necessária ao aborto em conformidade com a lei, portanto o direito de um não pode intervir no de outro. Ainda há quem coloque que a objeção de consciência privilegia certos grupos, pois estes se ausentam da responsabilidade de atender casos de abortamento, perpetuando um comportamento que tem consequências – direta ou indiretamente- na população feminina (WEST-ORAM; BUYX, 2016).

Nesta perspectiva, os valores da autonomia e da beneficência não podem colidir na relação entre o profissional e a mulher com indicação de interrupção legal da gravidez, pois o benefício nesta situação é a saúde e o bem-estar da mulher que está em uma condição de vulnerabilidade. E a autonomia representa a autodeterminação da sua vontade ou daquilo que é mais prudente naquele momento. Campos e Oliveira (2017) ressaltam que a reflexão sobre os direitos fundamentais dos usuários dos serviços de saúde assume relevância na busca de soluções para as questões éticas resultantes do crescente avanço das biotecnociências, fazendo-se necessária a revisão e adequação da postura ética dos profissionais da saúde e de cada indivíduo enquanto cidadão.

Cortina (2009) relembra um ponto chave na relação entre legislação e seus efeitos éticos e sociais, afirmando que as leis existentes nem sempre expressam a autonomia dos cidadãos, mas o interesse de certas classes e grupos. Esta visão está ilustrada nos estudos de Smyth; Lane (2016); e Miguel; Biroli; Mariano (2017), que mostram uma perspectiva nacional destacando a forte presença das crenças religiosas na política brasileira, gerando candidatos e discursos que

acabam cerceando a autonomia, os direitos sexuais e reprodutivos e, conseqüentemente, uma assistência à saúde digna para as mulheres.

Se as crenças e valores estão intimamente ligadas à objeção de consciência, esta por sua vez está interligada com o *estigma relacionado ao aborto*, terceira categoria deste estudo. Percebe-se que tanto o procedimento, quanto os profissionais que o realizam, são estigmatizados, acarretando em mais uma dificuldade na assistência às mulheres que buscam pela interrupção gestacional, pois há um receio em atender, e até mesmo falar, sobre esses casos por medo de ficar conhecido como “profissional aborteiro”, como destacado por Madeiro; Diniz (2016). Uma vez que é mais glamoroso ser reconhecido como o profissional que salva vidas, do que aquele que “tira vidas”.

Neste ponto podemos aplicar o conceito de identidade deteriorada de Goffman (1982), considerando que de um lado temos a mulher que aborta e do outro o profissional que realiza o procedimento, ambos marcados como detentores de desgraça, vergonha e repugnância. O estigma relacionado ao aborto envergonha e cala os indivíduos, pois as reações negativas presumidas nos outros podem influenciar as decisões quanto à revelar ou ocultar a situação estigmatizada, criar conflitos nos relacionamentos interpessoais, impactar a saúde física e mental da pessoa e/ou atrasar ou evitar cuidados de saúde (ADESSE et al., 2016).

Um ponto interessante é que mesmo nos países em que se tem leis menos restritivas de interrupção da gestação, ainda há estigma relacionado ao procedimento, isto porque não basta apenas a mudança na legislação, há de se providenciar políticas públicas e educação de uma legião de profissionais de saúde que associam o abortamento ao assassinato como mostra o estudo de Ceolin (2020) e é nesta perspectiva que adentramos na última categoria de capacitação profissional e acadêmica.

Na categoria *capacitação profissional e acadêmica insuficiente*, destacamos a importância da educação nas práticas diárias, pois como dizia Paulo Freire (1999) a educação tem que ser libertadora, favorecendo a conscientização dos indivíduos e o desenvolvimento da crítica e da autonomia.

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a educação permanente em saúde (EPS) é definida como a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e acontece no cotidiano do trabalho. Já a educação continuada se configura como as atividades que possuem período definido para execução, pois visam promover a aquisição sequencial e

acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, trata-se de atividades mais pontuais afim estancar alguma fragilidade no serviço. (BRASIL, 2018)

Sabendo disso, os resultados expõem a carência da capacitação profissional do nível médio ao nível superior, inclusive para os profissionais especialistas, pois foi evidenciado no estudo de Madziyire et al. (2019) lacunas no conhecimento destes servidores. Destaca-se a importância de se incluir esta temática nos currículos de graduação dos cursos da área da saúde, começando desde cedo a desestigmatização do aborto, favorecendo a atenção a saúde e protegendo os direitos das mulheres à interrupção legal da gestação. (MONTROYA-ROMERO et al., 2015)

Borges; Clemente; Netto (2020) destacam que há uma defasagem na formação acadêmica de profissionais da área da saúde relacionado ao fato de que muitos profissionais, incluindo os presentes na academia, associam a temática à ilegalidade, a tabus e preconceitos. Acredita-se que isto acontece pelo modo como as instituições se propõem a ensinar a lidar com a situação fisiológica da gravidez, suprimindo o que foge da normalidade. Em razão disso, urge a necessidade de investimentos nos processos de EPS a fim de favorecer a afinidade intrínseca com a temática por parte dos profissionais que atuam diretamente na rede, de modo a oferecer uma assistência de qualidade à mulher em situação de abortamento.

Além disso, é importante que o debate ético seja transversalmente trabalhado tanto na academia, quanto em ações de EPS ou educação continuada, para que se evite ao máximo o julgamento de valor, o prejuízo na autonomia dos indivíduos e casos de violência institucional e moral ou psicológica. Sabe-se que conflitos éticos são intrínsecos ao cotidiano da *práxis* profissional, portanto, sendo a enfermagem a categoria que tem relações mais estreitas com os pacientes e são responsáveis pelo seu cuidado ininterrupto, destaca-se a importância de adotar ações que coloquem a usuária no centro do seu processo de cuidar. (RAMOS et al., 2017)

5.5 CONCLUSÃO

É notório que há uma resistência nos profissionais de saúde em assistir as mulheres com indicação de interrupção legal da gestação, e os que atendem acabam proferindo juízos de valor ou sobressaltando individualidades durante sua prática profissional, causando desconforto e em alguns casos violência moral, psicológica e/ou institucional. Evidenciou-se ainda que as principais causas relacionadas a este tipo de conduta são as crenças e valores pessoais dos profissionais, a invocação da objeção de consciência - em alguns casos sem realmente estar baseada na liberdade de consciência do profissional, mas sim utilizando deste direito para

obstruir a concretização de um direito -, o estigma relacionado ao aborto e a capacitação profissional e acadêmica insuficiente.

Embora os fatores mencionados durante este estudo sejam barreiras significativas no atendimento à mulher e a concretização do aborto previsto em lei, percebe-se que há outros entraves no alcance deste direito. Sugere-se uma maior diligência do Estado na ampliação dos serviços facilitando o acesso; a divulgação do serviço e campanhas de conscientização, inclusive sobre a profilaxia pós exposição a infecções sexualmente transmissíveis e anticoncepção de emergência para casos de violência sexual, o que pode evitar uma futura gestação, e conseqüentemente, a interrupção desta.

Destacamos ainda que o agir profissional tem que estar embasado no código de ética e no conhecimento científico, não em convicções pessoais. Quando esta prática se torna rotineira, considera-se substituir o profissional de setor para que a mulher com indicação de interrupção legal da gestação possa gozar de seus direitos e de uma assistência humanizada e acolhedora.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L. et al. Aborto e estigma: Uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3819–3832, 2016.

AMORIM, N. C. DA S. **Avaliação de políticas públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**. Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2016, p. 157, 2016.

ARTICLE 19. **Mapa do Aborto Legal**. Disponível em: <<https://mapaabortolegal.org/>>.

ASSEFA, E. M. Knowledge, attitude and practice (KAP) of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers. **BMC Women's Health**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.

AWOONOR-WILLIAMS, J. K. et al. Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 140, n. 1, p. 31–36, 2018.

BORGES, L. C. V.; CLEMENTE, N. R.; NETTO, L. (In)Congruência na assistência às mulheres em situação de abortamento: o que dizem os acadêmicos sobre seus processos formativos. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1–10, 2020.

BRACK, C. E.; ROCHAT, R. W.; BERNAL, O. A. “It’s a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. **International perspectives on sexual and reproductive health**, v. 43, n. 4, p. 173–182, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. **NORMA TÉCNICA - Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed., 2018. 73p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 07/04/2020.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal**. Brasília-DF, 2012. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 14/10/2020.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. de. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 115, p. 13-45, jul./dez. 2017.

CANO, J. K.; FOSTER, A. M. “They made me go through like weeks of appointments and everything”: Documenting women’s experiences seeking abortion care in Yukon territory, Canada. **Contraception**, v. 94, n. 5, p. 489–495, 2016.

CASTELO BRANCO MOURÃO, R. V.; OSTERNE, M. DO S. F. Concepções e Práticas da Equipe Multiprofissional sobre o Aborto Legal em um Hospital Materno-Infantil de Fortaleza-Ce. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, v. 7, n. 18, p. 24–43, 2017.

CEOLIN, M. R. **A quem pertence a decisão da maternidade? Um estudo de caso sobre a penalização total do aborto em El Salvador**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2020.

COFEN. **Resolução COFEN nº 0564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>

COFEN. **Juramento de Enfermagem - Resolução COFEN-218/1999**. Rio de Janeiro, 1999.

COPPOLA, F. et al. Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 134, p. S16–S19, 2016.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola, 2005.

CORTINA, A. **Ética mínima: introdução à filosofia prática**. Trad. Marcos Marcionilo. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

DIOS, V. C. **A palavra da mulher: práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil**. Tese (doutorado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, 2016.

DODGE, L. E.; HAIDER, S.; HACKER, M. R. Attitudes toward Abortion among Providers of Reproductive Health Care. **Women's Health Issues**, v. 26, n. 5, p. 511–516, 2016.

FATHALLA, MF. Safe abortion: The public health rationale. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**. 2020 Feb;63:2-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2019.03.010. Epub 2019 May 20.

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, S. S.; BROWN, J. From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 27, n. 3, 2019.

FINK, L. R. et al. “The fetus is my patient, too”: Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 42, n. 2, p. 71–80, 2016.

FREEMAN, E.; COAST, E. Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices. **Social Science and Medicine**, v. 221, n. July 2018, p. 106–114, 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GOFFAMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

HARRIES, J.; CONSTANT, D. Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, v. 62, p. 79–89, 2020.

HOLCOMBE, S. J.; BERHE, A.; CHERIE, A. Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives' attitudes toward providing abortion services after legal reform. *Studies in Family Planning*, v. 46, n. 1, p. 73–95, 2015.

IBARGUEN S., M. Interrupción voluntaria del embarazo por violación: conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en Caquetá. *Revista Colombiana de Enfermería*, v. 14, n. 12, p. 56, 2017.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. D. L. M. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. *Revista Em Pauta*, v. 18, n. 46, p. 101–117, 2020.

LOW, W. Y. et al. Access to safe legal abortion in malaysia: Women's insights and health sector response. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, v. 27, n. 1, p. 33–37, 2015.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 345–353, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.

MADZIYIRE, M. G. et al. Knowledge and attitudes towards abortion from health care providers and abortion experts in Zimbabwe: A cross sectional study. *Pan African Medical Journal*, v. 34, p. 1–9, 2019.

MAIRA, G.; CASAS, L.; VIVALDI, L. Abortion in Chile: The long road to legalization and its slow implementation. *Health and Human Rights*, v. 21, n. 2, p. 121–131, 2019.

MARTINS, A.C.; BARROS, G.M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev Dor. São Paulo*, v. 17, n. 3, p. 215-218, jul-set;2016. DOI 10.5935/1806-0013.20160074

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MIGUEL, L. F.; BIROLI, F.; MARIANO, R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. *Opin. Publica*, Campinas, v. 23, n. 1, p. 230-260, 2017.

MONTOYA-ROMERO, J. DE J. et al. Aborto inducido en México: Qué piensan y hacen los ginecoobstetras. **Ginecología y Obstetricia de Mexico**, v. 83, n. 1, p. 23–31, 2015.

MORAIS, L. R. DE. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulhes. **Senatus: cadernos da Secretaria de Informação e Documentação**, v. 6, n. 1, p. 50–58, 2008.

MOREIRA, G. A. R. et al. Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1–11, 2020.

MOREIRA, M. R. DE Á.; OLIVEIRA, I. DE C. S. DE. Aborto, objeção de consciência e bioética feminista: Estratégias para efetivação do direito à interrupção Legal da gestação. **Revista Gênero**, v. 21, n. 1, p. 139–166, 2020.

NEVES, M. DA G. C. **Objecção de consciência e aborto previsto em lei: vivências em um serviço público de saúde**. Tese (doutorado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. p. 1–94. Brasília, 2015.

OPPONG-DARKO, P.; AMPONSA-ACHIANO, K.; DARJ, E. “I am ready and willing to provide the service ... though my religion frowns on abortion”-ghanaian midwives’ mixed attitudes to abortion services: A qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, 2017.

PURI, M. C. et al. Providers’ perspectives on denial of abortion care in Nepal: A cross sectional study. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2018.

RAIFMAN, S. et al. Dualities between tunisian provider beliefs and actions in abortion care. **Reproductive Health Matters**, v. 26, n. 52, p. 47–57, 2018.

RAMOS, F. R. S. et al. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 1–5, 2017.

ROCHA, W. B. DA et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. *Revista Bioética*, v. 23, n. 2, p. 387–399, 2015.

ROOSBELINDA, C. et al. “It’s something that marks you”: Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Health*, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2018.

SANTOS, J. S. A. DOS. **Sentidos atribuídos por médicos e gestores de maternidade pública à objeção de consciência em casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual**. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher. p. 74–104, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, M. C. DE O. **A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: dissertação (mestrado). Centro de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; p. 1–118, 2017.

SMYTH, D.; LANE, P. Abortion in modern health care: Considering the issues for health-care professionals. **International Journal of Nursing Practice**, v. 22, n. 2, p. 115–120, 2016.

SOUZA JUNIOR, E. V. DE et al. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 87–94, 2018.

STIFANI, B. M.; COUTO, M.; LOPEZ GOMEZ, A. From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 143, n. Table 1, p. 45–51, 2018.

WEST-ORAM, P.; BUYX, A. Conscientious Objection in Healthcare Provision: A New Dimension. **Bioethics**, v. 30, n. 5, p. 336–343, 2016.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou a discussão sobre os fatores que influenciam na conduta dos profissionais da saúde no cuidado a mulheres com indicação de interrupção legal da gestação numa perspectiva ética.

Os resultados apresentados nos estudos convergiram com práticas realizadas por alguns profissionais de saúde que colocam as suas crenças e valores acima do bem estar das mulheres que buscam os serviços de saúde para realizar um aborto, muitas vezes, com dúvidas e medos permeados por conflitos de seus próprios valores.

Os objetivos do estudo foram contemplados em sua totalidade, possibilitando concluir que os fatores predominantes que interferem na assistência a mulheres com indicação de interrupção legal da gestação são as crenças e valores dos profissionais de saúde, a objeção de consciência, o estigma relacionado ao aborto e a falta de capacitação profissional e formação acadêmica na área.

Embora os resultados, em sua maioria, tragam aspectos negativos quanto ao atendimento dessas mulheres, foi possível observar em alguns estudos um avanço no que tange ao estigma relacionado ao procedimento por meio de políticas públicas e divulgação massiva do dever profissional, além de condutas profissionais baseadas na ética e que visam à autonomia da mulher.

Evidencia-se a necessidade de discussão sobre as limitações impostas aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres de realizar o aborto nas situações previstas na lei, buscando oferecer um cuidado digno e centrado nas necessidades dessas mulheres.

REFERÊNCIAS

- ADESSE, L. et al. Aborto e estigma: Uma análise da produção científica sobre a temática. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3819–3832, 2016.
- ALVES, F. J. **A discussão dos valores ético-morais: a ética mínima no ensino de filosofia à luz do pensamento de Adela Cortina**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Mestrado Profissional em Filosofia, Recife, 2020.
- AMORIM, N. C. DA S. **Avaliação de políticas públicas sob a ótica da atenção integral à saúde da mulher em situação de abortamento**. Dissertação (mestrado profissional em políticas públicas). Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Recife, 2016, p. 157, 2016.
- ANIS - INSTITUTO DE BIOÉTICA DIREITOS HUMANOS E GÊNERO. **Aspectos éticos do atendimento ao aborto legal: perguntas e respostas**. Brasília, 2012.
- ANJOS, K. F. DOS et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 504–515, 2013.
- ARTICLE 19. **Mapa do Aborto Legal**. Disponível em: <<https://mapaabortolegal.org/>>.
- ASSEFA, E. M. Knowledge, attitude and practice (KAP) of health providers towards safe abortion provision in Addis Ababa health centers. **BMC Women’s Health**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2019.
- AWOONOR-WILLIAMS, J. K. et al. Prevalence of conscientious objection to legal abortion among clinicians in northern Ghana. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 140, n. 1, p. 31–36, 2018.
- BORGES, L. C. V.; CLEMENTE, N. R.; NETTO, L. (In)Congruência na assistência às mulheres em situação de abortamento: o que dizem os acadêmicos sobre seus processos formativos. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1–10, 2020.
- BRACK, C. E.; ROCHAT, R. W.; BERNAL, O. A. “It’s a Race Against the Clock”: A Qualitative Analysis of Barriers to Legal Abortion in Bogotá, Colombia. **International perspectives on sexual and reproductive health**, v. 43, n. 4, p. 173–182, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 4. **NORMA TÉCNICA - Atenção Humanizada ao Abortamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 33p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação**

Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed., 2018. 73p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm. Acesso em: 07/04/2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (Lei Maria da Penha)**. Diário Oficial da União. Brasil, 2006.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 Distrito Federal**. Brasília-DF, 2012. Disponível em:

<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>. Acesso em: 14/10/2020.

BUZANELLO, J. C. Objeção de consciência : uma questão constitucional. **Brasília**, v. 38, n. 152, p. 173–182, 2001.

CAMPOS, A.; OLIVEIRA, D. R. DE. A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, n. 11, p. 13–45, 2017.

CANO, J. K.; FOSTER, A. M. “They made me go through like weeks of appointments and everything”: Documenting women’s experiences seeking abortion care in Yukon territory, Canada. **Contraception**, v. 94, n. 5, p. 489–495, 2016.

CASTELO BRANCO MOURÃO, R. V.; OSTERNE, M. DO S. F. Concepções e Práticas da Equipe Multiprofissional sobre o Aborto Legal em um Hospital Materno-Infantil de Fortaleza-Ce. **Conhecer: debate entre o público e o privado**, v. 7, n. 18, p. 24–43, 2017.

CEOLIN, M. R. **A quem pertence a decisão da maternidade? Um estudo de caso sobre a penalização total do aborto em El Salvador**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Graduação em Relações Internacionais, Florianópolis, 2020.

COFEN. **Resolução COFEN nº 0564/2017. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>

COFEN. **Juramento de Enfermagem - Resolução COFEN-218/1999**. Rio de Janeiro, 1999.

COPPOLA, F. et al. Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists’ attitudes and behavior. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 134, p. S16–S19, 2016.

CORTINA, A. **Cidadãos do mundo: para uma teoria da cidadania**. Trad. de Silvana Cobucci Leite. São Paulo: Loyola, 2005.

CORTINA, A. **Ética Mínima Introducción a La Filosofía Práctica**. Espanha: 6ª ed., 2000.

DELAJUSTINE, A. C. O Controle Reprodutivo De Corpos Femininos: Da Caça As Bruxas À Produção De Vidas Nuas Na Democracia Brasileira. **Revista Paradigma**, v. 28, n. 2, p. 70–100, 2019.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

DIOS, V. C. **A palavra da mulher: práticas de produção de verdade nos serviços de aborto legal no Brasil**. Tese (doutorado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, 2016.

DODGE, L. E.; HAIDER, S.; HACKER, M. R. Attitudes toward Abortion among Providers of Reproductive Health Care. **Women’s Health Issues**, v. 26, n. 5, p. 511–516, 2016.

ESSY, D. B.; JUSTO, F. DA S. Aborto legal no Brasil e as limitações ao exercício da autonomia das mulheres. **Captura Críptica: direito, política, atualidade.**, v. 8, n. 1, p. 5–19, 2019.

FERNÁNDEZ VÁZQUEZ, S. S.; BROWN, J. From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. **Sexual and Reproductive Health Matters**, v. 27, n. 3, 2019.

FINK, L. R. et al. “The fetus is my patient, too”: Attitudes toward abortion and referral among physician conscientious objectors in Bogotá, Colombia. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 42, n. 2, p. 71–80, 2016.

FREEMAN, E.; COAST, E. Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners’ beliefs and practices. **Social Science and Medicine**, v. 221, n. July 2018, p. 106–114, 2019.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 24.ed. São Paulo: Edições Graal, 2007a.

GOFFAMAN, E. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GRACIA, D. **La cuestión del valor**. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 2010.

HARRIES, J.; CONSTANT, D. Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 62, p. 79–89, 2020.

HOLCOMBE, S. J.; BERHE, A.; CHERIE, A. Personal beliefs and professional responsibilities: Ethiopian midwives’ attitudes toward providing abortion services after legal reform. **Studies in Family Planning**, v. 46, n. 1, p. 73–95, 2015.

IBARGUEN S., M. Interrupción voluntaria del embarazo por violación: conocimientos,

actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en Caquetá. **Revista Colombiana de Enfermería**, v. 14, n. 12, p. 56, 2017.

LIMA, N. D. F.; CORDEIRO, R. D. L. M. Aborto, Racismo e Violência: Reflexões a partir do Feminismo Negro. **Revista Em Pauta**, v. 18, n. 46, p. 101–117, 2020.

LOW, W. Y. et al. Access to safe legal abortion in malaysia: Women’s insights and health sector response. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. 1, p. 33–37, 2015.

MACHADO, C. L. et al. Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 2, p. 345–353, 2015.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 563–572, 2016.

MADZIYIRE, M. G. et al. Knowledge and attitudes towards abortion from health care providers and abortion experts in zimbabwe: A cross sectional study. **Pan African Medical Journal**, v. 34, p. 1–9, 2019.

MAIRA, G.; CASAS, L.; VIVALDI, L. Abortion in Chile: The long road to legalization and its slow implementation. **Health and Human Rights**, v. 21, n. 2, p. 121–131, 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MONTOYA-ROMERO, J. DE J. et al. Aborto inducido en México: Qué piensan y hacen los ginecoobstetras. **Ginecología y Obstetricia de Mexico**, v. 83, n. 1, p. 23–31, 2015.

MORAIS, L. R. DE. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulhes. **Senatus: cadernos da Secretaria de Informação e Documentação**, v. 6, n. 1, p. 50–58, 2008.

MOREIRA, G. A. R. et al. Manifestations of institutional violence in the context of health care for women in situations of sexual violence. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, p. 1–11, 2020.

MOREIRA, M. R. DE Á.; OLIVEIRA, I. DE C. S. DE. Aborto, objeção de consciência e bioética feminista: Estratégias para efetivação do direito à interrupção Legal da gestação. **Revista Gênero**, v. 21, n. 1, p. 139–166, 2020.

NEVES, M. DA G. C. **Objecção de consciência e aborto previsto em lei: vivências em um serviço público de saúde**. Tese (doutorado). Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. p. 1–94. Brasília, 2015.

OPPONG-DARKO, P.; AMPONSA-ACHIANO, K.; DARJ, E. “I am ready and willing to provide the service ... though my religion frowns on abortion”-ghanaian midwives’ mixed attitudes to abortion services: A qualitative study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 12, 2017.

PURI, M. C. et al. Providers’ perspectives on denial of abortion care in Nepal: A cross

sectional study. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1–8, 2018.

RAIFMAN, S. et al. Dualities between tunisian provider beliefs and actions in abortion care. **Reproductive Health Matters**, v. 26, n. 52, p. 47–57, 2018.

RAMOS, F. R. S. et al. Conflito ético como desencadeador de sofrimento moral: survey com enfermeiros brasileiros. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. 1–5, 2017.

ROCHA, W. B. DA et al. Percepção de profissionais da saúde sobre abortamento legal. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 387–399, 2015.

ROOSBELINDA, C. et al. “It’s something that marks you”: Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. **Reproductive Health**, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2018.

SANTOS, J. S. A. DOS. **Sentidos atribuídos por médicos e gestores de maternidade pública à objeção de consciência em casos de interrupção da gravidez decorrente de violência sexual**. Dissertação (mestrado). Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher. p. 74–104, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, G. et al. Bioética : princípio que não pode ter fim. **Revista Bioética Cremego**, v. 01, n. 1, p. 51–54, 2020.

SILVA, M. C. DE O. **A via crucis da legalidade: violência sexual, aborto e objeção de consciência em uma maternidade potiguar**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: dissertação (mestrado). Centro de Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social; p. 1–118, 2017.

SMYTH, D.; LANE, P. Abortion in modern health care: Considering the issues for health-care professionals. **International Journal of Nursing Practice**, v. 22, n. 2, p. 115–120, 2016.

SOUZA JUNIOR, E. V. DE et al. Dilemas bioéticos na assistência médica às gestantes adolescentes. **Revista Bioética**, v. 26, n. 1, p. 87–94, 2018.

STIFANI, B. M.; COUTO, M.; LOPEZ GOMEZ, A. From harm reduction to legalization: The Uruguayan model for safe abortion. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 143, n. Table 1, p. 45–51, 2018.

WEST-ORAM, P.; BUYX, A. Conscientious Objection in Healthcare Provision: A New Dimension. **Bioethics**, v. 30, n. 5, p. 336–343, 2016.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721.9480 – 3721.4998

DISCIPLINA: INT 5182 - TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

Aluna: Nadine Müller Lencina
Orientadora: Dulcinéia Ghizoni Schneider

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da acadêmica **Nadine Müller Lencina** cumpriu todos os requisitos exigidos na elaboração e concretização do estudo. Ela foi muito competente na elaboração e no desenvolvimento do Projeto, na apresentação dos resultados, na discussão dos dados, na apresentação oral, demonstrando apropriação e domínio do tema com comunicação adequada.

O seu TCC teve destaque apontado pela Banca Examinadora pela escolha e relevância do tema sustentado pelo referencial da ética. A escrita com encadeamento pertinente das ideias, análise crítica e reflexiva sobre um tema emergente e complexo.

Foi muito prazeroso orientar a acadêmica Nadine que sempre demonstrou maturidade e responsabilidade em todo o processo de construção e concretização do TCC.

Florianópolis, 3 de maio de 2021.



Documento assinado digitalmente
Dulcineia Ghizoni Schneider
Data: 11/05/2021 11:09:26-0300
CPF: 521.166.549-04
Verifique as assinaturas em <https://v.ufsc.br>

Nome e Assinatura do Orientador