

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER
QUE PROVOCOU ABORTO DISCUTIDA POR
ENFERMEIRAS EM BUSCA DE UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

JUSSARA MENDES LIPINSKI

FLORIANÓPOLIS

2000

JUSSARA MENDES LIPINSKI

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER
QUE PROVOCOU ABORTO DISCUTIDA POR
ENFERMEIRAS EM BUSCA DE UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

**Dissertação apresentada à Banca
examinadora como requisito para
obtenção do título de Mestre em
Assistência de Enfermagem. Orientadora
Dra. Enfª Valéria Lerch Lunardi, Co-
orientadora M.Sc. Enfª Adriana Dora da
Fonseca**

FLORIANÓPOLIS

2000

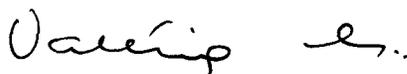
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHER QUE PROVOU ABORTO
DISCUTIDA POR ENFERMEIRAS EM BUSCA DE UMA ASSISTÊNCIA
HUMANIZADA**

Este trabalho foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem e aprovado em sua forma final no dia 14 de julho de 2000, atendendo as normas da legislação vigente do Curso de Pós graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dra. Denise Elvira Pires de Pires - Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Profª. Dra. Valéria Lerch Lunardi - Presidente/Orientadora



Profª. Dra. Lúcia H. T. Gonçalves - Membro



Profª. Dra. Marta Lenise do Prado - Membro

Profª. Dra. Marta Regina César Vaz - Examinadora Suplente

Dedico este trabalho...

Ao Mauro, companheiro de jornada pela sua presença carinhosa e constante, pelo convívio e pela tranquilidade enquanto, muitas vezes, cuidava de nossos filhos nas minhas ausências.

Aos meus filhos Víctor e Beatrice, pelos momentos mágicos que me oferecem a cada dia; perdão, pelos momentos de ausência. Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Neli e Leontina e aos irmãos, pelo apoio sempre. Obrigada!

À Valéria, minha orientadora, que sempre presente, com a sua tranqüilidade, possibilitou a realização deste trabalho. As palavras jamais serão suficientes para expressar minha admiração, que data dos idos anos 80, quando nos conhecemos na graduação. Esta fase só serviu para perpetuar a admiração que sempre te será dispensada. Obrigada!

À Adriana, minha co-orientadora, tua presença, tua amizade, teu canal aberto às minhas dúvidas foram instrumentos a me impulsionar nesta jornada; hoje, comemoro contigo esta realização, pois, mediante instigações e abalo de certezas, me conduziste a buscar o desconhecido. Obrigada!

À Dra. Lúcia H. T. Gonçalves, que nos acompanhou desde a disciplina de Prática Assistencial, contribuindo, assim, para a nossa qualificação humana e profissional.

À Dra. Marta L. do Prado, pelas sugestões e contribuições durante a qualificação.

Às amigas Silvia, Rosemary e ao amigo Narciso, vocês foram força e alento nesta caminhada, mostrando que a amizade que se manifesta entre as pessoas é a força que move o mundo, e que sem ela teria sido muito mais difícil chegar até aqui. Obrigada!

Às (os) professoras (es) da Repensul que, muitas vezes no anonimato, contribuíram para esta realização: Marta, Mara, Teda, Mariângela, Wilson, Marta

Vaz e Sueli, quando propiciavam momentos de discussão e reflexão em conversas informais.

À chefia de Enfermagem do HU, Zulema e Zezé, que me deram o apoio que tronou a jornada menos árdua. Obrigada!

Às colegas da segunda turma de Mestrado pela sua presença: Marise, Eliana, Nalú, Bete, Adriane, Helena e Geani. Obrigada!

Às enfermeiras da UIO, UCO, companheiras de trabalho que deram suporte durante minha liberação. Obrigada!

Às auxiliares de enfermagem da UIO e UCO, Bete, Cris, Roberta, Mari, Delícia, Nara, Nice, que passam suas manhãs e tardes cuidando. Obrigada pelas discussões, mas, sobretudo, pelo carinho.

Às minhas amigas, Elaine, Maristela, Cláudia e Gisa, que sempre entenderam meus dilemas, respeitaram meus pontos de vista e me apoiaram nos momentos em que eu pensava fraquejar. Obrigada!

À CAPES, pelo apoio financeiro que favoreceu a realização do Mestrado.

À FURG e à UFSC, por tornarem possível a realização do Curso de Mestrado, estimulando o desenvolvimento científico.

À bibliotecária Simone Tarouco Przybyiski, pela ajuda na revisão bibliográfica deste trabalho. Obrigada!

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
1 - A PROBLEMÁTICA DO ABORTO FRENTE À REALIDADE E AO VIVIDO PROFISSIONAL	01
2 - A TEMÁTICA DO ABORTO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE REPRODUTIVA	14
2.1 - ABORTO	15
2.1.1 - TIPOS DE ABORTOS	16
2.2 - POSIÇÕES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS EM RELAÇÃO AO ABORTO	18
2.2.1 - ABORTO E AS DIVERSAS RELIGIÕES	26
2.3 - ÉTICA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES QUE INTERNAM POR ABORTO PROVOCADO	32
3 - MARCO CONCEITUAL	35
3.1 - CONCEITOS	39
4 - CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO	46
4.1 - PROPOSTA EDUCATIVA	50
4.1.1 - MÉTODO UTILIZADO A PARTIR DA PROPOSTA DE FREIRE	52
4.1.2 - EMERSÃO DE TEMAS GERADORES	53
4.1.3 - CODIFICAÇÃO E DECODIFICAÇÃO	55
4.1.4 - DESVELAMENTO CRÍTICO	57
4.2 - ANÁLISE DE DADOS	58
5 - A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER QUE PROVOCOU ABORTO DISCUTIDA POR ENFERMEIRAS	61

5.1 - VISÃO DAS ENFERMEIRAS DO ABORTO COMO UM ATO BANAL	61
5.2 - PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS DAS SUAS DIFICULDADES EM ASSISTIR A MULHER QUE PROVOCOU ABORTO	76
5.3 - A CLIENTE COMO OBJETO OU SUJEITO DE NOSSAS AÇÕES?	85
5.4 - REFLETINDO ACERCA DE MUDANÇA NA ASSISTÊNCIA À MULHER QUE PROVOCA ABORTO - SENTIMENTOS DAS ENFERMEIRAS	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS	120

LIPINSKI, Jussara Mendes. "A Assistência de Enfermagem à Mulher que Provocou Aborto Discutida por Enfermeiras em Busca de uma Assistência Humanizada". Florianópolis, 2000. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Assistência de Enfermagem - UFSC, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Valéria Lerch Lunardi

RESUMO

O presente trabalho decorre da percepção do modo discriminatório e possivelmente descomprometido, pelo qual as mulheres que internam por aborto provocado são atendidas pela equipe de enfermagem de uma Unidade de Internação Obstétrica (UIO). A partir de Paulo Freire, utilizou-se, como caminho metodológico, um círculo de Reflexão-Ação com enfermeiras que atuam nesta unidade; tendo emergido das discussões do grupo a seguinte temática: 1. Visão das enfermeiras do aborto como um ato banal; 2. Sua percepção da dificuldade em assistir as mulheres que provocam aborto; 3. A cliente como objeto ou sujeito de nossas ações; 4. Refletindo acerca de mudanças na assistência à mulher que provoca aborto - sentimentos das enfermeiras. O trabalho iniciado possibilitou a reflexão da equipe de enfermagem como um todo sobre a assistência prestada às mulheres que internam por aborto provocado, além da tentativa de implementação de um modelo de processo de enfermagem, adaptado a partir de Traveibee.

LIPINSKI, Jussara Mendes. "The Nursing Assistance to the Woman that Provoked Abortion discussed by Nurses Searching one Humanized Assistance". Florianópolis, 2000. Centro de Ciências da Saúde na Universidade Federal de Santa Catarina. Essay presented to Post-Graduation Course in Nursing Assistance - UFSC, to get the Master Degree of Nursing. Coordinator: Dra. Lunardi, Valéria Lerch.

ABSTRACT

The present production arises the perception the select manner and possible disrespect, with the women that confined for provoke abortion was attended through the nursing the one unity interned obstétrics (U.I.O). After Paulo Freire was using how way the method the circle Reflectin-Action, with nurses that job in this unity, had grow-up this topics: 1. Vision the nurses the abortion how trivial action. 2. Perception the nurses about your difficult in to attend the women provoke abortion. 3. The client how object or subject of our actions? 4. Reflection about the change in the assistance the woman provoke abortion. This process beginning possibilited the reflection the group about the assistance give to women that interned for provoke, abortion over implementation the model of nursing process conform of Travelbee.

1. A PROBLEMÁTICA DO ABORTO FRENTE À REALIDADE E AO VIVIDO PROFISSIONAL

Um assunto tão polêmico como o aborto provocado precisa e vem sendo problematizado em âmbito internacional, chamando, à discussão, as pessoas que nele estão diretamente envolvidas, ou seja, as mulheres. Isto tem ocorrido nas Conferências Internacionais da Mulher como as que ocorreram em Teerã 1968; Cairo 1993; Beijing, 1993 (Dora, Soares e Kopp, 1999) e mais recentemente Amsterdã 1996. Com o crescente despertar de sociedades mais livres e responsáveis, vem sendo dada maior ênfase aos direitos humanos, como direitos universais; assim, aparecem as lutas pelas liberdades individuais que trazem, à tona, o direito ao exercício da sexualidade das mulheres que precisa ser vivificado, sem que, com isso, sejam obrigadas, futuramente, a recorrerem ao aborto inseguro como forma de interromper uma gravidez não planejada e sem que, também, sejam colocados em risco o seu direito a uma assistência de saúde digna, humanizada e de qualidade.

Há, em vários países, e em especial no Brasil, uma grande carência de abordagem do tema sexualidade, em especial, nas questões relativas à anti-concepção e ao aborto. O aborto constitui-se em um grave problema de saúde

pública e tem sido a causa da morte de milhões de mulheres em todo o mundo. Faz-se necessário, então, uma ampla discussão que envolva também é, especialmente, os profissionais da área da saúde, para que, preparados, possam prestar a assistência preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovada na Conferência do Cairo, 1994, parágrafo 8.25 (Dora, Soares, Kopp, 1997), conforme segue:

“Em nenhum caso deverá o aborto ser promovido como um método de planejamento familiar. Insta-se aos governos e as organizações inter-governamentais e não governamentais pertinentes a aumentar seu compromisso com a saúde da mulher, a observar a tratar os efeitos que na saúde da mulher têm os abortos realizados em condições impróprias como um importante problema da saúde pública e a prestar serviços de planejamento familiar melhores e mais abrangentes a fim de diminuir o recurso ao aborto. As mulheres que apresentam gravidez indesejada devem ter fácil acesso a informações fiéis e aconselhamento compreensivo. A prevenção de gravidez indesejada deve se tornar uma prioridade e tudo o que é possível deveria ser feito a fim de evitar o recurso ao aborto. Quaisquer medidas ou mudanças relacionadas ao aborto que sejam introduzidas no sistema de saúde podem ser determinadas somente em nível nacional ou local, em conformidade com o processo legislativo nacional. Nos casos em que o aborto não é ilegal, os abortos devem ser realizados em condições adequadas. Em todos os casos as mulheres deveriam ter acesso a serviços de qualidade para tratar das complicações decorrentes de abortos. Deveriam ser providenciados prontamente serviços de planejamento familiar, e educação e aconselhamento pós-aborto que ajudem também a evitar a repetição dos abortos”.

Em nosso país, essa problemática, em relação ao aborto, tem sido bastante intensa e vem preocupando profissionais das mais diversas áreas, da área da saúde e, como não poderia deixar de ser, tem inquietado, de modo especial, a enfermagem que, dioturnamente, assiste a essas mulheres. A polêmica existente, entretanto, não tem ultrapassado, predominantemente, as discussões de pequenos grupos que vêm demonstrando interesse pelo assunto; alguns deles recriminando-o, outros lutando para que seja tratado mais

abertamente pela sociedade.

A opção por focalizar o tema aborto, neste trabalho, não significa estar contra ou a favor de sua realização; significa, sim, um desejo de descortinar este assunto que, para mim, foi e tem sido, muitas vezes, fonte de dúvidas e discussões. Acredito que, posicionar-se em relação a esta temática, requer amplo conhecimento dos aspectos biológicos, sociais, éticos, morais, legais, religiosos e políticos que o envolvem.

Na instituição, onde atuo, são registrados significativos índices de internação por abortos provocados, tendo-se constatado a partir dos Livros de Registro de Enfermagem que, somente no período de janeiro de 1998 a janeiro de 1999, foram atendidas na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) um total de 1533 mulheres. Destas, 113 internações decorreram de complicações de aborto provocado, isto é 7,4%. Constata-se, ainda, um número significativo de mulheres com história de reincidência de abortos provocados. Há, também, que se lembrar da sub-notificação dos casos de aborto, os quais, muitas vezes, não são claramente definidos no diagnóstico da internação. Estes altos índices de internação por complicações de aborto provocado, decorrem, possivelmente, do fato de que tais mulheres, ao recorrerem aos demais hospitais da cidade, sendo identificado tratar-se de complicações de abortamento, freqüentemente, lhes são apresentados motivos para não realizarem a internação, alegando, na maioria das vezes, falta de leitos, o que leva, então, as mulheres a serem internadas predominantemente em uma única instituição hospitalar.

Mesmo que as mulheres que internam por aborto provocado recebam uma assistência humanizada e qualificada, a realização do aborto inseguro pode

deixar seqüelas para uma vida inteira; ainda, apesar das mulheres desejarem desesperadamente interromper a gravidez, após terem abortado, elas podem se sentir culpadas, amarguradas, demonstrando dúvidas diante do ato realizado e, também, sem perceberem, demonstram sinais de auto-destruição; outras, no entanto, referem e demonstram sentir-se aliviadas.

A constatação desta possível sensação de alívio, por parte das mulheres que provocam aborto, é o que vem, provavelmente, durante anos, fragilizando a equipe de enfermagem que tem, então, de enfrentar a dualidade vida x morte sem que tenha sido previamente preparada. Esta falta de preparo e habilidade em trabalhar seus próprios sentimentos e conflitos internos, frente aos valores e princípios morais, religiosos e legais, é o que pode estar levando as profissionais de enfermagem a condutas rígidas, pré-estabelecidas e, algumas vezes, desumanas para com estas mulheres.

Parece-me necessário salientar, então, que a constatação da ocorrência de um grande número de internações de mulheres por complicações de aborto induzido em um hospital do sul do país, no qual atuo, e a forma discriminatória e, possivelmente, descomprometida como têm sido, ali, atendidas, foi o que me levou a pensar sobre como poderia interferir nesta grave situação.

Na UIO, onde esta dissertação foi desenvolvida, já foram realizados vários trabalhos focalizando este tema¹; dentre eles, destaco a pesquisa "Aborto:

¹1. Aborto: Nossa realidade (Fonseca et al, 1995); 2. "Assistência de Enfermagem a Mulheres Internadas por Complicações Associadas ao Aborto Provocado" (Fonseca, 1996); 3. "Aborto: Sentimentos Vivenciados pela equipe de enfermagem e sua relação com a prática assistencial" (Fonseca, Santos, Lipinski, 1998); 4. "Uma Prática de Enfermagem de caráter Educativo Junto a Enfermeiras que Assistem a Mulheres que Internam por Aborto Provocado". (Lipinski, 1998); 5. "Aborto: Suporte Emocional para a Equipe de Enfermagem em sua Prática Assistencial" (Rodrigues e Santos, 1999).

Sentimentos Vivenciados pela Equipe de Enfermagem e sua Relação com a Prática Assistencial (Fonseca, Santos, Lipinski, 1998). Neste, pode-se constatar que, muitas vezes, as mulheres têm sido vítimas dos julgamentos e valores morais da equipe de enfermagem. Uma componente da equipe, inclusive, afirmou: Elas têm que sofrer, pois são causando sofrimento a outro. Além disso, constatou-se a maneira rude assumida por algumas auxiliares de enfermagem (aux.), ao dirigirem-se às mulheres, o que pode ser constatado pelas seguintes falas, por elas expressas:

"... fazem as besteiras, depois se sentem mal" (aux. 1).

"... é muita manha" (aux. 2).

"... o suporte do soro é bem leve, podes carregar sozinha, eu não posso estar sempre ao teu lado" (aux. 1) ao que a cliente então respondeu: "Quando a gente está doente e fraca, tudo fica mais difícil" (Cliente).

"Atender paciente com complicação de aborto é revoltante" (aux. 12).

"Fazer este esquema triplice é trabalhoso, é um saco" (aux. 12).

"Se caíres, não te preocupa, pois não vais passar do chão" (aux. 14).

Em consonância com a Conferência do Cairo (1994), que não apóia o uso do aborto como método contraceptivo, recomendando que todas as mulheres devem ter acesso e orientação a métodos anticoncepcionais eficazes, é possível concluir que, diante de sua ocorrência, deve-se trabalhar por uma assistência de qualidade e humanizada, que priorize mais os aspectos culturais/educativos e de instrumentalização desta mulher para cuidar de sua saúde reprodutiva do que os aspectos punitivos que, sabidamente, não ajudarão a modificar este quadro.

Reconheço que uma atuação de enfermagem pautada na educação, no

diálogo, no ambiente humanizado, com a redescoberta da mulher como centro da decisão poderia ajudar a redesenhar um quadro tão difícil.

Henshaw, Singh, Haas (1999) nos informam, no ano de 1995, a ocorrência de 46 milhões de abortos no mundo, sendo que, destes, 20 milhões induzidos ilegalmente. Segundo os mesmos autores, na América Latina o número de abortos foi de 4,2 milhões no mesmo ano. No Brasil, segundo Stringueto (1998, p. 52), já é estimada a ocorrência de aproximadamente 2 milhões de abortos por ano.

Sabe-se, no entanto, que embora estes não estejam restritos apenas às classes sociais menos favorecidas, é nestas que têm sido verificadas as maiores incidências de abortos e de seqüelas decorrentes dos mesmos. Este grupo de mulheres, geralmente, não conta com assistência médica no procedimento, enquanto que as classes sociais mais favorecidas têm este aliado, com adequadas técnicas e a segurança do sigilo, o que as torna menos vulneráveis às possíveis seqüelas de abortos provocados.

Para tentar modificar este quadro de saúde pública em que as mulheres, que podem pagar por um atendimento de qualidade, dele usufruem e as demais precisam esperar pelo que o Estado lhes oferece, é necessária uma ampla discussão e problematização entre os profissionais. Há alguns anos, vem se intensificando, entre os profissionais da área da saúde, principalmente da enfermagem, a procura pela qualificação profissional no seu campo de atividades, tentando, com isso, suprir lacunas naquilo que lhes insatisfaz. Nesta busca incessante, vêmo-nos, muitas vezes, inseridos em processos de mudanças, os quais decorrem das reflexões sobre a nossa prática e dos avanços

sobre o seu conhecimento e desvelamento.

Neste sentido, a realização deste trabalho, que ora apresento, não significa apenas o atendimento de uma solicitação regimental do Curso de Mestrado. Vejo seu desenvolvimento, também, ligado a um desafio pessoal de modificação da assistência de enfermagem prestada à mulher que interna por aborto provocado e que, possivelmente, poderá vir a beneficiar muitas usuárias do serviço no qual atuo. Considero, por outro lado, que a educação só possa acontecer a partir da motivação, pois o homem motivado busca aprender e aperfeiçoar os seus conhecimentos. Motivar vem do verbo latino *movere*, que significa impelir. Os impulsos de desejo, assim como as necessidades do homem, são desencadeadores de motivação. Ela é a força intensa que sustenta e impele o ser humano a agir na busca da satisfação de suas carências. A consciência do ser humano de que está inacabado e que ainda há muito a aprender, impele-o na busca de educar-se, de ser mais: "A realidade não pode ser modificada, senão quando o homem descobre que é modificável e que ele pode fazê-lo" (Freire, 1980, p. 40).

Neste processo de crescimento e de busca de conhecimentos, iniciou-se a minha trajetória profissional. Comecei trabalhando em unidades de internação, prestando, aos pacientes, aqueles cuidados de rotina, internalizados durante o curso de graduação, e cuja realização compreendia absolutamente inquestionáveis. Através deste fazer diário, pensava, então, estar atendendo às necessidades dos clientes, julgando possuir saberes que eles não dispunham. Muitas vezes, ignorava o conhecimento que traziam, construído a partir de sua própria realidade, da sua experiência de vida.

No ano de 1993, por necessidade de remanejamento na instituição, fui transferida para uma UIO. Ali, eram recebidas pacientes gestantes, puérperas, mulheres em pré e pós operatório de cirurgias ginecológicas e, ainda, clientes com complicações de aborto e aborto provocado. O enfrentamento de atender mulheres que internavam por complicações de aborto provocado, para mim, foi uma experiência muito difícil, devido a rígidos padrões morais, religiosos e educacionais, impostos e aprendidos durante meu desenvolvimento pessoal e profissional. Percebia o aborto como um crime e detestava a idéia de que as mulheres pudessem realizá-lo de forma tão decisiva e, de modo tão freqüente, aparentemente sem culpas. No início deste desafio, sentia-me segura e preparada para emitir meu parecer sobre as suas atitudes e, comumente, julgava-as de forma impiedosa, criticando sua decisão e não pensando, sequer, nas suas reais possibilidades de levar adiante sua gravidez. Muitas vezes, sentia-me desconfortável quando, durante a internação, as mulheres diziam ser seus abortos espontâneos, enquanto a sintomatologia indicava o contrário.

Isto, provavelmente, levou-me a que, em 1995, fosse convidada por uma mestrandia a participar de uma proposta de assistência de enfermagem, mais humanizada, a adolescentes que internavam por complicações de aborto provocado (Fonseca, 1996). Era uma proposta nova, diferente do que, até então, havia sido a minha prática. Quantas vezes me questionei se “aquelas mulheres” mereciam o apoio proposto naquele trabalho. Perguntava-me porque estas clientes não haviam utilizado métodos anticoncepcionais, os quais eu acreditava estarem suficientemente difundidos. Hoje, posso ver que esta não é a realidade, pois, embora sendo divulgados, os métodos contraceptivos não se encontram

disponíveis para a grande parcela da população mais carente.

Durante a participação naquela proposta, me foi oportunizado repensar o meu agir, participar de um processo educativo, iniciando-me em um processo de conscientização. Que direito tinha eu, como enfermeira, de julgar tais mulheres? Como eu agiria se estivesse em seu lugar? Participar da construção daquele projeto foi, para mim, vislumbrar um novo horizonte, assim como a possibilidade de olhar para trás e rever posicionamentos, já não mais tão definitivos. Acredito que algo mudou dentro de mim, pois, a partir daí, surgiram dúvidas para as quais busco ainda respostas e vejo que, cada vez mais, abrem-se novas alternativas, tanto de ser enfermeira, como de fazer enfermagem. Percebo as múltiplas possibilidades que se abrem aos olhos daqueles que ousam e se permitem ir além dos próprios limites, questionar a sua forma de pensar e de agir; aqueles que, como eu, tiveram a possibilidade de repensar o seu fazer e de desejar mudanças, vendo-as como mobilizadoras para as questões da vida e da própria vida profissional.

A escolha do tema que ora apresento - **A Assistência de Enfermagem à Mulher que Provocou Aborto Discutida por Enfermeiras em busca de uma Assistência Humanizada** - propõe desencadear um novo espaço para a reflexão sobre a assistência prestada às mulheres que internam em decorrência de aborto provocado; tem uma forte articulação com a proposta de uma assistência de enfermagem mais humanizada, na qual a mulher seja vista como uma igual, sem a hierarquia que, com frequência, vem permeando o nosso fazer, de modo que, colocando-nos, junto a ela, possamos auxiliá-la na descoberta de seu potencial transformador. O meu compromisso profissional, como enfermeira,

requer uma atuação mais incisiva no sentido não só de compreender o vivido por tais mulheres, mas, também, compartilhar com as enfermeiras este processo de cunho educativo, para que, a partir dele, possamos instrumentalizar-nos para o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Até onde estaremos nós, enfermeiras, sendo coniventes com estes abortos, com a possível incapacitação das mulheres para a maternidade e com o aumento das estatísticas de morte materna no país e no mundo? Não me parece mais suficiente a nós, enfermeiras, que temos um discurso a favor da vida, mantermo-nos à margem da responsabilidade profissional e social, como pessoas que assistem a estes fatos sem, aparentemente, nada fazer para mudá-los.

Faúndes (1994, p. 29) destaca que, freqüentemente, confunde-se a atitude de sensibilidade para com os problemas físicos e emocionais da mulher, que a levam a interromper a gravidez, com uma postura favorável ao aborto. Também afirma: "não acredito que exista um ser humano que aprecie o ato de submeter-se ao aborto ou de praticá-lo, exceto, talvez, aqueles que enriquecem com sua prática clandestina".

Ainda, atender de forma humanizada às mulheres que provocam aborto, não significa ser partidária de sua descriminalização; significa, sim, participar da construção de condições para que possa ser evitada uma nova gravidez indesejada. Representa, do mesmo modo, estar a favor de uma educação ampla, desde o início da adolescência, no mínimo, e que inclua o conhecimento de medidas claras de contracepção, assim como de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS. Evitar a gravidez indesejada requer,

então, livre acesso à informação sobre os métodos anticoncepcionais, assim como aos serviços que os tornem acessíveis e disponíveis.

O Ministério da Saúde, em 1992, enfatizou a complexidade da assistência ao planejamento familiar na adolescência, devido à desinformação dos jovens. Vemos, entretanto, que o desconhecimento não atinge apenas esta faixa etária. Diariamente, internam, no hospital em que atuo, pacientes com complicações de abortos provocados, cuja maior incidência se dá em mulheres na faixa etária de 28 a 38 anos, de baixo nível sócio-econômico-cultural, com ou sem companheiros (Fonseca et al, 1997) e que trazem consigo o fantasma da desinformação. Essas mulheres, acredito, têm relações sexuais, muitas vezes, sem a utilização de um método anticoncepcional seguro, ou sem saber utilizá-lo corretamente, o que resulta em gravidez indesejada, levando-as ao desespero e à procura de um meio eficaz de interrompê-la².

Com a intenção de que o Estado assumisse o planejamento familiar, num amplo contexto de atendimento e educação para a saúde, em todas as fases do ciclo reprodutivo, foi criado, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Entretanto, esta proposta não mudou, em grande monta, o alarmante quadro de saúde da mulher, que ainda continua precário. É preciso reconhecer, todavia, que foi um marco importante para que fossem traçadas metas para a assistência à saúde da mulher, para os próximos anos.

A opção pelo aborto, como medida extrema, no Brasil, tem levado as mulheres a pôr em risco sua própria vida, nas mãos de pessoas não habilitadas,

² Das mulheres americanas, 6 em cada 10 mulheres, que fizeram aborto, experimentaram falha do método contraceptivo; o aborto acontece mais entre mulheres solteiras, com idade menor de 25 anos e sem credo religioso. (<http://www.aborto.com/incid.htm>).

em clínicas clandestinas. Tais abortos, realizados nas mais precárias condições de assepsia, acarretam, a um grande número de mulheres, a impossibilidade de gerar outros filhos, devido às complicações que resultam em histerectomia, septicemias e, muitas vezes, na morte.

Este quadro, ora apresentado, reflete um pouco da situação que está sendo vivida pelas mulheres brasileiras, especialmente as mais pobres que, além de desconhecerem seus direitos de cidadã, freqüentemente, não têm acesso aos serviços de saúde e, quando chegam a estes, dependem, ainda, da incerteza de conseguirem ser agendadas para uma consulta. Desta, saem, possivelmente, de modo semelhante ao qual ingressaram: sem ter ampliado seus conhecimentos sobre sua sexualidade, que lhes possibilite reconhecer aspectos fisiológicos de seu corpo, as possibilidades de cuidar de si, podendo, então, fazer uma lúcida e coerente tomada de decisão a respeito de anticoncepção.

No meu percurso como profissional, que vem se permitindo assumir sua condição de ser histórico, que acredita poder interferir no seu cotidiano e, como conseqüência, na história da humanidade, propus, à equipe de enfermeiras da UIO, uma reflexão para a busca de uma assistência de enfermagem que considere as mulheres que internam por aborto provocado com direito a serem reconhecidas e respeitadas como sujeitos, que precisam ser assistidas, tendo em vista, também, a prevenção da reincidência de abortos.

Pretendo que esta nova proposta possa ser um instrumento de transformação, propiciando que se abra um espaço de diálogo, de construção e educação, para que se discuta e reflita sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por complicações de aborto provocado, tendo

em vista uma assistência humanizada.

Apresento, então, como objetivo geral deste trabalho:

- iniciar a construção de um processo educativo, junto às enfermeiras de uma UIO, sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado, em busca de uma assistência humanizada fundamentada no processo de enfermagem de Traveibee.

Tenho como objetivos específicos:

- mobilizar o grupo de enfermeiras da UIO para iniciar a construção de um processo educativo;**
- estimular o grupo à reflexão/ação sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado na UIO.**

Dando continuidade, apresento o que denominei de temática do aborto como uma questão de saúde reprodutiva.

2. A TEMÁTICA DO ABORTO COMO UMA QUESTÃO DE SAÚDE REPRODUTIVA

Neste capítulo, a partir dos conceitos de aborto e aborto inseguro, pretendo explicitar os seus tipos e algumas das diferentes posições em relação ao aborto, além dos aspectos éticos envolvidos. Aqui, destaco, novamente, que não me proponho a defender ou a condenar a sua prática, mas sim a reconhecer a mulher como o centro da decisão em relação ao aborto, desde que orientada sobre sua saúde reprodutiva, suas possibilidades de manter a gestação e os riscos do aborto inseguro.

Acredito que a mulher, mais instrumentalizada, poderá refletir sobre seus direitos sexuais e reprodutivos e as condições de trazer, à vida, pessoas capazes, com maiores condições de serem cidadãos felizes. A descoberta da possibilidade da mulher transformar-se em um ser mais consciente, com capacidade de decidir o que é melhor para si, poderá ser positiva para transformar o mundo em que vivemos, transformação esta que deverá vir acompanhada de uma nova prática de saúde e de cuidado.

Quando os seres humanos vivem como adultos e autônomos, há

probabilidade de terem posições diferentes entre si, no que diz respeito à saúde, à moral, à religião. Assim sendo, os membros da sociedade precisam comprometer-se no respeito às opiniões distintas das suas, até, como condição para que as suas próprias sejam respeitadas.

2.1 - ABORTO

Acredito que nunca um tema como o aborto foi tão controvertido, discutido e objeto de interesse na sociedade, tanto por profissionais como por outras pessoas dos mais diversos segmentos. Alguns deles até pensam ter chegado a uma posição definitiva, quando o tema em questão é o aborto. Sob o ponto de vista antropológico, cultural, filosófico, político e econômico, este tem sido um tema polêmico mundialmente.

A noção de direitos reprodutivos constrói-se a partir da prática de direitos políticos das mulheres, em torno de sua demanda na esfera reprodutiva. Os movimentos pelos direitos femininos, no século XIX e até aproximadamente metade do século XX, começam a aparecer em cena, na busca de acesso à educação e ao voto, centrados na necessidade de igualdade. Neste período, também, começa a movimentação em torno do direito à regulação da fecundidade como um assunto de ordem política, constituindo-se, assim, em um novo campo de enfrentamento no processo histórico de construção da cidadania. Neste movimento, já se insere o direito ou não de abortar.

* Considera-se aborto a interrupção de uma gravidez. O termo técnico correto seria abortamento, mas utilizaremos, aqui, o termo aborto, mais

comumente empregado. Alguns obstetras delimitam, em 22 semanas de gravidez, o tempo de gestação para definir o aborto; assim, “a interrupção após este período é considerado parto prematuro e, se houver morte do feto, este é considerado natimorto” (Verardo, 1987, p. 23).

É considerado, também, aborto, “a interrupção dolosa da gravidez com expulsão do feto, ou sem ela” (Prado, 1995, p. 10).

Para Moore (citado por Paula, 1996, p. 53), “aborto, do latim *abortare*, refere-se à expulsão de um embrião ou feto antes que seja viável, ou seja, antes de estar suficientemente maduro para sobreviver fora do útero”. Refere-se, ainda, a todos os produtos de um abortamento. Segundo o mesmo autor, “um embrião ou feto viável e suas membranas com peso inferior a 500g, é denominado aborto”.

Já o aborto inseguro, para a OMS, “é um procedimento para terminar uma gravidez indesejada, seja por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos” (Ariilha, 1994, p. 10).

Os abortos podem ser realizados de várias formas; por isso, há diversas classificações dos mesmos que serão explicitadas a seguir.

2.1.1 - TIPOS DE ABORTOS

Os conceitos, apresentados neste tópico, foram organizados a partir de Matielo (1994).

Os abortos podem ser espontâneos ou provocados, dividindo-se estes em puníveis (criminosos) e não puníveis (legais).

É considerado **aborto espontâneo** se a interrupção da gestação ocorrer por fatores de ordem natural, isto é, quando a expulsão do feto for determinada pelo próprio organismo materno ou por problemas do nascituro em si.

Já o **aborto provocado** é em decorrência da interferência de agentes mecânicos, agressivos ao ambiente uterino, de forma a induzir o descolamento do ovo ou perecimento do embrião ou feto.

Aborto punível, também chamado de criminoso, é aquele aborto possível de ser punido pela lei, variável de uma nação para outra, realizado fora da previsão legal, com previsão de penas para quem o praticar.

Aborto não punível, como o próprio nome já diz, é aquele que não é considerado crime, variável de uma nação para a outra, muitas vezes entendido como necessário ou moral.

No Brasil, o aborto não é punido nos seguintes casos:

- Quando for comprovadamente evidenciado o risco de vida para a mãe, denominado aborto necessário ou terapêutico. Hoje, cada vez menos realizado, devido aos avanços na área da saúde pré-natal;
- Quando a gravidez for decorrente de estupro, desde que comprovado por junta médica, denominado aborto moral ou sentimental.

Conforme Gelain (1998, p. 64-65),

“juridicamente, o abortamento é abordado por duas correntes: a concepcionista e a natalista. A corrente concepcionista aceita a presença da pessoa jurídica a partir da fecundação, portanto, o aborto é ilegal desde esse momento, enquanto a corrente natalista não reconhece o feto na qualidade de pessoa humana, a pessoa passa a existir, como tal, a partir do nascimento”.

Diz, ainda, que o aspecto jurídico do abortamento, segundo se sabe, varia

de país para país, de acordo com a corrente filosófica e jurídica adotada.

Gelain (1998) destaca que, no Brasil, sob este aspecto, vigora a corrente concepcionista, pois, no Código Penal Brasileiro, o abortamento provocado não tem cobertura legal conforme os artigos 124, 125, 126, 127 e 128, que tratam dos casos nos quais o aborto não é considerado crime e das penalidades aplicadas àqueles em que for considerado criminoso.

Como já comentado anteriormente, há várias correntes a respeito do aborto e, também, muitas pessoas que vêm se manifestando, demonstrando suas posições relacionadas à sua realização; algumas delas serão expostas a seguir.

2.2 - POSIÇÕES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS EM RELAÇÃO AO ABORTO

Apresento, então, alguns argumentos e posicionamentos referentes ao aborto, trazidos por estudiosos e pessoas interessadas nesta temática. Em relação ao aborto, existem duas posições entendidas como inconciliáveis, ou seja, a proibição de qualquer tipo de aborto e a aceitação total ou parcial do direito de abortar.

Moraes (1996, p. 150-151) defende o direito da mulher de decidir sobre manter ou não a gravidez, já que admite o seu laço prioritário sobre o filho. Reconhece o direito das mulheres abortarem os filhos não desejados, tendo em vista o entendimento de que as pessoas se estruturam psicoafetivamente nos primeiros anos de suas vidas, anos de dependência completa dos adultos. Segundo a autora, “esta dependência se dá, especialmente, ao nível do afeto para o qual não há receita: ou as pessoas amam ou não amam”. Para ela, ser

amado é uma das primeiras condições para conseguir aquela dose de felicidade que torna a vida querida e baseada no amor de uma pessoa pela outra; considera, ainda, que a criança, ao sentir-se amada, terá efetivamente melhor desenvolvimento. Obrigar uma mulher a ter um filho indesejado constitui dupla violência: contra a própria mulher e, principalmente, contra a criança, dada a sua total dependência dos adultos e a importância da qualidade dos cuidados que serão dispensados a elas para o seu posterior desenvolvimento afetivo e intelectual.

Segundo Faúndes (1994), quem se diz contra o aborto deveria também lutar por criar um ambiente favorável, em que a grávida solteira, por exemplo, não precise se submeter às injustas exigências da sociedade, necessitando, muitas vezes, abandonar a escola, ficar desempregada e sofrer, ainda, com a rejeição da família e da sociedade em geral. Para o autor, ser contrário ao aborto, deveria significar dar, à mulher grávida, segurança para que não precise se afastar da escola, o que tem sido muito comum nas classes sociais menos favorecidas; para que não perca seu emprego, continue recebendo o seu salário e, ainda, não precise ficar, por horas a fio, nas filas, aguardando atendimento, ou ficar a perambular de hospital em hospital, para dar à luz.

Kyriakos (1994, p. 40), refere-se ao aborto da seguinte forma:

“Os intérpretes do direito não são neutros e baseiam suas interpretações de acordo com a formação humana pessoal e ideológica (...) já que o Estado não atende as necessidades básicas, como prevê a constituição, também não tem direito de interferir na decisão da mulher de ter ou não filhos (...) existem métodos anticoncepcionais e estes também podem falhar”.

Para Genoíno Neto (1994, p. 43):

"o direito ao aborto é entendido como um direito civil. Os direitos civis dizem respeito à personalidade dos indivíduos. Neste particular, o Estado deve abster-se frente a esses direitos e, no máximo, reconhecê-los constitucionalmente".

Entende que o Estado tem um claro limite nas questões referentes aos direitos individuais. Segundo essa concepção, "o Estado não pode criminalizar a prática do aborto, desde que se respeitem os limites interpostos pelas recomendações científicas". (Genoíno Neto, 1994, p. 43).

A descriminalização do aborto não deve significar que a sua realização seja aceita pela sociedade. Cada um precisa ser livre e responsável para aceitá-lo ou recusá-lo. Segundo Genoíno Neto (1994, p. 43), "justamente por ser um direito individual, que a legalização do aborto não pode ser submetida a um plebiscito, pois a sociedade não pode julgar e impedir a utilização de um direito individual".

Quem é contra o aborto deve, contudo, respeitar aqueles que defendem a sua legalização e que optam por praticá-lo.

Gebara, religiosa que se dedica ao trabalho com educação de menores carentes posicionou-se favorável à legalização do aborto, numa atitude reconhecida como rara na Igreja Católica. Segundo ela:

"a mãe tem, sim, algum direito sobre a vida que carrega no útero. Se ela não tem condições psicológicas de enfrentar a gravidez, tem o direito de impedi-la (...) a moral católica não atinge as mulheres ricas, já que estas fazem aborto e têm os meios econômicos que garantem uma cirurgia em condições humanas" (Gebara, 1994, p. 46).

Para essa autora (1994, p.46), a moral defendida pela Igreja parece vir prejudicando as mulheres pobres, segundo ela: "o aborto deve ser descriminalizado e legalizado, pois no Brasil, quem morre são as mulheres

carentes. Reconhecendo que o aborto é um fato em nossa sociedade, ela entende que o melhor seria fazê-lo em condições de dignidade, pois para aqueles que não sofrem com as conseqüências de uma gravidez indesejada, parece fácil criticar e condenar quem recorre ao aborto”.

Há que destacar que a opinião desta religiosa, em relação ao aborto, deu-se pela sua convivência com mulheres pobres da periferia de uma grande cidade. Mulheres que, segundo ela, têm poucas ou insuficientes informações para desenvolver sua vida sexual de forma saudável; não conhecem os métodos para evitar filhos e, mesmo se soubessem, não teriam condições de fazê-lo, porque não dispõem de recursos e da assistência médica necessária. Esta situação levou-a a uma posição pragmática em relação ao aborto. Também, em posição favorável ao aborto, Felipe (1995, p. 147) esclarece que:

“defendo para toda a mulher o direito de decidir sobre, quando, como, e quantas vezes vai permitir que processos gerativos desencadeados em seu corpo sejam preservados até o seu termo, em especial quando ela se encontra numa condição de abandono, seja material, emocional, afetivo ou sexual”.

Defende, ainda:

“o direito de toda mulher que julga poder se reproduzir, de fazê-lo tantas vezes quantas puder, se isso pode ser levado a efeito sem perda da sua integridade física, moral, emocional e afetiva, garantidas pelas condições materiais favoráveis, extensivas a todas as criaturas que ela vier a gerar” (Felipe, 1995, p. 147).

A mesma autora propõe, ainda, que as mulheres, frente à inexistência de condições favoráveis á preservação da vida digna das pessoas que trarão ao mundo, tenham o direito de interromper o processo gerativo iniciado pela natureza, a sua revelia.

Singer, citado por Felipe (1995, p. 149), constrói seu parecer favorável ao aborto, baseando-se no fato de que, no aborto “não há indícios fortes de que algum interesse esteja sendo prejudicado, pois trata-se de uma criatura que, por não ter absolutamente nenhuma autonomia, não pode ter, absolutamente, nenhum interesse”.

A discussão sobre o aborto envolve diretamente o direito e a responsabilidade da mulher e da sua capacidade de discernir quando e como poderá ou não intervir no processo de gestação. Se a discussão a ser feita sobre reprodução, sexualidade e saúde reprodutiva não puder propiciar um espaço de aprendizado e transformação, estará ocorrendo de forma a reproduzir os moldes que, até hoje, determinam tantas outras decisões sobre a vida dos indivíduos, a exclusão dos diretamente afetados pela decisão a ser tomada.

Vê-se a tomada de decisão pelo aborto como uma questão de autonomia. A autonomia é uma qualidade própria dos seres racionais, decisão própria dos seres humanos que, de pleno gozo de seus direitos individuais, podem, livremente, optar pela manutenção ou não do processo germinativo iniciado pela natureza.

Maguire [1983?] traz a opinião do grupo Católicas pelo Direito a Decidir, organização não governamental (ONG) com fins educativos e de promoção de idéias, existente no Brasil, América Latina e Estados Unidos. Apóiam a mulher no seu direito de receber do Estado, no plano legal ou jurídico, atenção à saúde reprodutiva, ao planejamento familiar e ao aborto, trabalhando, também, para reduzir a sua incidência e aumentar as opções das mulheres, perante a gestação, garantindo-lhes a educação dos filhos através do desenvolvimento de programas

sociais e econômicos. Esta associação manifesta a sua aceitação pelo aborto, baseando-se no fato de que é importante que as mulheres assumam o centro de suas decisões, já que é delas, na maior parte das vezes, a responsabilidade pelos filhos gerados, pois são, freqüentemente, chefes de família. Na tentativa de minimizar os sentimentos de culpa, referidos por algumas mulheres, aponta que a Igreja Católica é formada por diversas pessoas com as mais variadas opiniões a respeito do aborto, considerando, alguns deles, possivelmente morais.

Por outro lado, muitas pessoas ou instituições têm se manifestado ativamente em defesa da vida do feto, considerando, assim, que o mesmo tem direitos inalienáveis a partir da concepção. Alguns destes grupos têm se mostrado até mesmo radicais em relação ao aborto, como nos Estados Unidos, os grupos pró-vida, que atacam e agredem mulheres em clínicas de aborto (Moraes, 1996). Poderíamos nos questionar se, ao atacarem e matarem mulheres em defesa da vida, tais grupos não estariam, de um certo modo, reproduzindo a destruição da vida?

Alguns políticos, por sua vez, embora sendo favoráveis ao aborto, parecem temer que, ao explicitarem tal posição, possam perder significativo número de votos, e ser objeto de crítica. Percebe-se, então, que este problema não tem sido tratado com o respeito e importância que merece, pois milhares de mulheres morrem, anualmente, em decorrência dos abortos provocados na clandestinidade.

Como, então, mudar este grave quadro de saúde pública? Será possível interromper esta reprodução de seqüelas físicas, emocionais e sociais, assim como a incidência de mortes desnecessárias, recriminando, discriminando,

negando assistência, negando, enfim, educação para saúde?

Ariha (1994, p. 13) relata que médicos brasileiros declararam ter realizado abortos em mulheres, cujos fetos apresentavam doença incompatível com a vida, sendo objeto de censuras.

De acordo com Pimentel e Gollop (1994, p. 31)

“países desenvolvidos oferecem, a custa do Estado, aos casais cujas gestações possuem risco genético, meios de diagnóstico genético no pré-natal (...) feito o diagnóstico de anomalia grave, poderá o casal optar por ter o filho e tratá-lo ou, ao contrário, optar pelo aborto, que será assistido pelo sistema de saúde”.

Em nosso país, além de não existirem serviços gratuitos para detecção de anomalias, as crianças nascidas com graves problemas, ficam aos cuidados de suas famílias, se as têm, apesar destas encontrarem-se, muitas vezes, no mais completo abandono. Ou, ainda, podem ser, como no Rio Grande do Sul, encaminhadas a instituições de amparo como a Fundação de Bem-Estar do Menor (FEBEM). No entanto, se a mulher, frente à identificação de anomalia no seu feto, decide pelo aborto, o faz em precárias condições, sob o olhar discriminatório da sociedade, podendo sofrer sanções legais.

De acordo com Belo (1999, p. 85), o ex-juiz de Direito Roberto Tommassini, pai de uma criança portadora da síndrome de Down, afirmou ser favorável a descriminalização do aborto nesses casos. Ele destacou que sua família teve plenas condições para cuidar da criança, “mas a realidade da sociedade é outra”.

Já Martins (1994, p. 37) jurista, resgata que o artigo 5º, parágrafo 2º da Constituição, prevê o direito à vida, “que começa no exato momento da

concepção” e que, segundo ele, “a mulher não é a titular da vida gerada em seu útero”, comparando o aborto a um “*homicídio*”, e chamando o Estado a sua responsabilidade.

Ainda, como relata o mesmo jurista, “devemos exigir do Estado o fornecimento do direito a dignidade do ser humano. Se o Estado não cumpre o seu dever, não podemos eliminar o ser humano” (Martins, 1994, p. 39).

Parece de fácil entendimento a assertiva do referido jurista, mas sabemos que o Estado não tem conseguido cumprir seus deveres mínimos relativos à educação, saúde e trabalho para o todo da sociedade. Como cobrar do Estado atitudes de respeito a seres humanos que não conseguem sequer ser aceitos no meio familiar?

Nalini (1994, p. 40), juiz, com mais um argumento contra a legalização do aborto, cita o Estatuto da Criança e do Adolescente que afirma: “a criança tem necessidade de proteção jurídica apropriada, antes e depois do nascimento”. Na verdade, não importa a corrente adotada, se é contra ou a favor do aborto; consideramos, sim, de vital importância a intenção de modificar este panorama assustador, que vem vitimando mulheres e crianças.

É necessário, e também oportuno, enfatizar que só a intenção de transformar uma realidade não basta. Necessitamos, sim, de Políticas de Saúde que privilegiem as mulheres nas questões de saúde, oportunizando-lhes conhecimento do processo de gravidez, tendo acesso amplo e gratuito aos métodos anticoncepcionais, ao conhecimento de seu uso, das suas vantagens e desvantagens, para que possam desfrutar, com tranquilidade e responsabilidade, sua sexualidade.

É importante que os países tentem, urgentemente, auxiliar na mudança de comportamentos de risco, elaborando estratégias para que os homens compartilhem da responsabilidade da saúde reprodutiva e sexual, incluindo o planejamento familiar. Este precisa necessariamente estar ligado à paternidade responsável, ou seja, à idéia de que homens e mulheres, conscientes de suas obrigações, não saiam por aí, na ignorância, jogando filhos no mundo (Belo, 1999).

Muitas das pessoas que defendem a prática e a liberação do aborto e as que as condenam, freqüentemente, são levadas a agir assim por motivos sociais, morais e religiosos. Entendo que estes últimos são os que mais têm provocado discussões a respeito do aborto; por isso, farei um breve resgate de algumas das correntes religiosas existentes em nosso país e de seu posicionamento sobre o aborto.

2.2.1 - ABORTO E AS DIVERSAS RELIGIÕES

Apresento a visão do aborto preconizada em várias religiões: catolicismo, judaísmo, espiritismo e protestantismo, apoiando-me em leituras referentes ao tema, Verardo (1987), Nogueira (1995), Prado (1995) e Belo (1999) e nas minhas vivências pessoais.

Partindo do princípio da existência de vida imediatamente após a fecundação, aparecem, então, diversos segmentos da sociedade contrários à legalização do aborto, por considerá-lo um crime contra a pessoa humana. A sociedade em que vivemos, possivelmente pelos aspectos culturais dominantes e

presentes na sua educação, não aceita facilmente a realização do aborto, mesmo nos casos previstos por lei.

Para as diversas religiões, há várias interpretações para a prática do aborto, conforme segue.

A posição da **Igreja Católica** tem mudado muito através dos tempos; hoje, mais do que nunca, encontramos, neste segmento, posições divergentes. As doutrinas baseadas em São Basílio, desde o século IV, condenam o aborto em qualquer estágio e em qualquer circunstância, já que se considerava que a alma era infundida no novo ser no momento da fecundação³. Esta posição foi modificada no século VI, no Código Justiniano, que permitia o aborto, contanto que fosse praticado nos primeiros 40 a 80 dias de gestação. Nesta ocasião, passou-se a considerar que a infusão da alma só ocorreria quando o feto adquirisse forma humana, o que significava que, enquanto a alma não estivesse infundida no corpo, o aborto não poderia ser considerado homicídio. Esta idéia perdurou por quase 10 séculos, sendo confirmada, então, pelos papas deste período. No Concílio de Trento (1545-1563), foi adotada a idéia de que o movimento do feto representava uma expressão da sua alma, o que significava que o feto passaria a ter alma, a partir do momento em que a mulher sentisse os primeiros movimentos em seu ventre⁴. Em 1869, a proibição do aborto foi reinstituída pelo Papa Pio IX, sendo restabelecida a teoria da animação imediata, permanecendo, até hoje, enquanto posição oficial da Igreja Católica, a pena de excomunhão para as pessoas que fizerem aborto. Foram encontrados, em dois

³Teoria da animação imediata: a alma seria infundida no corpo no momento da fecundação. (São Basílio *apud* Verardo, 1987, p. 49).

⁴Teoria da animação mediata: a alma seria infundida no corpo quando a mulher sentisse os primeiros movimentos do feto. Código Justiniano (Verardo, 1987, p. 49)

textos do papa Pio XII, apresentados por Verardo (1987, p. 49) referências a este assunto, tratando da controvertida situação em que se deve optar pela vida da mulher ou pela vida do feto. Diz o primeiro: "A criança, mesmo antes de nascer, é 'homem' no mesmo grau e na mesma qualidade de sua mãe" (Pio XII *apud* Verardo, 1987, p. 49).

E o segundo:

"Este princípio (de respeito à vida humana) vale tanto para a vida da criança quanto para a vida da mãe. Jamais, em caso algum, a Igreja disse que a vida da criança é preferível à vida da mãe. (...) Não, nem a vida da mãe nem a da criança devem ser vítimas de supressão direta. De um lado como o de outro, não fazemos senão uma exigência: façam-se todos os esforços para salvar a vida dos dois, da mãe e da criança. (...) Se, malgrado todos os esforços da ciência, surgirem casos em que se pode prever a morte da mãe (...) nada mais resta ao homem, que até o último momento se esforçará para salvá-la, que curvar-se com respeito diante das leis da natureza e das disposições da Divina Providência" (Pio XII *apud* Verardo, 1987, p. 49).

Para Miranda, citado por Nogueira (1995, p. 18),

" a doutrina cristã condena severamente o aborto terapêutico, uma vez que o estado de necessidade não legitima, em caso algum, o sacrifício do inocente não sendo 'lícito fazer o mal para conseguir o bem'. Isto no que tange ao aborto direto, porquanto seria permitido, com as devidas cautelas, o aborto indireto".

Assim, haveria autorização somente para o aborto indireto, aquele em que a salvação da mãe teria, como consequência acessória, a morte do feto.

Pode-se perceber que a posição histórica da Igreja Católica mudou com o passar do tempo, apesar de, a partir de meados do último século, não ter sofrido grandes alterações. No entanto, pode-se observar mudanças de opinião de alguns grupos dentro da Igreja.

Em 1984, pronunciando-se na Conferência Nacional dos Bispos, em Itaiçá

no Estado de São Paulo, o Papa João Paulo II condenou qualquer política de controle de natalidade que liberasse a realização do aborto e a utilização de métodos artificiais de contracepção⁵ (João Paulo II *apud* Nogueira, 1995, p. 18). Na ocasião, salientou que “o planejamento familiar deve ser de responsabilidade exclusiva da família, que, por meio de métodos naturais e orientada para uma paternidade responsável, decidirá sobre sua prole”.

É possível perceber que os tempos mudaram, as práticas sociais, hoje, já não são mais as mesmas, mas as doutrinas parecem não vir acompanhando estas transformações. Há que se lembrar que a doutrina cristã merece respeito, pelo valor moral de seus ensinamentos, mas faz-se necessário refletir que nem toda a população adota a referida doutrina e que somente se sentem obrigados a acatá-la, alguns de seus seguidores. Os jovens iniciam-se cada vez mais precocemente na vida sexual; é importante que sejam orientados de forma a entender a maternidade e a paternidade de forma responsável, tendo a oportunidade de optar ou não por ter filhos, para que só gerem aqueles realmente desejados. Para tanto, é necessário que os grupos sociais, religiosos ou não, tratem este assunto de maneira aberta, permitindo, assim, sua ampla discussão.

Na **religião Judaica**, em Israel, o aborto foi legalizado em 31 de janeiro de 1977. O que contribuiu para a sua legalização foi a crença de que a criança só se torna viável a partir do trigésimo primeiro dia de vida, isto é, quando ela completa trinta e um dias de nascida. Em outras palavras, o feto não seria um ser

⁵O Papa João Paulo II mantém seu posicionamento contrário ao aborto, como forma de preservação da vida do feto. Mas o que pensar, já que estão a falar em vida, de sua determinação que impede, inclusive, o uso de preservativos nas relações sexuais, sabendo-se do atual quadro de disseminação de doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

viável, já que não tem condições de sobrevivência fora do útero materno. Para a lei judaica, uma criança que não sobreviva além de um mês de vida fora do útero materno é considerada um aborto e não uma personalidade legal (Verardo, 1987).

Está claro que essa religião encara a alma de forma diferente do catolicismo. Para o judaísmo, “a alma não é redutível ou extensível, isto é, não cresce durante os nove meses de gestação nem diminui, já que ela é de natureza espiritual” (Verardo, 1987, p. 51). O aborto, nesta religião, interrompe uma vida possível, mas se a mulher interrompe a gravidez, ela estaria fazendo o mesmo que uma mulher que deixa de ter relações com o seu marido durante o período fértil para não engravidar. Nos dois casos, teríamos uma gravidez evitada. Se, no segundo, não há homicídio, também não haveria no primeiro (Verardo, 1987, p. 52).

Embora seja conhecido que o judaísmo pregue uma moral extremamente rígida em relação à mulher, poderemos verificar que, de todas as religiões que serão aqui abordadas, esta é a que tem uma atitude de maior respeito à sua individualidade, nas questões referentes ao aborto.

Os judeus “consideram, ainda, que se o aborto não é desejável, também não pode ser considerado um assassinato”. O mais importante é a saúde da mulher e o seu equilíbrio físico e psíquico, o que implica que, em caso de risco de sua vida, o aborto é permitido, ficando a cargo da sua consciência individual (Prado, 1995, p. 66).

Para o **Espiritismo**, o pressuposto básico é que o espírito sempre existiu. A cada morte de um ser, o seu espírito desliga-se para encarnar novamente em

um outro corpo. Quando este novo ser esperado redunde em um aborto, segundo esta doutrina, não acontece apenas a morte de um corpo, mas a frustração de um espírito, que teria de procurar outro corpo para reencarnar; temos, então, uma perturbação no ritmo normal dos espíritos (Verardo, 1987, p. 52).

Para Prado (1995, p. 68) esta doutrina vê, no aborto, uma recusa aos desígnios de Deus. Ainda, “consideram a vida do ser já existente como prioritária em relação ao ser que ainda não existe e, havendo risco para a mãe, a interrupção da gravidez pode ser praticada”. É possível, através dessas visões, identificarmos que, assim como em outras religiões, no espiritismo não há unanimidade de idéias em relação ao aborto, pois “o grau de punição em relação ao ato praticado varia de acordo com o contexto individual”.

O **Protestantismo** tem várias correntes (batista, luterana, metodista, episcopal e unitária) que não possuem posições tão homogêneas, havendo, então, um leque maior de atitudes relacionadas ao aborto, embora todas elas se aproximem num ponto: o aborto não deve jamais ser adotado como método de controle de natalidade. Todas admitem o aborto terapêutico, quando a vida da mãe corre perigo, e algumas aceitam o aborto eugênico, quando o feto apresenta anomalias ou doença grave (Verardo, 1987, p. 55-56).

O que se deve destacar nas igrejas protestantes, é o enfoque dado à da mulher. No momento da concepção, ela adquire direitos e deveres relacionados à maternidade, ficando encarregada de cuidar e atender às necessidades do feto até o seu nascimento. Para isso, passa a ser cuidada, de modo a que este período ocorra de forma tranqüila. Se houver necessidade, recorrerá ao médico e este, se tiver que escolher entre a vida da mãe e do feto,

optará, prioritariamente, pela sobrevivência da mãe. Há que se lembrar que os países, nos quais o credo protestante é mais intenso, foram os primeiros a adotar legislações mais liberais em relação ao aborto.

2.3 - ÉTICA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES QUE INTERNAM POR ABORTO PROVOCADO

Para encerrar este capítulo referente ao aborto como uma questão de saúde reprodutiva, reconheço ser importante explicitar alguns aspectos éticos envolvidos e que nortearam este trabalho. Considero que a enfermagem está permeada, no seu dia a dia, por questões e dilemas éticos, especialmente durante a assistência a pacientes com complicações de aborto provocado.

Tais mulheres, são freqüentemente discriminadas, em algumas instituições de saúde, principalmente por aqueles que se posicionam contrários a realização do aborto, discriminando as mulheres que o provocam, não levando em consideração a opção individual. Com freqüência, elas têm tido a assistência de saúde negada e/ou negligenciada. Neste ponto, emergem valores éticos e morais que podem estar sendo desrespeitados.

Ética é o conjunto de normas que regem os atos humanos; pode ser, ainda, um esforço em realizar as potencialidades dos seres humanos (Gelain, 1987).

Para Segre, Cohen (1995), a ética se fundamenta em alguns pré-requisitos como: perceber os conflitos (consciência), ter autonomia para posicionar-se entre a emoção e a razão e ser coerente frente aos valores, princípios e ações.

A ética na enfermagem pode ser entendida como o compromisso de busca de uma consciência crítica que objetive uma assistência mais comprometida e uma sociedade mais justa. Segundo o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1993), no que diz respeito à assistência à mulher durante o processo de abortamento (art. 45), “é proibido aos profissionais enfermeiros, provocarem aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação”. Já nos casos previstos em lei, aborto terapêutico e quando a gravidez provém de estupro, forma-se, então, para o profissional, um dilema, a partir do qual deverá decidir, conforme sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo, já que o Código não proíbe nem obriga a sua participação.

No entanto, a participação da Enfermagem e a sua responsabilidade profissional frente às mulheres que praticam aborto, extrapolam, a meu ver, o dilema ético de participar ou não do processo abortivo legal. Abrangem o compromisso com a saúde reprodutiva da mulher e com o direito da mulher que interna por aborto provocado de receber uma assistência de enfermagem humanizada. O Código de Ética, em seu cap. I, art. 3º, afirma que “O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

O fato de negarmos, negligenciarmos ou descuidarmos do atendimento às mulheres que internam por aborto provocado significa que estaremos incorrendo, também, em erro, segundo o Código de Ética. Se estas mulheres, ao procurarem o serviço de saúde com complicações de aborto, não forem corretamente atendidas, poderão vir a apresentar seqüelas das quais poderá advir, até, a morte.

Ao falar em seqüelas, aponto, também, as psicológicas que são, por sua vez, as mais veladas e que podem deixar marcas por uma vida inteira. Onde está, então, o nosso cuidado com o direito à proteção da vida e integridade do ser humano (da mulher)? Entendo ser necessário focalizar a assistência que vem sendo prestada a estas mulheres, de modo a nos questionarmos e reafirmarmos a importância que tem, para nós, a vida de um outro ser humano, independente de julgamentos morais de seus atos. Não cabe avaliarmos que atos tenha esta mulher realizado; importa sim, para nós, a assistência humanizada a este ser (mulher) que, neste momento, mostra-se mais fragilizado, necessitando não só de cuidado do corpo físico, como do apoio para o enfrentamento desta situação.

A proposta de reflexão sobre uma assistência de enfermagem que respeite as mulheres como cidadãs tem a intenção de que, a partir de um processo de reflexão/ação, pautadas no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nós, enfermeiras, possamos implementar uma nova abordagem, no atendimento às mulheres que internarem por aborto provocado.

A seguir, dando continuidade, apresento o marco conceitual.

3- MARCO CONCEITUAL

Para Trentini (1987, p. 135), marco conceitual “é o conjunto de definições e conceitos interrelacionados, com o objetivo de apreender maneiras globais de perceber os fenômenos e de guiar a prática de um modo abrangente”. Na verdade, as nossas ações são pautadas e/ou são a expressão de uma concepção teórica e de uma vivência pessoal e profissional, mesmo que não tenhamos consciência deste fato. O marco conceitual, neste trabalho, foi construído a partir das minhas vivências pessoais, das leituras realizadas de Paulo Freire (1980, 1987, 1994, 1996, 1997, 1998) e de autores que falam a respeito do seu método e, também, das idéias de Joyce Travelbee (1979); estudos estes que vêm me propiciando refletir e repensar o meu papel como enfermeira, educanda e educadora, frente às mulheres que internam por complicações decorrentes de aborto provocado.

A relação pessoa a pessoa, proposta por Travelbee (1979), constitui-se em uma meta a ser alcançada; é o resultado de uma série de interações entre dois seres humanos, em que enfermeira e cliente crescem com a capacidade de relacionar-se. Segundo Travelbee, a enfermeira que deseja relacionar-se com a

cliente, precisa comprometer-se emocionalmente com a mesma. Esse compromisso é cognitivo e afetivo; nele, as enfermeiras precisam ter a capacidade de transcender seus próprios problemas e conflitos e preocuparem-se com os problemas do outro (mulher).

Vários fatores como valores morais e religiosos poderão interferir nesta capacidade de transcender. Para que possamos fazê-lo, é necessário que aceitemos o outro (estando com ele, colocando-se no seu lugar), com as suas limitações e tentemos percebê-lo como ser humano único. Para que isso aconteça, é necessário que a relação seja permeada por franqueza e liberdade.

Segundo Fonseca (1996), por muitos anos, as enfermeiras foram instadas a evitar o comprometimento emocional com suas clientes. Acredito, porém, que uma relação baseada no respeito e no entendimento ao outro, poderá ser mais efetiva para o reestabelecimento da saúde, do que uma relação na qual enfermeiras e clientes mantenham-se afastadas.

Quando optei, também, por apoiar-me nas idéias de Freire, neste trabalho que ora apresento, o fiz por considerar que a mulher, como cidadã do mundo, poderia crescer como tal, não apenas no sentido biológico, mas na sua condição de realizar escolhas, de encontrar-se mais instrumentalizada para enfrentar os desafios que se apresentam.

Freire parece responder muitas questões referentes a como desempenhar as ações educativas presentes na prática de enfermagem, numa proposta de ruptura da relação profissional/cliente, como uma relação entre quem sabe e quem desconhece, para uma relação profissional-cliente como sujeitos com diferentes saberes e trajetórias. Uma relação que propõe e espera que os

clientes vislumbrem poder ser sujeitos, em que se vivencie a horizontalidade na assistência.

Encontrei no respeito ao ser humano, de que fala Freire, a importância de reconhecer e valorizar as idéias e conhecimentos do outro. Foi a partir da desestabilização das certezas e da emergência das dúvidas, que pude ampliar o meu mundo de saberes, reconhecendo que é na partilha, no escutar e compreender o outro, que podemos atingir determinados objetivos comuns.

Reconheço que as leituras de Freire e Travelbee e as reflexões a que elas me levaram, vêm sendo de grande valia para subsidiar-me tanto para a análise e busca de mudanças na prática assistencial, quanto para "Iniciar a construção de um processo educativo junto as enfermeiras de uma UIO, sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado, em busca de uma assistência humanizada a cidadã".

Para isso, apresento meus pressupostos que se devem a crenças pessoais que foram emergindo e amadurecendo, ao longo do processo de trabalho no qual estamos nos permitindo discutir a assistência de enfermagem. Foi de suma importância que estes pressupostos estivessem presentes para embasar nossas discussões:

1. A enfermagem, freqüentemente, ao prestar assistência às mulheres com complicações de aborto provocado, tem deixado que seus valores morais contrários a realização do aborto fiquem evidenciados, comprometendo a assistência prestada.
2. A enfermagem precisa assistir às mulheres que provocam aborto, pautada em seu Código de Ética, que prevê uma assistência digna e

humana a todas as pessoas.

3. A enfermagem é uma profissão comprometida com a vida e o respeito ao ser humano, não lhe cabendo discriminações de qualquer natureza.

4. O início do processo de conscientização das enfermeiras em relação a necessidade de prestarem assistência humanizada também as mulheres que provocam aborto poderá ser difícil, mas após iniciado, acredito que jamais serão as mesmas pois a conscientização pressupõe alertar, desacomodar e, possivelmente, transformar a realidade.

5. O processo educativo é um meio através do qual se pode discutir e problematizar de forma dinâmica e permanente a assistência de enfermagem, em busca de maior qualidade para a mesma.

Como cidadã e como mulher, venho problematizando o meu fazer, questionando-me acerca das possibilidades de desencadear um processo coletivo que favoreça o despertar da consciência crítica das enfermeiras.

Então, para iniciar a apresentação deste marco conceitual, considero significativo expor que tive a intenção de que, através desta proposta, o grupo de enfermeiras, que se dispôs a ousar, se mobilize para reconhecer as mulheres que internam por aborto provocado como sujeitos; clientes que, mais instrumentalizadas, possam ampliar seus conhecimentos acerca de seus direitos e possibilidades de atendimento na rede básica; de forma que, mesmo durante a internação por complicações de aborto provocado, reconheçam e vejam reconhecido o seu direito de cidadãs, a uma assistência digna e de qualidade, sem discriminação por parte de qualquer membro da equipe de saúde e que compreendam, sobretudo, a importância do respeito ao seu corpo, à sua saúde e

à sua cidadania.

3.1 - CONCEITOS

A educação é entendida como um processo de caráter permanente e inacabado, assim como, inacabado é o próprio homem; o processo educativo precisa acontecer continuamente entre os sujeitos, ajudando-os a serem mais, buscando desvelar a realidade que os envolve, através do diálogo, de modo que descobrindo esta realidade possam libertar-se pela consciência de sua responsabilidade como seres no mundo. A educação, quando ligada à realidade que envolve os sujeitos, tem o poder de aproximá-los, estimulando cada sujeito a ser autor de seu próprio processo.

Para que as enfermeiras possam reconhecer sua responsabilidade como profissionais (em relação às mulheres que internam por aborto provocado), num mundo de intensas transformações de valores morais e culturais, é necessário para que o processo educativo aconteça que haja o diálogo, que representa uma comunicação recíproca, com um propósito definido, que as ajude a se conhecerem, orientando-se para os problemas do aqui e agora; que se caracterize por ter como fruto uma profunda reflexão, instrumento que objetiva a tomada de consciência e a mudança na ação.

As mulheres são seres humanos que podem ser sujeitos históricos por fazerem-se presentes, participantes e comprometidas com os grupos sociais nos quais estão inseridas desde o nascimento e com o universo do qual fazem parte, engajando-se, acima de tudo, com questões referentes à sua saúde e ao cuidado

de si, sendo, assim, sujeitos e não objetos de ação dos outros.

As mulheres são seres capazes de pensar e de decidir, de estabelecer relações com outros seres e com a realidade. Assim, pondo em prática sua capacidade de discernir, podem mudar não só a si mesmas, mas a sua realidade. São capazes igualmente de reconhecer que não vivem num eterno presente e, sim, há um tempo feito de ontem, hoje e amanhã. Essa tomada de consciência permite-lhes tomar consciência de sua historicidade e da sua importância como transformadoras (Freire, 1980).

O aborto Inseguro é um procedimento para interromper uma gravidez indesejada seja por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente sem os mínimos padrões médicos, ou ambos (OMS). É, ainda, um procedimento inseguro para por fim a gravidez indesejada, capaz de trazer, consigo, uma série de danos pessoais e emocionais, que poderão ser exacerbados ou diminuídos de acordo com a qualidade da assistência de enfermagem prestada durante a internação. Já aborto provocado é aquele no qual “se aplicam métodos agressivos ao ambiente uterino, de forma a induzir o descolamento do ovo ou o perecimento do embrião ou feto” (Matielo, 1994, p. 24); “é originar de forma ilegítima e voluntária a destruição do feto no útero ou a sua violenta expulsão” (Belo, 1999, p. 34).

Para o desenvolvimento deste trabalho de caráter educativo, o referencial de Freire serviu como viga mestra na construção que pretendi realizar. A proposta de estimular a conscientização do grupo, através da práxis - ação/reflexão/ação - previa que as enfermeiras, como sujeitos, pudessem olhar de forma mais crítica para a sua realidade, com o objetivo de buscar alternativas

para a transformação da assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto, contribuindo, assim, para se aproximarem de sua condição de cidadãs, no exercício de seus direitos, sabendo reconhecê-los e exigí-los, comprometendo-se com o mundo e com sua própria história, vivendo intensamente o presente, acreditando no futuro e na sua capacidade de transformá-lo.

Na instituição hospitalar, ao serem internadas, as mulheres que realizam o aborto deparam-se com pessoas (equipe de saúde) também resultantes de uma construção social, econômica, histórica e política diferentes. A realidade tem mostrado, ainda, uma relação predominantemente vertical da equipe de saúde com estas mulheres. Elas têm sido atendidas, predominantemente apenas, em suas necessidades de cuidados imediatos (controle de sinais vitais, administração de medicação, realização de exames), sem uma preocupação maior com seus sentimentos, dificuldades e necessidade de educação para saúde, uma relação na qual, aparentemente, não há suficiente reconhecimento da mulher, pela equipe, como um ser humano que se encontra na situação de cliente que provocou um aborto.

A proposta implementada teve como propósito constituir-se em um espaço educativo de reflexão, de troca de saberes, em que a educação para a saúde, aqui focalizando a saúde reprodutiva, pudesse ser abordada de um modo amplo. Isto, nesta prática, significou construir um ambiente o mais possível desprovido de preconceitos, de críticas e julgamentos frente às mulheres com complicações de aborto provocado.

Processo educativo é entendido como um processo de crescimento dos indivíduos, que buscam aprender acerca de si mesmos, de sua situação no

mundo; tem caráter permanente e dinâmico, no qual educandos e educadores caminhem juntos. Um processo no qual as enfermeiras envolvidas precisam reconhecer-se como sujeitos da sua educação. Isso pode acontecer ao tentarem conhecer, compreender e problematizar a sua realidade, na busca permanente de ser mais e de assistir melhor.

Para que o processo educativo possa ser efetivado, faz-se necessário que ocorra a conscientização das enfermeiras mediante a qual assumimos um compromisso histórico, como protagonistas de nossa história no mundo e na própria sociedade, implicando que nós, enfermeiras, ajudemo-nos a respeitar as clientes e que estas, também, possam assumir seu papel de sujeitos, que fazem e refazem o mundo. A conscientização exige que as enfermeiras e as clientes (mulheres) reflitam sobre sua condição no mundo:

“A conscientização que se apresenta como um processo num determinado momento, deve continuar sendo processo no momento seguinte, durante o qual a realidade transformadora mostra um novo perfil (...) A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação-reflexão” (Freire, 1980, p. 26).

A conscientização é um processo vivido pelo sujeito que se permite ousar, pensar o que pensa, o que faz, o que vive, duvidar de suas certezas e buscar um outro pensar e um outro fazer. Se não nos permitimos um espaço de liberdade, no qual a expressão maior é o pensar, como poderemos desejar e alcançar mudanças? Rever o nosso fazer diário, colocando sobre ele um olhar crítico, permitindo-nos, a partir disso, modificá-lo, é o início de um longo e contínuo processo que, depois de iniciado, os sujeitos nele envolvidos, possivelmente, não serão mais os mesmos. Conscientizar pressupõe desacomodar, buscando uma

nova ação. Se isso não puder acontecer, estaremos, apenas, reproduzindo uma prática ultrapassada de educação, a qual não permite o crescimento dos sujeitos envolvidos, por não vê-los como participantes, como responsáveis.

Neste contexto, vejo presente a Enfermagem, definida por Travelbee (1979, p. XIII), como uma profissão que pode caracterizar-se como

“um processo interpessoal mediante o qual a enfermeira profissional ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde, prevenir e enfrentar a experiência da enfermidade e se necessário ajudar a descobrir um sentido a estas experiências (...) uma profissão comprometida com os sujeitos e sua saúde, compreendendo as ações administrativas, assistenciais, investigatórias e educativas que, freqüentemente, se interpenetram como se deseja que aconteça em um processo educativo” .

A enfermagem, ainda, pode favorecer e estimular o diálogo, criando um espaço de reflexão sobre a realidade vivida, no qual a mulher é estimulada a reconhecer a sua condição de um ser que pode chegar a ser mais, a ser mulher cidadã.

A enfermeira é a responsável pela assistência de enfermagem, que é entendida como o ato de atender ao ser humano em situação de doença ou não, estimulando, favorecendo e realizando ações que ajudem a melhorar, se possível, seu bem estar físico, mental e social. É um processo, também, através do qual se estimula as mulheres para que, orientadas, possam fazer opções quanto a sua saúde e seu cuidado. Durante este processo, ainda, não se deve exercer sobre a mulher qualquer tipo de coerção ou domínio; é necessário, sim, assisti-la, reconhecendo-a como cidadã com direitos e deveres.

A Enfermeira é um ser social que trabalha interagindo com os clientes em situação de doença ou não, tem um corpo de conhecimentos específicos e,

através de sua reflexão crítica, pode ajudar a si mesma a transformar a assistência de enfermagem quando esta não corresponder às necessidades tanto da equipe como das clientes. Para Siqueira (1998, p. 11), a enfermeira “realiza-se profissionalmente através de sua práxis cuja fundamentação teórica se encontra sustentada na reflexão e na experiência vivida”.

A assistência de enfermagem humanizada é aquela na qual a mulher é vista e entendida como cidadã como ser humano tendo assim seus direitos reconhecidos e respeitados durante o seu atendimento, podendo participar do planejamento e execução de seu próprio cuidado, é uma assistência comprometida, na qual buscamos transformar o nosso vivido profissional, e isso poderá acontecer através do diálogo comprometido, no qual possamos problematizar, junto ao grupo, o nosso fazer diário. Problematizar significa questionar, levantar problemas, discutir a assistência de enfermagem em suas mais variadas nuances, reconhecendo, também, nossas limitações no exercício da enfermagem, sem nos conformarmos com as mesmas, buscando, sempre, a possibilidade de fazer melhor, trabalhando no enfrentamento cotidiano das situações que se apresentam.

É necessário, então, que se intensifique, a partir desta proposta de reflexão da assistência de enfermagem, uma possibilidade de educação para a saúde que seja libertadora; que, assim, consiga contribuir para a formação de uma consciência crítica nas enfermeiras, de modo a se perceberem como possíveis agentes de transformação.

Para que isso possa acontecer, penso, como Freire que, “para que haja transformação, é preciso que se reinvente uma sociedade de baixo para cima, em

que as massas populares tenham, na verdade, o direito de ter voz e não o dever apenas de escutar. Esse é um sonho que considero possível, mas que demanda o esforço fantástico de criá-lo: **quer dizer: para isso, é preciso que a gente anteontem já tivesse descruzado os braços para reivindicar esta sociedade”** (Freire 1994, p. 94).

4. CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

Esta prática foi desenvolvida com enfermeiras de uma UIO, com o propósito de focalizar um problema vivenciado no cotidiano profissional que, por ser de cunho assistencial, envolve vários membros da equipe. Este problema vem sendo percebido, por algumas pessoas, há algum tempo, tendo sido, inclusive, fonte de outros trabalhos, como já referido. Trentini, Paim (1999, p. 17-18), ao enfocarem a pesquisa realizada no desenvolvimento da assistência diária, a denominaram pesquisa convergente assistencial, caracterizando-a como aquela que é "desenvolvida concomitantemente com a prática assistencial e a sua principal característica é a sua convergência com esta prática".

Este trabalho manteve, em todo o seu processo, uma relação muito forte com as atividades cotidianas, durante as quais emergem dúvidas relacionadas ao fazer da enfermagem, e uma procura, também, de respostas para as mesmas.

x Teve como objetivo "iniciar a construção de um processo educativo, junto as enfermeiras de uma UIO, sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado, em busca de uma assistência humanizada e cidadã". Pretendeu que os resultados alcançados com este

processo, pudessem intervir, de forma positiva, na melhoria da qualidade da assistência de enfermagem às mulheres que provocam aborto.

O trabalho teve, ainda, como propósito, a tomada de consciência, que é o reconhecimento e o compromisso com a realidade dos agentes implicados na atividade a ser investigada; não se tratou apenas de resolver uma situação problemática a curto prazo, mas de desenvolver uma consciência crítica do grupo, oportunizando um repensar do cotidiano com enfermeiras que assistem mulheres que provocam aborto.

O local de escolha para a realização deste trabalho foi um hospital geral em um município do RS, mantido por uma Universidade e que tem como objetivos a extensão, o ensino e a pesquisa. É um hospital de médio porte, com aproximadamente 150 leitos. Estes leitos estão divididos em várias clínicas (médica, cirúrgica, ginecológica, obstétrica, pediátrica, UTI adulto e neonatal), ambulatórios de diversas especialidades e Serviço de Pronto Atendimento. Além destas, conta, também, com os serviços de apoio, como Serviço Social, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Laboratório, Serviço de Nutrição e Dietética, dentre outros. Atende, na sua maioria, pacientes conveniados com o SUS, provenientes da cidade, bem como de outros municípios e distritos. A direção da instituição tem concentrado esforços no sentido de, além de assistir a comunidade, investir no seu crescimento e estimular a formação de recursos humanos.

Para o desenvolvimento deste trabalho, foi enviada, à Direção do Hospital, a solicitação escrita de autorização para sua realização (anexo A), apresentando seus objetivos, assegurando anonimato das informações, bem como a devolução

dos resultados. A Chefia de Enfermagem do Hospital recebeu com simpatia a proposta, por acreditar que as situações evidenciadas como problemas, quando têm a possibilidade de ser refletidas, podem trazer resultados mais duradouros. A unidade escolhida foi a Unidade de Internação Obstétrica (UIO), que conta com 22 leitos, sendo assim distribuídos: 2 privados, 4 semi-privados e 16 leitos para pacientes do SUS. Dos leitos designados para pacientes do SUS, 2 são reservados para pacientes com complicações de aborto.

Nesta unidade, então, venho desenvolvendo minhas atividades profissionais há, aproximadamente, 7 anos, e tenho participado de estudos sobre este tema, os quais vieram a contribuir, de forma significativa, para o desenvolvimento deste trabalho, gerando dúvidas e estimulando a procura de respostas às mesmas.

Inicialmente, procurei cada uma das outras seis enfermeiras atuantes na UIO, expus a proposta deste trabalho, apresentando os seus objetivos e a metodologia. Neste primeiro contato, convidei-as a participarem, destacando que a sua resposta não precisaria ser definida naquele momento. Posteriormente, enviei um convite formal (anexo B) a cada uma delas, explicitando os motivos de trabalhar com este tema. Expressei, ainda, minhas inquietações, enquanto enfermeira e mulher, sobre o modo como percebia a assistência de enfermagem às mulheres que internavam por aborto provocado: a forma, muitas vezes punitiva e discriminatória, que envolvia a equipe de saúde como um todo, a equipe de enfermagem e as enfermeiras. Expressei os conflitos que tais percepções causavam, à medida que percebia a necessidade dos sujeitos/mulheres serem tratadas como cidadãs.

A todas as enfermeiras que aceitaram participar do grupo, foi garantida a preservação de seu anonimato, sendo identificadas, a partir de então, por nomes de elementos da natureza (Água, Fogo, Vento, Brisa). Ainda, foi assegurada a possibilidade de desistência do grupo em qualquer fase do desenvolvimento dos trabalhos. Foram propostos, inicialmente, seis encontros, com a duração de, aproximadamente, uma hora cada um deles, pois sempre haveria uma enfermeira da UIO no seu horário de trabalho. O tempo, então, foi previsto para possibilitar a participação de todas as enfermeiras envolvidas, sem que, com isso, o trabalho diário viesse a ser comprometido.

Realizaram-se cinco encontros, pois houve um período de intensas modificações na estrutura organizacional da enfermagem, como a transferência de unidade de algumas colegas de trabalho. Isso gerou certa insegurança na equipe que estava participando da proposta; esse momento foi por mim respeitado. A duração dos encontros foi de aproximadamente 90 a 120 minutos.

Das seis enfermeiras que foram convidadas a participar, três delas compareceram sempre; uma das colegas declarou-se impossibilitada por problemas profissionais; outra desculpou-se por não poder comparecer, no primeiro encontro, dizendo que o faria nos subseqüentes, o que não aconteceu. A disposição em participar ou não do grupo tem sua importância à medida que, acredito, se faça necessário discutir situações vistas como problemas, para que se possa transformá-las. Não há unanimidade entre os autores sobre um número de participantes de um grupo para reflexão, mas há o consenso de que pode variar entre 5 e 12 participantes. Leite (1973) indica, como ideal, um número máximo de 10 participantes.

O registro dos dados foi feito através de gravação em fitas K7 e, ainda, através de anotações escritas, feitas por mim mesma, logo após o término das atividades com o grupo. Após os encontros, as gravações foram transcritas para que os dados pudessem ser analisados e subsidiar as atividades subseqüentes.

4.1 - PROPOSTA EDUCATIVA

O processo educativo, como já referido, foi inspirado na proposta metodológica de Freire. Este método vem sendo trabalhado por vários autores nas mais diversas áreas e, também, na enfermagem. Todos são unânimes em afirmar que, nesta metodologia, é de suma importância que a animadora, ou facilitadora, assegure que, nas discussões do grupo, todas sejam vistas potencialmente como educandas e educadoras. É importante, também, que se procure, através da reflexão sobre a ação, uma possível transformação da realidade vivida.

O Círculo de Reflexão-Ação, que foi adaptado a partir do Círculo de Cultura, de Freire, foi importante para o desenvolvimento do processo educativo proposto às enfermeiras da UIO. É chamado de "Círculo", porque os participantes dispõem-se em forma circular, tendo, então, um animador ou facilitador que, à medida que estimula, participa de forma ativa, junto ao grupo, na busca de crescimento e conhecimentos:

"O animador coordena um grupo que não dirige e, a todo o momento, anima um trabalho, orientando uma equipe cuja maior qualidade deve ser a participação ativa em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo no círculo" (Brandão, 1996, p. 43).

É denominado "de Cultura" porque muito mais do que aprender coisas, a partir do que fazemos, poderemos, de forma coletiva, ter a possibilidade de pensar e expressar nossa forma de pensar, devendo ouvir a palavra do outro; criar um modo novo de pensar e ver a realidade, recriando a nossa própria história, pois " todos juntos aprenderão, de fase em fase, de palavra em palavra, que aquilo que constróem uma outra maneira de fazer a cultura, que os faz, por sua vez, homens, sujeitos, seres de história" (Brandão, 1996, p. 44).

No Círculo de Reflexão-Ação, atuei tanto como participante por inserir-me nas discussões, assim como animadora. Também, é importante salientar que o animador não impôs sua influência como detentor do saber, já que o crescimento do grupo aconteceu de forma individual e coletiva, na medida em que cada uma das participantes pôde reconhecer-se e mostrar-se como sujeito e possível agente de transformação da sua prática profissional e da realidade cotidiana. Por entender que a construção de um processo educativo necessita ser uma construção grupal, que priorize o desenvolvimento coletivo, tive a preocupação de assegurar que as relações ocorressem de forma horizontal.

Em princípio, havia pensado em propor às enfermeiras que se focalizasse o trabalho em alguns temas, como: sentimentos das enfermeiras em relação às mulheres que internam por aborto provocado, vida/morte, anticoncepção, sexualidade, aborto e direitos das mulheres. Porém, com o desenvolvimento e amadurecimento deste projeto, assim como com o seu aprofundamento teórico-metodológico, fui percebendo que, mais importante do que trabalhar com temas previamente definidos, se fazia necessário abrir um espaço no qual pudessem

aflorar os sentimentos e necessidades das enfermeiras em relação à assistência de enfermagem às mulheres que provocam aborto e o seu compromisso em assisti-las. Amparada no pressuposto de que, ao deixarmos valores morais, religiosos e legais contrários à realização do aborto serem evidenciados, na nossa prática profissional, poderemos estar comprometendo a qualidade da assistência, percebi a importância de que emergissem os sentimentos das enfermeiras e as suas dificuldades em relação à assistência às mulheres que internam por aborto provocado, para que se pudesse assisti-las de forma mais humana.

Baseada no exposto, é que propus, ao grupo, que tentássemos refletir e, se possível, apontar novos caminhos para a assistência de enfermagem, que priorizassem a mulher e o estabelecimento de relações voltadas à educação para saúde, mas, acima de tudo, o seu reconhecimento como cidadã. Essas reflexões ocorreram, através da leitura e do aprofundamento de textos, mas, principalmente, da discussão de situações do cotidiano vivenciadas pelo grupo. Surgiram várias reflexões sobre nossos problemas diários; houve a socialização, com o grupo, das dificuldades individuais ao assistirmos as mulheres que internam por aborto provocado. Foi proposto, também, que, no desenvolvimento deste processo, pudéssemos trabalhar algum tema que viesse a emergir como manifestação do interesse e necessidade do grupo, tendo em vista o alcance do objetivo da proposta; isso não significaria um desvio de nossa meta, mas, apenas, um “atalho” para que se atingisse o propósito desejado.

4.1.1 - MÉTODO UTILIZADO A PARTIR DA PROPOSTA DE FREIRE

O método utilizado, como já dito anteriormente, foi inspirado no Círculo de Cultura de Paulo Freire, que se divide em etapas. Estas não aconteceram de forma estanque, porém apresentaram um movimento de ir e vir constante, sem prejuízo do processo construído. Neste trabalho, avançamos, então, percorrendo as seguintes etapas: Emergência de Temas Geradores, Codificação x Decodificação e Desvelamento Crítico.

4.1.2 - EMERGÊNCIA DE TEMAS GERADORES

Para que os temas trabalhados, nos encontros, emergissem, não houve um roteiro pré estabelecido, mas, sim, uma grande inquietação que, como enfermeira, acreditava ser necessário dividir com o grupo de trabalho. Fiori, ao prefaciar Paulo Freire (1987, p. 15), afirma que: "... ninguém se conscientiza separadamente dos demais. A consciência se constitui como consciência do mundo", e esta, acredito, pressupõe compromisso.

Desta forma, procurei propiciar um caminhar e crescer conjunto, a partir do objetivo do trabalho. Para Freire (1980, p. 32),

"procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade está na sua práxis. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida, sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade (...) A procura temática converte-se assim numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e da ação cultural do tipo libertador".

Após a explicitação do objetivo, iniciou-se a discussão do grupo e todas as participantes tentaram assumir uma postura ativa para que assim pudessemos

ampliar nossa consciência em torno da nossa realidade. Expuseram como percebem que vêm se dando e como tem sido vista, por elas, a assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto e de que forma poderia ser diferente. As discussões foram acontecendo de modo informal e foi possível a emergência de nossas idéias, medos e anseios, o que propiciou um diálogo que, acredito, foi produto e também causa de um processo reflexivo. Os diálogos realizados, a partir da proposta inicialmente explicitada ao grupo, permitiram a emergência de temas que foram gradativamente aprofundados. Para Freire (1987, p. 86),

“o que temos que fazer, na verdade, é propor ao povo, através de certas contradições básicas, sua situação existencial, concreta, presente, como problema que, por sua vez, o desafia e, assim, lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível da ação”.

Os temas que emergem devem vir do pensar dos envolvidos, das suas necessidades, enfim, de situações reais, ligadas à sua experiência pessoal e profissional. O nosso papel no Círculo de Cultura não deve ser apenas de falar sobre os nossos anseios, nossas dúvidas, mas de dividi-las com o grupo além de ouvir os seus próprios, “nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão de mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa” (Freire, 1987, p. 87).

Na medida em que avançamos na nossa consciência da realidade, buscamos o conteúdo da educação que se faz necessário a cada momento. Esta busca propicia o diálogo que

“... é o momento em que se realiza a investigação do universo temático, esta investigação não deve contradizer a dialogicidade da educação libertadora de modo que propicie aos envolvidos uma profunda reflexão com a possibilidade de expressão (...) deve propiciar ao mesmo tempo a apreensão dos temas geradores e a tomada de consciência dos indivíduos em torno dos mesmos” (Freire, 1987, p. 87).

Os temas que surgiram como proposta para problematização e reflexão, emergiram do nosso vivido profissional, individual e grupai, das situações que cotidianamente se apresentam no transcorrer do nosso trabalho, como das nossas dificuldades enfrentadas e que, possivelmente, já foram objeto de outros trabalhos e estudos implementados com a equipe de enfermagem da UIO acerca da assistência à mulher que interna por aborto provocado. Tanto as participantes do grupo como a facilitadora falaram a respeito de seus sentimentos e das percepções de suas dificuldades em atender às mulheres que internam por aborto provocado e, gradativamente, da necessidade de uma atuação mais comprometida na tentativa de modificar as situações de desrespeito às mulheres enquanto clientes.

Apresento, então, os quatro grandes temas abordados pelo grupo, a partir da proposta de construção deste processo educativo:

Tema 1. Visão das enfermeiras do aborto como um ato banal.

Tema 2. Percepção das enfermeiras das suas dificuldades em assistir a mulher que provocou aborto.

Tema 3. A cliente como objeto ou sujeito de nossas ações?

Tema 4. Refletindo acerca de mudanças na assistência à mulher que provoca aborto-Sentimentos das enfermeiras.

4.1.3 - CODIFICAÇÃO E DECODIFICAÇÃO

A codificação é entendida como a representação de uma situação vivenciada, estando relacionada com o tema gerador, possibilitando “conhecer

alguns momentos do contexto concreto” (Gadotti, 1996, p. 715).

Para Freire, “a codificação de uma situação existencial é a representação desta com alguns de seus elementos constitutivos em interação (...) Na análise de uma situação existencial concreta ‘codificada’, se verifica exatamente o movimento de pensar” (1987, p. 97).

A decodificação pode ser entendida como uma visão crítica, que propicia uma consciência real da situação e sua discussão entre educadores e educandos, ou enfermeiras e enfermeiras, ou, ainda, enfermeiras e clientes, buscando visões, cada vez mais claras da situação existencial em que se encontram imersos: “a decodificação é o processo de análise do código (...) para capturar os elementos existenciais que aí estão escondidos” (Gadotti, 1996, p. 715).

Neste processo, segundo Freire (1987, p. 112), cabe à animadora não apenas ouvir, mas instigar, cada vez mais, problematizando, de um lado, a situação existencial que codificaram e, do outro, as suas respostas. O reconhecimento das situações vivenciadas por parte de cada uma das enfermeiras e do grupo, durante as discussões, e a sua tentativa de construir estratégias de enfrentamento, a partir de uma nova proposta de assistência, demonstrou uma maior tomada de consciência e, também, uma nova visão da tarefa educativa da enfermagem na qual fomos nos envolvendo. Nossa proposta, então, foi continuarmos discutindo criticamente nossas potencialidades, como seres humanos e como grupo, para que pudéssemos enfrentar situações que se apresentam problemáticas e descobrirmos, através delas, novas possibilidades para fazermos a enfermagem.

Nesta etapa, ocorreu o aprofundamento das discussões das enfermeiras sobre os temas que foram emergindo e o seu entendimento sobre os mesmos. Então, a decodificação foi o processo de análise crítica diante dos temas evidenciados, com os questionamentos do grupo em relação à assistência de enfermagem, até então prestada à mulher que provocou aborto. Foram trazidos, como já apontados, textos para serem lidos pelas participantes. A partir de sua leitura deu-se a sua discussão com a intenção de que pudéssemos ampliar nosso entendimento acerca de situações que se apresentam cotidianamente, ampliando o desvelamento da realidade e das nossas possibilidades. Vimos, ainda, que a mudança de uma situação é difícil, mas é possível; para isso, é necessário que nos comprometamos com a possibilidade e a ação de transformar.

Freire (1996, p. 85) afirma que “o mundo não é, ele está sendo”. Isso acontece, também, na assistência de enfermagem; ela não é desumanizante, mas por algum motivo, está sendo; nós, a partir do reconhecimento da necessidade de transformar esta situação, podemos traçar estratégias para ajudar a modificá-la. Percebemos o quanto a dificuldade das enfermeiras em assistir às mulheres que internam por aborto provocado, por considerá-las culpadas, propicia o surgimento de problemas ligados à assistência de enfermagem prestada. Isto, possivelmente, provocou-as no sentido de reverem idéias e posicionamentos; e por se reconhecerem inconclusas, buscarem, assim, uma nova forma de assistir a mulher que provocou aborto.

4.1.4 - DESVELAMENTO CRÍTICO

desvelamento crítico foi a descoberta de nossas limitações e potencialidades, com a possível tomada de consciência e de um agir diferenciado das enfermeiras envolvidas no processo de reflexão. Neste sentido, uma nova ação significou a implementação do processo de enfermagem a partir de Traveibee, de modo a assistir de forma mais humanizada as mulheres que abortam.

As enfermeiras, envolvidas no processo de reflexão, expressaram que o mesmo possibilitou sentirem-se mais instrumentalizadas para esta nova ação, fruto de reflexão sobre o desempenho de suas atividades diárias. Entretanto, as transformações desejadas na assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto, só poderão ser reconhecidas e mantidas em contínuo processo de desvelamento crítico, de acordo com o compromisso que possamos assumir, tanto individual quanto coletivamente. Houve, entre nós, a consciência de que este não é um trabalho ao qual possa se denominar acabado, pois a conscientização como processo que pretende transformar, precisa acontecer continuamente.

Possivelmente, nem todas as enfermeiras conseguiram assumir uma postura diferente em relação às mulheres que internam por aborto provocado. Acredito, porém, que todas aquelas que participaram do processo, foram instigadas a repensar sua forma de assisti-las e que a possibilidade de problematizar pode ter estimulado o fortalecimento do grupo de trabalho para uma assistência diferenciada e humanizada à mulher que provocou aborto.

4.2 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados deu-se de forma concomitante com a sua coleta, pois à medida que iam sendo colhidos, eram transcritos, lidos, relidos e analisados, de modo a se preparar o encontro seguinte. Ludke e André (1986) corroboram com a idéia de que os procedimentos de análise estão presentes desde o começo do estudo, quando procuramos evidenciar a importância das questões focalizadas e selecionadas, ante as possibilidades e características do trabalho realizado. Também, Bogdam e Biklem (1994, p. 205) defendem a análise de dados sendo realizada concomitantemente com a sua coleta. Para estes autores, a análise dos dados:

“é o processo de busca e organização sistemática de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de permitir apresentar aos outros aquilo que se encontrou”.

Analisar os dados qualitativos, para Ludke e André (1986, p. 45), significa “trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação, as transcrições de entrevista, as análises de documentos e as demais informações disponíveis”.

Tendo encerrado os encontros com as enfermeiras, o material obtido, através da coleta, foi submetido a um processo de análise, percorrendo as seguintes etapas:

1. Leitura dos dados para aprofundar a sua compreensão.

“Outro ponto importante nesta etapa é a consideração tanto do conteúdo manifesto quanto do conteúdo latente do material. É preciso que a análise não se restrinja ao que está explícito no material, mas procure ir mais fundo, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados” (Ludke e André, 1986, p. 48).

2. Posteriormente, procedeu-se à identificação dos temas trabalhados no grupo.
3. Após, os dados foram agrupados em quatro grandes temas sendo, então, mais profundamente analisados.

Dando continuidade, trago o capítulo de análise de dados, denominado **“Assistência de Enfermagem à Mulher que Provocou Aborto Discutida por Enfermeiras”**.

5. A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER QUE PROVOCOU ABORTO DISCUTIDA POR ENFERMEIRAS

A partir da análise dos dados resultantes dos encontros, foi possível identificar quatro grandes temas: visão das enfermeiras do aborto como um ato banal; percepção das enfermeiras de suas dificuldades em assistir a mulher que provocou aborto; a cliente como sujeito ou objeto de nossas ações? e, proposta de mudança na assistência à mulher que provocou aborto. A seguir, apresentarei o primeiro tema.

5.1 - VISÃO DAS ENFERMEIRAS DO ABORTO COMO UM ATO BANAL

A partir da idéia de que a reflexão sobre a nossa ação é um dos principais instrumentos para produzir transformações, desde o primeiro encontro, foi apresentado, ao grupo, o objetivo do trabalho. O fato de ter sido dada abertura para que se falasse sobre o assunto, estimulou as participantes a trazerem suas vivências, suas dificuldades, seus anseios e medos, o que pareceu facilitar a realização do processo que se pretendia construir.

Logo que começamos o trabalho, as enfermeiras debateram, entre si, a

temática proposta. Inicialmente, pensava que seria um tema de difícil abordagem pelo fato do aborto ser considerado um crime e, entre algumas das participantes, visto como inaceitável. Temia, antes dos encontros, que as enfermeiras tivessem dificuldades de falar sobre o assunto. Logo no início, entretanto, uma das colegas pediu a palavra, dizendo que, por ser um assunto que a incomodava bastante, gostaria de manifestar-se de imediato:

“O que mais me assusta na maternidade é a banalidade com que as mulheres fazem um aborto, é banal e não são mulheres de um nível sócio-econômico ruim. Teve um caso, em que a mãe não era tão pobrezinha e, aí, eu disse para ela: ‘Por que tu fizeste isso?’ Mas numa boa, porque, naquele dia, eu me desarmei, sabe, me desarmei, eu sei que tenho que tentar entender. E ela me disse: ‘ah, eu não quero outra criança agora, tenho um pequeno de 2 anos e dá muito trabalho, não quero outro’. E aí, todo aquele desarmamento a que eu tinha me proposto, foi por água abaixo. Eu fiquei exasperada, porque depois daquilo nunca mais a guria falou comigo, durante a internação, e eu disse para ela: ‘minha filha, aborto não é que nem batata que tu vais e escolhes na feira, sabe? Aborto é uma agressão contra o teu corpo’. Ela ficou assustada com o que eu disse; não recebeu bem aquilo e entendeu que eu percebi que ela tratou o aborto com banalidade. Elas não têm consciência, nem estou falando do plano ético, religioso; estou falando do físico, elas não têm idéia do risco que estão correndo” (Água).

Concordo com Água, quando admite que as mulheres não têm idéia dos riscos que correm quando se expõem a um aborto inseguro; utilizam-se de vários métodos⁶ para pôr fim a uma gravidez indesejada. No hospital, onde este estudo está sendo desenvolvido, o método mais utilizado pelas mulheres é a ingestão de drogas (Citotec) que podem provocar a dilatação do colo uterino.

Sabe-se, através das mulheres, que esta droga, até pouco tempo atrás, era obtida em farmácias do município, que a vendiam sem exigir receita médica.

⁶Os métodos mais comumente utilizados pelas mulheres para provocarem aborto são a aplicação vaginal ou uso oral de drogas, ervas e substâncias tóxicas: injeção ou ingestão de produtos hormonais e, ainda, a introdução de sondas ou outros objetos pontiagudos via vaginal. Dados obtidos por informações fornecidas pelas mulheres, em consulta a Prado (1995).

Hoje, com o aumento da fiscalização na rede farmacêutica, a mesma droga só pode ser encontrada, através da compra pelo comércio informal de produtos importados.

Analisando a fala de Água e especificamente sua reação frente ao que havia sido expresso pela cliente, parece que o diálogo, a sua importância e o seu cunho transformador, não foi suficientemente considerado. O fato de, como enfermeiras, não aceitarmos a opção de uma mulher pelo aborto pode impedir que o diálogo entre a profissional e a cliente aconteça? Reconheço o diálogo como um dos instrumentos mais fortes para que se processe a ação libertadora na nossa forma de assistir às mulheres que internam por aborto provocado; ele poderá ser responsável pelo estabelecimento de uma relação humanizada, na qual as mulheres possam deixar de ser apenas um objeto de nossa ação e intervenção. Para Freire (1998, p. 118),

“o diálogo, por isso mesmo, não nivela, não reduz um ao outro. Nem é favor que um faz ao outro. Nem é tática manhosa envolvente, que um usa para confundir o outro. Implica, ao contrário, um respeito fundamental dos sujeitos nele engajados, que o autoritarismo rompe ou não permite que se constitua”.

A experiência tem mostrado que a Enfermagem, freqüentemente, ao prestar assistência às mulheres com complicações de aborto provocado, tem deixado que seus valores morais, contrários à realização do aborto, fiquem evidenciados, comprometendo a assistência prestada.

Relatórios de conferências internacionais sobre direitos das mulheres, realizadas em vários países, nas quais se deu a discussão da questão do aborto (Dora, Soares, Kopp, 1997), demonstram que este é um grave problema de saúde pública; que só poderá ser minimizado com uma atitude humana para com

as mulheres que a ele recorrem, através do diálogo amplo e esclarecido, que aborde possibilidades de evitar uma gravidez indesejada e as possíveis conseqüências da realização do aborto inseguro.

Ao qualificarmos, como banal, o modo como a mulher encara o aborto, seria possível perguntar-nos, se nós, também, não podemos estar agindo da mesma forma, quando prestamos assistência a estas mulheres vendo-as como “aquelas mulheres”, ou ainda, apenas como números “219”, “112”, “110,”...” determinando, a todas, um mesmo tratamento e “cuidado”, além de atitudes discriminatórias.

Nós, profissionais da saúde, o que temos feito para mudar este quadro da realização do aborto? Será que temos conversado com as clientes para tentar compreender como se deu sua gravidez indesejada? O que conhecem sobre medidas de anticoncepção? Será que estas mulheres dispõem destes métodos? Como posso ajudá-las, orientá-las para tentar modificar este quadro? Acredito que o fato de nos mostrarmos sensíveis à problemática da mulher que provocou aborto, não significa que sejamos favoráveis a sua realização; significa, sim, estarmos contribuindo para modificar um quadro de saúde pública que vem se agravando, com a deterioração das condições de vida da população.

Fonseca (1996, p. 26), ao comentar sobre como o desejo de não ter filhos impele a mulher a situações extremadas, refere que:

“O desejo de não ter filhos numa sociedade que ‘santifica’ a maternidade e toda esta estrutura de ilegalidade no que se refere ao aborto provocado, acabam provocando na mulher uma sensação de culpa. Mas este desejo de não ter filhos é, em geral, tão intenso que impele a mulher a enfrentar os padrões morais e sociais vigentes e por em risco sua própria vida, submetendo-se, mesmo assim, a este procedimento”.

Ainda, sustentando a posição de que as nossas atitudes devem pautar-se no respeito ao ser humano, é importante lembrar que, muitas vezes, situações entendidas por nós como “simples”, quando expostas, pelas mulheres, como motivos para a realização de um aborto, podem não corresponder a sua realidade; podem ser apenas uma pequena parte de um conjunto de problemas sociais que vêm enfrentando há muito tempo.

Muitas famílias desejam reduzir o número de filhos, mas múltiplos fatores têm influenciado esta possível redução. Entre alguns deles, podemos destacar a falta de conhecimentos relativos à anticoncepção, o medo dos efeitos secundários do uso de anticoncepcionais, a oposição dos parceiros ao uso do método escolhido, além do pouco acesso para a sua aquisição, dentre outros.

Neste sentido, Finger (1999, p. 17) afirma que:

“Muitos supõem que se as mulheres tivessem acesso à um método o usariam, mas esta afirmativa é errônea. As causas e soluções são muito mais complexas, que simplesmente a falta de acesso. Inclusive, quando a anticoncepção está disponível, muitos possíveis usuários não têm conhecimentos nem apoio, sentem medo e enfrentam diversas barreiras sociais e culturais que se opõem ao uso da anticoncepção”.

Para Faúndes (1994), as pessoas que se dizem contrárias à realização do aborto deveriam trabalhar, também, por criar um ambiente favorável, no qual a grávida não fosse levada a uma série de exclusões pela sociedade. Seria necessário, ainda, que trabalhassem para propiciar, junto aos serviços de atendimento pré-natal, maiores facilidades de acesso, levando em consideração as necessidades da gestante e do ser que está a gerar.

Parece natural que, em algum momento, a mulher que optou pela realização do aborto, sinta-se insegura; se somarmos toda a exposição aos

riscos que desconhece e aos quais, muitas vezes, se submete, associados à sua possibilidade de morrer, são elementos suficientes para lhe causar um medo que pode não ser descabido.

Em um dos encontros realizados com as enfermeiras que participaram deste estudo, Fogo, diante da manifestação de crítica e indignação de Água frente às mulheres que provocam aborto, comentou que a maioria das mulheres não têm idéia dos riscos que correm:

“A maioria não tem idéia mesmo ... Elas só dão valor quando complica e aí sim, se assustam e juram que nunca mais vão fazer. Mas se é um aborto comum que elas provocam, eliminam o feto e deu ... quando muito, uma curetagem, geralmente, elas voltam novamente”.

Muitas vezes, nosso modo de falar pode, no entanto, parecer um pouco simplificado. Seria possível perguntar-nos que tipo de aborto é comum? Haverá aborto comum? Neste caso, o aborto comum, possivelmente, signifique aquele que, após provocado, a eliminação do feto e da placenta ocorram espontaneamente ou, quando necessário, é realizada uma curetagem, sem maiores complicações. Poderíamos perguntar ainda: Quantas marcas profundas, no entanto, este procedimento visto como “simples” pode deixar?

Faúndes (1994) afirma que não acredita que alguma mulher possa sentir prazer em realizar um aborto em si, pois reconhece que, a todas elas, pode causar um trauma psíquico maior ou menor, dependendo do apoio que esteja recebendo neste momento. Neste sentido, entendo como possível que a enfermagem possa fazer sua intervenção e implementação de ações que favoreçam a redução deste sofrimento.

Água, ainda posicionando-se criticamente em relação à mulher que

provocou aborto, referiu:

“se o procedimento ‘simples’ deixasse realmente marcas profundas, elas não fariam novamente, mas o que acontece é que retornam pelo mesmo motivo e até se vangloriam para as outras: ‘Ah, já fiz tantos abortos ...’ é o que elas dizem” .

Acredito que a banalidade, do modo como foi colocada, depende do ponto de vista de cada um de nós. Talvez, para muitas das mulheres que realizam o aborto, esta seja a única alternativa para quem já não vê outra saída.

Esta situação, por vezes vivenciada em nosso cotidiano, em que as mulheres parecem vangloriar-se pela realização de um aborto, pode nos mostrar que elas têm agido desta forma, talvez, para esconder outros sentimentos, como desconfiança, medo, desesperança.

Já, para Castro (1997, p. 9), “o aborto é uma situação difícil, cruel, que muitas vezes assombra e compromete a vida reprodutiva da mulher, da mocinha. Todos sabemos que a exposição a este risco e tanto sofrimento podem ser minorados” possivelmente, por uma atuação comprometida da equipe que assiste a mulher que recorreu a ele.

É preciso pensar, também, que muitas mulheres, ao se saberem grávidas, em caso de gravidez indesejada, ficam desesperadas. Quem terá o direito de obrigar esta mulher a manter tal gravidez? Possivelmente, ao obrigarmos uma mulher a levar a termo uma gravidez indesejada, estaremos impondo uma dupla violência: primeiramente, à mulher, por obrigá-la a ter um filho que, provavelmente, não planejou e o qual não deseja; e, também, à criança porque será exposta á insegurança de não ter sido desejada e, conseqüentemente, de não ser amada (Moraes, 1996).

Vento, então, falou sobre o papel dos homens e como a paternidade responsável tem sido esquecida, ficando, a cargo da mulher, toda a responsabilidade de ter ou não ter um filho. Fez ainda, o seguinte questionamento:

“quando as mulheres chegam a recorrer ao aborto, não será porque os homens já o fizeram antes?”

Situações vivenciadas no nosso dia a dia nos mostram o quanto as palavras de Vento podem traduzir um pouco da realidade. Sabemos de diversos casos em que as mulheres, ao tentarem partilhar com seus companheiros a ocorrência de uma gravidez não planejada (seus medos e dúvidas) e a possível intenção de realizar um aborto, obtiveram destes a seguinte resposta: “faz o que achares melhor para ti”. Isto pode significar o abandono da mulher, quando se encontra numa situação de extrema fragilidade. Esta situação vem ao encontro do que disse a senadora Eva Blay (1994, p.98):

“o aborto é sempre a última opção para qualquer mulher, pelo que significa de trauma e sofrimento. Milhares de mulheres o fazem por inúmeras razões tais como a gravidez precoce, número elevado de filhos, falta de condições financeiras para criar mais um filho, falta de amparo da família e dos homens, que transferem toda a responsabilidade para a gestante”.

Às vezes, podemos generalizar nossa análise sobre diferentes situações, atribuindo, a todas, a característica de banal, desnecessário, o que, na verdade, pode não ser a regra. Cada pessoa tem os seus motivos, podendo reconhecê-los como de suma importância. É necessário que, mesmo discordando da realização do aborto, não nos sintamos no direito de aumentar os sentimentos de culpa e sofrimento que, freqüentemente, acompanham as mulheres após esta decisão. Mantendo sua posição contrária à realização do aborto, uma das colegas assim

se referiu:

“A gravidez indesejada ocorre com frequência maior com as profissionais do sexo; quem trabalha assim devia se cuidar mais ainda. Porque não usam os anticoncepcionais disponíveis?” (Fogo).

É preciso lembrar que os métodos anticoncepcionais existem, mas que também falham⁷. Muitas vezes, a mulher, mesmo usando o método escolhido, depara-se com uma gravidez inesperada. O que fazer então? Levar a gestação a termo? E como nos vemos inseridas neste contexto de dúvidas, como aceitar a opção individual?

Apesar dos métodos anticoncepcionais serem considerados seguros, todos eles apresentam algum índice de falha que, associados ao seu uso incorreto e ao possível desconhecimento de algumas mulheres, podem levar à ocorrência de uma gravidez indesejada.

Muitas vezes, ao ser verificada falha no uso do método anticoncepcional, as mulheres, sem apoio da família, recorrem a todo o tipo de procedimento para pôr fim a esta gravidez, pondo em risco a sua própria vida. Este risco atinge, especialmente, as mais pobres, de classes sociais menos favorecidas que, ao se encontrarem frente a este fato, não tendo condições financeiras de procurar por clínicas ou profissionais especializados, arriscam suas vidas, em locais clandestinos, onde se submetem ao procedimento de aborto em precárias condições de higiene.

Faz-se necessário resgatar que, durante a realização de minha prática

⁷ De acordo com a revista Isto É n. 1563 A, Set/ out 1999, os índices de eficácia dos diferentes métodos são: condom 75% a 97% de eficácia, camisinha feminina 96%, DIU de 95% a 98%, anticoncepcional oral 99,1% a 99,7%, anticoncepcionais injetáveis 99,5%, laqueadura de trompas 99,5%, vasectomia 98%.

assistencial com mulheres que provocaram aborto (Lipinski, 1998), constatei que elas não eram profissionais do sexo e faziam uso de anticoncepcionais receitados por seus médicos. Ainda, em todos os casos, houve falhas no uso do método, o que reforça a necessidade de uma maior ênfase à educação para o cuidado de si. Isto vem ao encontro do afirmado por Henshaw, Singh, Haas (1999, p. 22) que:

“as gravidezes indesejadas ocorridas fora do momento esperado continuam principalmente porque as mulheres sexualmente ativas que não desejam ter um filho, não se encontram usando um método anticoncepcional eficaz, ocorrem também porque todos os métodos têm algum risco de falha e nem sempre são utilizados de forma correta.”

É conhecida a existência de vários métodos anticoncepcionais; reconhecemos, também, que há um hiato entre a necessidade de sua aquisição gratuita e o seu recebimento, pois embora haja a sua divulgação, os mesmos nem sempre se encontram disponíveis nos serviços de saúde. Naquela prática assistencial (Lipinski, 1998) constatei que as mulheres não vêm sendo vistas como sujeitos, com direito a realizar suas próprias escolhas, pois, a elas, foi apenas prescrito um anticoncepcional, sem que tenham tido a oportunidade de optar por um de sua preferência, de ampliar seus conhecimentos acerca de como usá-los e dos cuidados necessários. Ao ser questionada sobre o uso de algum método anticoncepcional, quando engravidou, uma das mulheres respondeu:

“Eu usei pílula por cinco anos e sempre funcionou bem, mas eu fui no médico por outro motivo. Ele me disse que eu precisava parar por uns três meses, pois o meu útero tinha ficado como que com uma ‘capa de gesso’, precisava desintoxicar. Aí, eu parei e ele não mandou fazer nada para evitar filho; eu achei que aquela capa poderia me proteger, mas não foi suficiente, eu fiquei grávida”.

É possível evidenciarmos, através desta fala, como muitas mulheres têm

sido atendidas por alguns profissionais da área da saúde; falta a abertura para que o assunto anticoncepção seja abordado de forma mais ampla, dirimindo dúvidas, possibilitando, assim, que a consulta ocorra de forma mais humana e comprometida, adequada às reais necessidades de orientação e respeito da cliente.

Pode-se perceber que, com a crescente deterioração dos serviços de saúde e das condições econômicas da população, somente uma minoria de mulheres chega aos serviços de saúde, restando, ainda, a incerteza de serem atendidas, devido aos entraves burocráticos, à falta de profissionais, dentre outras. Quando conseguem consultar, muitas vezes, sofrem o descaso com o qual são atendidas, aumentando muito a sua situação de desconforto. Será que não devemos percebê-las de modo diferente, cada uma de um modo individual, imersas em situações que as diferenciam, que as tornam únicas, com uma história de vida própria? Então, porque não tentarmos agir, diferentemente, no reconhecimento à cidadania e no respeito ao outro?

A ação profissional que desempenhamos tem que ser transformadora, no sentido de reconhecer a necessidade destas mulheres serem apoiadas e não fazer desta carência do outro, objeto de dominação. É necessário que, ao se encontrarem internadas, em situação fragilizada, tenham seus direitos respeitados quanto ao tratamento que recebem, sejam informadas sobre as medicações e os exames diagnósticos e, ainda, não sofram nenhum tipo de punição, quando suas decisões não coincidirem com o que consideramos correto.

Ao ouvirmos as queixas das mulheres sobre a forma como eram atendidas, constatamos que, quando perguntavam acerca da medicação e do

tratamento instituído, obtinham respostas, de forma grosseira, incompletas, demonstrando a impaciência do profissional. Ainda, as medicações eram administradas com diluição insuficiente e de forma rápida, o que lhes causava dor e desconforto físico (Fonseca, Santos, Lipinski, 1998).

Acredito na possibilidade de uma assistência de enfermagem baseada no respeito à autonomia do outro, no reconhecimento de seus direitos, que possa ser um instrumento para a transformação, buscando, através da educação para a saúde, aumentar o potencial de conhecimento da mulher sobre si mesma, de capacidade para identificar situações de risco e abrir um caminho, mediante o qual se possa diminuir o índice de gravidezes indesejadas e, por consequência, o número de abortos inseguros. Dessa forma, reconheço ser possível evitar que as mulheres sejam mantidas neste ciclo de exploração e dominação, ajudando-as a assumirem a sua verdadeira condição de seres no mundo pois “a ação libertadora deve reconhecer a dependência como um ponto frágil e tratar de transformá-la em independência graças à reflexão e ação tanto individual como coletiva” (Freire, 1980, p. 85).

Durante a internação, quando a mulher se encontra fragilizada, é possível, através de uma intervenção positiva que vise o bem estar e o crescimento tanto da cliente como da profissional, ser criado um espaço onde ela (cliente) possa fortalecer-se para sentir-se mais instrumentalizada para cuidar de si e do seu corpo. Esta ação poderá ocorrer de forma individual ou coletiva através da participação de toda a equipe multiprofissional que assiste a clientela. Nós, enfermeiras, possivelmente em função de todo um passado de autoritarismo, temos tido dificuldades em aceitar esta partilha de responsabilidades com as

mulheres, mas este é o caminho para que se processe o crescimento individual e coletivo, para que ocorram situações em que, problematizando uma situação vivida pelas mulheres, possamos descobrir, com elas, as melhores alternativas para o exercício de sua autonomia.

A colega Fogo relatou uma experiência que teve a respeito da liberação do aborto:

“Eu acho que se for liberado no Brasil, vai ser um horror, vai ser banal mesmo e eu tenho um exemplo bem recente. Quando visitei um dos países no qual o aborto foi liberado, nós ficamos amigos de um rapaz que era médico. Visitamos a família dele e eu perguntei como eles tratavam o aborto, lá, sendo liberado. Ele disse que era liberado, e que tinha aborto que nem água; tinha mulher que, todos os meses, fazia um aborto. Elas não usavam método nenhum para evitar a gravidez, porque tinham o aborto, elas não estavam nem aí ...”.

Diante da relação entre a liberação do aborto e o aumento da incidência de sua realização, desencadeou-se o seguinte diálogo:

“Era usado como anticoncepcional” (Água).

“O método anticoncepcional neste país é o aborto. Aquilo chocou muito, naquela época. E aí, aqui é proibido; e se libera, não pode vir a ficar assim? É claro que pode” (Fogo).

“Eu acho que sim, se liberar o aborto, ele vai se tomar anticoncepcional. Acredito que existem situações na vida em que uma pessoa se desespera e não veja outra saída. Quantas vezes a gente comete uma imprudência, não é? Numa situação extrema, a gente comete mesmo e depois se pergunta, porque eu fui fazer aquilo? Onde é que eu estava com a cabeça? Às vezes, são coisas simples; às vezes, coisas mais graves. Acho que a gente pode se ver numa situação e tomar por decisão abortar, mas não pode ser uma coisa assim ... Eu, quando ainda não trabalhava na maternidade, não tinha idéia da quantidade de abortos que ocorrem; quando fui trabalhar lá, fiquei pasma ...” (Água).

A utilização do aborto, como método anticoncepcional, denunciada e criticada por Fogo, vem reforçar a idéia de que a polêmica sobre a ampliação da legalização do aborto não se trata apenas da sua liberação. Faz-se necessário,

pelo Estado, a criação de políticas que contemplem a educação e o preparo de mulheres e homens, desde a infância, para assumirem, com responsabilidade, o cuidado de seu corpo, o exercício da sua sexualidade, o planejamento familiar e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Acima de tudo, os jovens e a população em geral precisam ser orientados sobre sua capacidade reprodutiva, sobre métodos anticoncepcionais eficazes e adequados a cada faixa etária, os quais devem ser não só objetos de informação, mas estarem disponibilizados, com fácil acesso a toda a população. Além disso, faz-se necessário que as mulheres sejam amplamente esclarecidas sobre o aborto e o aborto inseguro, seus riscos e complicações, para que, assim, possam, realmente, fazer suas escolhas de modo responsável e consciente.

Faz-se importante, também, que levemos em consideração que, nos países nos quais o aborto foi liberado, praticamente, não há sub-notificação sobre este dado. O mesmo já não acontece em outros países, como no Brasil, que tem dados publicados, mas não são confiáveis, pois se sabe que o maior número de abortos ainda continua acontecendo sem notificação, em condições de higiene precárias, sem constar nas estatísticas oficiais. O mesmo ocorre, também, no que se refere à mortalidade materna por abortamento. Estudos realizados por Marie (1980) informam que, em países onde o aborto foi legalizado, a maioria das mulheres que recorre ao aborto não apresenta danos psíquicos. Ao contrário, uma gravidez indesejada, quando levada a termo, poderá ser mais danosa ao equilíbrio psíquico da mulher, sem pensar nas repercussões causadas à criança, rejeitada desde a sua concepção. Para Berlinguer, entrevistado por Pizarro (1999, p. 4), "o aborto é uma condição dramática para

as mulheres”. Segundo ele, o maior avanço em seu país quando da liberação do aborto, foi “reduzir o sofrimento nestas decisões”.

Por termos conhecimento do grande número de casos de aborto provocado pelas mulheres, entendo como necessária a nossa reflexão sobre porque eles têm se repetido, como podemos intervir e interromper este ciclo de agressões ao qual as mulheres vêm se submetendo. Se possibilitarmos, tanto para a mulher, como para a enfermagem, uma troca de experiências e conhecimentos, e conseguirmos fazer da sua internação hospitalar um espaço de crescimento, de aprendizado e orientação, poderemos intervir neste grave quadro. Somente criticá-las não permite a transformação do desrespeito à mulher que provocou aborto; esperar que a situação mude por si só, também, não parece suficiente; mobilizar a equipe de enfermagem, rumo a estas transformações, pode ser o caminho para um novo modelo de assistência, mais comprometido com a qualidade de vida destas mulheres.

Assim, é necessário transformar nossa prática cotidiana em uma prática refletida, com uma nova consciência crítica profissional. Sair de uma consciência ingênua de não reconhecermos a existência de dificuldades da equipe de enfermagem em atender a mulher que provocou aborto, para não termos, talvez, a responsabilidade de interferir em sua ocorrência, passando, assim, para uma consciência crítica que reconhece o problema e implementa soluções concretas para o seu enfrentamento; soluções que se fortalecem com o diálogo, mediante uma abertura para rever posições, num espaço que seja problematizador.

Essa problematização que pode nos ajudar a perceber e reconhecer nossas dificuldades, enquanto assistimos à mulher que provocou aborto, será

apresentada a seguir.

5.2 - PERCEPÇÃO DAS ENFERMEIRAS DAS SUAS DIFICULDADES EM ASSISTIR À MULHER QUE PROVOCOU ABORTO

A constatação de que temos dificuldades em assistir à mulher que provocou aborto, vem se dando ao longo do tempo, por várias pesquisas já realizadas na unidade de internação onde hoje desenvolvo esta prática. Pode-se evidenciar, no entanto, que a dificuldade em assistir à mulher que provocou aborto é, ainda hoje, uma realidade muito forte. O reconhecimento deste problema, entretanto, pode nos ajudar a encará-lo de frente, pois ao identificarmos nossas limitações, durante a assistência de enfermagem, poderemos abrir um espaço para as discussões e possíveis transformações que se fizerem necessárias, no atendimento à mulher que provocou aborto.

A colega Água, em um dos encontros, manifestou-se dizendo como se sentia desconfortável quando as mulheres falavam a respeito do número de abortos por elas realizados:

"Elas dizem 'Ah, já fiz tantos e nunca complicou, tomo um remédio qualquer e pronto'; é terrível".

Fogo completou:

"Tomam antibiótico".

"É, tomam antibiótico ... é de uma banalidade extrema. Outra coisa que eu tenho que colocar, também, é que esta questão do aborto tem que ser trabalhada por nós primeiro, não é? Eu não consigo trabalhar as questões de aborto com estas mulheres, porque eu sou contra o aborto" (Água).

Dando continuidade à manifestação da percepção de suas dificuldades,

Fogo comentou:

“eu acho que é difícil para a gente aceitar isso, a gente não aceita; mas eu vejo por mim, isso me impede de dar a assistência e as orientações que deveria dar, porque eu evito um contato maior com esta paciente. Eu faço a assistência de enfermagem mais técnica, mas a conversa, a orientação, acho que, aí, eu peço; acho que é porque não aceito e isso me dá uma revolta interior. Eu não faço e sei que deveria fazer e sei que estou fazendo errado” (Fogo).

As dificuldades explicitadas por Água e Fogo, acredito que não sejam somente suas. Estes sentimentos, dentre outros, já foram identificados junto à equipe que presta assistência a mulheres que internam por aborto provocado em outros trabalhos (Santos, Fonseca, Lipinski, 1998). Os autores, a partir de observação e entrevistas realizadas com a equipe de enfermagem, constataram que há dificuldade da equipe em assistir com equidade as mulheres internadas por aborto provocado, relatando sentimentos de raiva e ódio. Puderam observar que a maioria dos auxiliares e enfermeiras procura distanciar-se ou, de alguma forma, agredi-las, o que não é observado com as mulheres que internam por parto, cesareana e estão em alojamento conjunto. Verificaram a frieza da equipe, a falta de diálogo com as pacientes e a falta de preconização do aspecto bio-psico-social; aspecto este que é importante estar integrado no momento da assistência às pacientes (Santos, Fonseca, Lipinski, 1998).

Após a realização desta pesquisa, que contou com a participação das acadêmicas do Curso de Enfermagem, estas, por não se conformarem em evidenciar tal fato e nada fazer para tentar modificá-lo, implementaram, no ano de 1999, o trabalho “Aborto Suporte Emocional para a Equipe de Enfermagem em sua prática assistencial” (Santos, Rodrigues, 1999), em que foram desenvolvidas oficinas com a realização de várias dinâmicas e a participação de outros

profissionais, como psicólogas, médicos, advogados e, também, enfermeiras. No entanto, após a realização destes trabalhos, temos constatado que a assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto, ainda, não é adequada, pois as mulheres continuam sendo, muitas vezes, discriminadas e tendo sua assistência preterida, frente às outras clientes.

A postura de indiferença, em relação à mulher que provocou aborto, torna difícil a comunicação. Por que evitar este contato maior com a mulher que provocou aborto? Não será por medo, insegurança e despreparo para lidar com situações que não correspondam àquilo que é aceito pela sociedade?

A colega Vento que havia se mantido atenta ao diálogo das colegas, disse:

“Eu ainda não sei como, mas acho que a gente precisa entender mais estas mulheres. Por mim, particularmente, eu tenho muita pena. Eu já atendi uma paciente que havia feito 25 abortos. Ela era prostituta e, neste último, quando eu encontrei com ela, ela entrou em choque, ficou muito mal, estava vendo a morte, tinha muito sentimento de perda. Ela tinha 2 filhos. Aí, esta paciente me fez ver todo o desespero que estava passando; ela me dizia que amava os seus filhos, mas como ia amar uma criança que ela não desejava (...) é difícil, para nós, atendermos a estas mulheres, mas podemos nos questionar, se temos como encaminhá-las. Aí, eu acho que a gente tá falhando, sim, porque o que acontece? A gente nota que não somos só nós da enfermagem, os médicos não deixam prescrito medicação para dor. Deixam a paciente com dor porque abortou. Eu acho errado, ela é uma paciente, um ser humano como os outros, que tem seus direitos e eu não vou deixar com dor porque provocou aborto. Eu não deixo, eu tenho na minha consciência assim que se ela precisa de remédio, eu procuro o médico, ligo, ‘incomodo’. Se for preciso, eu vou fazer. Às vezes, eu me pergunto se sou contra ou a favor. É difícil dizer, mas apesar de, talvez, não concordarmos com o que elas fizeram, nós temos que assumir nossa parcela de responsabilidade e, ainda mais, que nós influenciemos a equipe”.

As palavras da colega vêm ao encontro de nosso objetivo, **“Iniciar a construção de um processo educativo junto as enfermeiras de uma UIO,**

sobre a assistência de enfermagem prestada as mulheres que internam por aborto provocado, em busca de uma assistência humanizada e cidadã”.

Deixar a mulher com dor porque abortou, parece ser cruel demais. Talvez, seja possível refletirmos se o sofrimento físico e o abalo moral a que estas mulheres são expostas, já não são um sofrimento suficiente e, até, desnecessário. Será preciso que a enfermagem e a equipe de saúde, com sua conduta discriminatória, exacerbe-os ainda mais? Então, como assitir, de modo humanizado, se reconheço na mulher que provocou aborto, não uma cliente que necessita ser assistida e cuidada, mas apenas a responsável pela realização de um ato moral e religiosamente incorreto? Será necessário demonstrar, no meu fazer, minha insatisfação com seus atos numa aparente punição às mulheres que internam por complicações decorrentes de aborto provocado? Será ética tal atitude?

Nós, muitas vezes, não aceitamos a realização do aborto, pois nossa formação, nossos valores, nos dizem que as mulheres devem amar a todos os filhos igualmente. Porém, como garantir isso se são gerados em contextos e momentos de vida tão diferentes? Como santificar a maternidade numa sociedade que não atende às mínimas necessidades das mães, nem dos filhos por elas gerados? Acredito na possibilidade de transformar esta situação de desrespeito à condição de mulher cidadã, a partir do estabelecimento de um diálogo, no qual as mulheres possam ter novas possibilidades de participação e decisão nas questões sobre sua saúde e sexualidade.

Os seres humanos se fazem e crescem, à medida que dialogam, que refletem a sua ação; o diálogo é, portanto, o encontro dos seres humanos que

se solidarizam, o refletir e o agir, de modo a tentar transformar não só a si mesmos, mas a sua realidade (Freire, 1997). Quando os sujeitos passam por um processo de conhecimento de si e de sua realidade, vão conquistando a sua liberdade, o que pressupõe autonomia, compromisso e respeito ao outro; que vai se traduzindo no respeito aos direitos individuais, propiciando, assim, um comportamento mais ético.

Montgomery (1987) constatou que os profissionais da área da saúde tinham dificuldade em assistir à mulher que provocou aborto e não suportavam, na grande maioria, a interrupção da gravidez. Passados mais de 10 anos, Santos e Rodrigues (1999), também, relataram perceber que, muitas vezes, os profissionais da área da saúde têm dificuldades em prestar assistência à mulher que provocou aborto. É possível que isso venha acontecendo por uma formação que, comumente, não nos propicia dúvidas. O que nós é ensinado são verdades, freqüentemente, consideradas imutáveis, as quais não nos permitem e nós não nos permitimos questionar, mas apenas, aceitar e reproduzir.

No entanto, atender de forma humanizada às mulheres que provocam aborto, não significa que sejamos partidários a sua realização. Significa, sim, que estamos participando da construção de um ambiente que favoreça o diálogo, o respeito; uma relação horizontal, na qual a mulher não seja punida e sim cuidada. Significa, ainda, acreditar que estamos contribuindo para que se possa estabelecer um espaço propício à educação para a saúde e para o seu autocuidado, problematizando, com as mulheres, as questões de anticoncepção, gravidez indesejada e aborto inseguro, dentre outros que se mostrem necessários.

Construir um processo de educação com estas mulheres, possivelmente, seja o primeiro caminho para a redução do número de gravidezes indesejadas. Vale ressaltar que a educação para saúde, no que se refere à sexualidade, é extremamente necessária para os jovens, assim como para os adultos e que as equipes de saúde, assim como pais e professores, precisam abertamente abordar esta temática, não fazendo dela um tabu. Refiro-me, também, aos adultos, pois muitos apresentam desconhecimento sobre o próprio corpo, sobre sua sexualidade e medidas de anticoncepção.

Em relação à educação sexual dos jovens, Verardo (1987, p. 43) afirma que:

“a família deveria assumir este compromisso e que dentro da família esta tarefa tem sido delegada às mães, mas, como esperar isto de milhares de mulheres que nunca tiveram nenhum tipo de orientação sexual, que não conseguem lidar com sexo de uma maneira natural? É provável que não consigam falar naturalmente sobre sexo e não falam esperando que outros cumpram este papel. Cria-se, assim, um círculo vicioso”.

Para Prado (1995, p. 28), em relação à educação sexual:

“há desinformação sobre sua fisiologia, sexualidade e mecanismos de reprodução. Esta falta de conhecimentos não é um privilégio nem da pouca idade, nem da classe social, nem da origem rural ou urbana. Ela se encontra em todas as gerações, por toda a sociedade, o que dificulta aos jovens obter conhecimentos junto aos adultos e autoridades médicas e educativas em geral ... Quando não existe a ignorância de alguns fatos relativos ao comportamento e funções sexuais, existem os tabus em torno do assunto, o pudor em referir-se a esses temas, de trocar experiências verbalmente, o receio de induzir as moças a uma vida sexual ‘desregrada’ se estas adquirirem conhecimentos sobre como evitar as conseqüências de relações sexuais fora do casamento”.

Dando continuidade ao diálogo entre as participantes, Água questionou:

“este grupo das mulheres que provoca aborto, tem aquelas realmente ignorantes no real sentido da palavra, gente de nível

sócio-econômico-cultural baixo; mas tem aquelas que não são tão ignorantes assim. Aí, eu me pergunto porque elas tratam este problema como uma coisa tão banal assim, será que é uma maneira delas se protegerem? O que leva uma mulher a tratar o aborto como se fosse uma coisa simples ...”.

“Gurias, a gente tem que pensar posterior à situação, porque a gente está vendo somente aquele momento, mas tem que tentar ver como é que elas estão se sentindo, as marcas profundas que ficam” (Vento).

“Se ficassem marcas profundas, elas não fariam de novo. Oh, que horror, o que eu disse” (Água).

Na verdade, por mais tranqüila que a mulher possa parecer, após a realização de um aborto, esta é sempre uma decisão difícil de ser tomada. Possivelmente, trará a ela uma série de marcas, para as quais algumas delas poderão não estar preparadas a assumir.

Rolim (1997), ao falar a respeito do aborto e de sua legalização ou não, considerava “que o aborto será, em qualquer circunstância, uma opção traumática e, a princípio absolutamente indesejável. Moralmente não me parece que possamos sustentar qualquer postura de indiferença diante da realização de um aborto”. Já, Berliquer, na entrevista a Pizzarro (1999, p. 4), afirma que: “enquanto o aborto permanecer nesta situação de clandestinidade, será impossível prevenir os riscos dele advindos, como prevenir algo que não se sabe e não se conhece”.

Aceitar o outro e suas decisões poderá fazer com que conquistemos a interação de que nos fala Travelbee (1979). Quando assumimos o compromisso com a mulher nossa cliente e, a partir dele, criamos situações de diálogo em que ambas, enfermeira e mulher, possamos falar a respeito de nossos saberes e dúvidas, numa tentativa de transformar a própria realidade que nos cerca,

estaremos fazendo a nossa parcela, na melhoria da assistência que hoje prestamos.

Certamente, como profissionais de saúde, não nos cabe julgar a decisão individual da cliente, se agiu corretamente ou não. Às vezes, as mulheres são levadas a tomar decisões, por situações extremas, e realizam um aborto, precisando, depois, assumir responsabilidades para as quais se encontravam, na verdade, despreparadas. Na tentativa de aprofundar a reflexão, perguntei ao grupo:

“Diante do fato consumado, o que falta para que a gente possa assistir melhor a estas mulheres na tentativa de mudar este quadro? A gente tem conseguido encarar o problema de frente?”

“Não, é claro que não” (Água).

“Eu acho que podia ser diferente” (Vento).

“Eu acho que o que pode mudar na nossa conduta é começando por aí, fazendo o que estamos fazendo, pensando, discutindo, uma apoiando a outra. Olha, eu nunca conversei com uma mulher destas para saber o sentimento dela ” (Água).

“Olha aí (uma mulher destas) É muito difícil, só que disse tudo, eu acho que a gente tá pecando na orientação. Eu acho que no físico tá legal, mas na educação, eu erro, muitas vezes, por ser uma mulher que provocou aborto” (Fogo).

Diante da manifestação de Fogo, pergunto se podemos afirmar que cuidamos bem do físico, quando o aspecto emocional fica à margem, quando não nos importamos com o que as mulheres estão sentindo, com os motivos que as levaram a engravidar e a abortar, em melhor prepará-las para conhecerem-se mais, buscando, juntas, estratégias que possam auxiliá-las. De acordo com Travelbee (1979, p. 10), poderíamos ajudá-las a “... identificar-se como seres únicos e diferentes ...” durante a relação pessoa a pessoa, na qual nos colocamos mais perto das clientes. Nós, enfermeiras, podemos, possivelmente,

ajudá-las no sentido de melhor instrumentalizá-las, para evitar a ocorrência de gravidez indesejada e de aborto inseguro. Na tentativa de buscar a operacionalização deste aspecto proposto, perguntei:

“A partir disto, é possível que se pense em como poderíamos trabalhar melhor esta questão?”

“Eu proponho que cada uma de nós tente uma aproximação maior com uma das mulheres que interna por aborto provocado para ver como se sente” (Vento).

“A gente tem que ver que as mulheres que provocam aborto são uma parcela grande da nossa clientela. E a gente não vai poder fazer como avestruz, enterrar a cabeça” (Água).

Realmente, a nossa realidade nos mostra, diariamente, que o aborto é um grave problema de saúde pública, que atinge a todas nós, sem exceção. É necessário que problematizemos, com as mulheres, em busca de propostas para uma melhor qualidade de vida, em que elas se percebam como sujeitos, que reflitam sobre sua condição e possam buscar mudanças na sua realidade. Venho percebendo o quanto pode parecer difícil falar sobre o assunto aborto e sobre a assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto. Acredito que o grupo de enfermeiras que iniciou este processo precisava deste momento. Ficou claro que, ao nos permitirmos falar sobre o que, possivelmente, nos incomode, abre-se o caminho para que possamos evidenciar e trabalhar sentimentos, de modo a modificar a assistência de enfermagem por nós prestada.

Reconhecer nossas limitações e tentar superá-las, poderá nos impelir à busca de caminhos que possam privilegiar não só a assistência de enfermagem, mas a mulher como ser humano e o seu reconhecimento como sujeito de nossas ações e não apenas um instrumento de trabalho.

5.3 - A CLIENTE COMO OBJETO OU SUJEITO DE NOSSAS AÇÕES?

Ao implementar esta prática, para alcançarmos o objetivo proposto, pretendia desencadear as seguintes reflexões: como nossa conduta discriminatória e nossas atitudes punitivas podem interferir, de forma negativa, na qualidade da assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado? Essas atitudes transgridem o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE)? Para estimular esse processo reflexivo, utilizamos, como auxílio, a leitura do texto "A Ética na Enfermagem" (Pavelqueires et al 1994, p. 160-168) que, após lido individualmente, foi discutido com o grupo. Cada participante falava a respeito dos pontos considerados mais importantes. A leitura nos alertava da importância de mantermos atitudes éticas com as mulheres, aqui especificamente, com as mulheres que internam por aborto provocado; atitudes éticas não só no cumprimento de normas e rotinas, mas vendo as mulheres como responsáveis, como seres que podem ajudar a modificar sua própria realidade, para transformar situações de agressão, às quais, muitas vezes, são expostas quando internam por aborto provocado.

Brisa, referindo-se ao texto lido, disse:

"O nosso Código de Ética parece inalcançável, parecemos estar acima do bem e do mal. Nós, muitas vezes, sabemos dos direitos dos clientes, mas não deixamos que eles mesmos descubram os direitos que têm; nós ainda os tratamos como objetos da enfermagem, não como seres humanos".

Isto, acredito, ainda tem acontecido por vermos nossa cliente como um objeto, desprovida de vontades, de direitos, e não como sujeito. Se possibilitarmos estar com as mulheres, procurando entendê-las, será possível

perceber que, freqüentemente, apresentam sentimentos de depressão e culpa, que podem ou não ser intensificados, pelo atendimento discriminatório por parte da equipe de enfermagem.

O CEPE, em seu preâmbulo (1993), destaca o quanto é importante que nossas ações sejam pautadas pela ética profissional:

“A enfermagem possui um corpo de conhecimentos construídos e reproduzidos por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência, realiza-se na prestação de serviço ao ser humano, no seu contexto e circunstâncias de vida. O aprimoramento do comportamento ético profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional, configurado pela responsabilidade do plano das relações de trabalho com reflexos nos campos técnico, científico e político”.

Muito se tem falado a respeito de ética, muito tem sido discutido e até mesmo questionado. Saídas da academia, muitas de nós, enfermeiras, apenas tomamos conhecimento do referido Código numa disciplina específica. Reconheço a academia como fomentadora de dúvidas, que parecem ser imprescindíveis à análise do nosso fazer cotidiano. Acredito ser importante que as alunas, futuras enfermeiras, tomem parte de discussões relacionadas à ética, para que, deparando-se com as situações que possivelmente vivenciarão futuramente, possam estar se instrumentalizando e exercitando sua capacidade de problematizar, analisar e decidir.

Ao falar em ética, não é possível apenas conhecer o Código de Ética de cada categoria profissional. É necessário, sobretudo, conhecê-lo e entendê-lo, para que possa ser utilizado no nosso cotidiano profissional. O Código de Ética, mais do que aprendido, precisa ser vivido, na assistência diária. Através do seu uso, espera-se uma conscientização maior de cada profissional no desempenho

de seu trabalho, de modo a poder preservar os direitos dos clientes, respeitar os profissionais e permitir que cada enfermeira possa amparar suas decisões em atitudes éticas. À medida que conhecemos os direitos, dos clientes e não os atendemos, estamos infringindo o CEPE que teve como referência a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) e diz em seu preâmbulo:

“O código de Ética dos Profissionais de Enfermagem deve considerar prioritariamente a necessidade e o direito a assistência de enfermagem. Os interesses do profissional devem estar afinados com os de sua clientela estando ambos aliados por uma assistência de qualidade sem riscos e de fácil acesso a toda a população”.

No hospital onde este trabalho foi desenvolvido, só muito recentemente, iniciaram-se esforços para que se organizasse uma Comissão de Ética de Enfermagem. Isto deve-se a uma necessidade conjunta da administração da instituição e das enfermeiras que, no desenvolver de seu trabalho cotidiano, deparavam-se com situações conflituosas, com dilemas éticos, tendo dificuldades para a tomada de decisão. Realmente, muitas vezes, nós, enfermeiras, temos visto o cliente como um ser desprovido de capacidade para pensar e decidir. Então, decidimos por ele e pensamos ter feito o melhor, isto visto pelo nosso ângulo de observação. É possível que o bem da unidade nem sempre represente o bem do cliente. Às vezes, quando optamos por determinadas atitudes, estamos tentando encontrar uma forma de acertar detalhes, aparar arestas, mas estes acertos virão favorecer a quem? Nós mesmas? A Unidade? A Instituição? E pelo cliente, quem se interessa?

Resgatando o que foi dito por Brisa, acerca da cliente ser tratada como objeto e não como sujeito, considero que, no nosso dia a dia, como enfermeiras, é possível que aconteçam muitas situações em que as clientes possam ser

desrespeitadas. Isto pode ocorrer pela falta de questionamento e reflexão sobre nossas atitudes.

Hoje, face às transformações pelas quais vem passando a sociedade em geral e a enfermagem brasileira, estamos mudando. Uso o termo estamos, pois penso que, em uma determinada época, influenciámos a equipe de enfermagem negativamente no que diz respeito à assistência de enfermagem às mulheres que provocaram aborto. Digo isso devido ao nosso modo de fazer, possivelmente, irrefletido; muitas vezes, repleto de certezas, sem questionamentos.

Neste trabalho, vimos tentando problematizar a assistência prestada às mulheres que internam por complicações de aborto provocado, buscando desencadear um processo de conscientização das enfermeiras, para que, comprometendo-se com a vida e o respeito ao ser humano, pudessem identificar novas estratégias de assistência. Neste contexto, em que se pretende uma relação humanizada e cidadã com as mulheres, propõe-se também, um comprometimento maior da mulher com o respeito à sua própria vida.

Em consonância com Pavelqueires et al (1995, p. 167) :

“O comportamento ético não deve se ater unicamente aos atos que favoreçam o bem estar do cliente ou, por outro lado, que garantam a segurança dos profissionais, mas deve abranger ambos, entendendo que somos todos atores sociais neste processo, com responsabilidades, direitos e deveres de cidadãos”.

Nós somos e vivemos como atores sociais no nosso cotidiano profissional. Assim, é preciso entender que temos valores morais e religiosos dos quais não nos abstraímos durante o exercício profissional; estes podem interferir, de forma positiva ou não, na qualidade da assistência prestada.

Ainda, de acordo com os mesmos autores:

“Um código de ética para que seja não somente conhecido, mas vivenciado, não pode estar centrado somente no profissional ou instituição ou em sua clientela, mas deve abranger ambos de forma dinâmica, considerando o coletivo no processo social, pois isto parece-nos um dos caminhos em que os princípios, valores e normas poderão abarcar as diferentes relações que se estabelecem em cada realidade, na tentativa de resgatar a cidadania, muitas vezes, perdida ou negada” (Pavelqueires et al, 1995, p. 167).

As enfermeiras, por reconhecerem-se como seres imperfeitos, passíveis de falhas, relataram desconhecer o CEPE na íntegra, pautando suas condutas de acordo com a sua consciência. Segundo elas, agindo assim, é possível que nem sempre tenhamos nossas atitudes amparadas pelo código, pois sabemos que a consciência de cada um de nós pode ditar regras de acordo com convicções sociais, políticas e religiosas. As enfermeiras referiram, ainda, que o seu desconhecimento do Código de Ética deve-se a vários fatores, entre eles, o seu descaso em conhecê-lo e em manterem-se atualizadas, assim como dos próprios órgãos de classe que não estimulam sua divulgação.

Por outro lado, embora saibamos da existência e da necessidade de conhecermos e ampararmos nossas atitudes em reflexões éticas, poderíamos, ingenuamente, nos colocarmos numa posição mais cômoda, daqueles que dizem desconhecer para não precisar modificar sua forma de agir. O repensar a assistência, com vistas a uma consciência crítica, não acontece de forma repentina, ele pode acontecer à medida que formos propiciando espaços para um processo reflexivo coletivo. Para Freire (1997) há três níveis de consciência que poderão modificar-se de acordo com o nosso comprometimento com a realidade. O primeiro nível é o da consciência intransitiva, no qual temos uma percepção mágica da realidade, atribuindo, ao destino, os acontecimentos que nos rodeiam,

não nos sentindo capazes ou com coragem para modificá-los; o segundo nível é o da consciência ingênua, onde se pode evidenciar um incremento na nossa capacidade de ver a realidade e uma tênue busca no compromisso para a sua mudança mas esta vem permeada pela superficialidade, não chegando ao aprofundamento da causa real, desacreditando da possibilidade de transformação. O terceiro nível é o da consciência crítica, aquele que assume concretamente o seu compromisso com a transformação da realidade; aprofunda-se na investigação dos problemas; é indagadora e instigadora, implicando, este compromisso, em uma nova ação.

Na tentativa de ampliar a consciência do grupo em relação à assistência de enfermagem às mulheres que internam por aborto provocado, as enfermeiras prosseguiram a discussão sobre o Código de Ética:

“Eu acho que o nosso código de Ética procura o perfeccionismo e nós não somos perfeitas” (Água).

“A Enfermagem, pelo Código de Ética, parece uma profissão divina e isso, muitas vezes, é passado na graduação. Eu não concordo com muitas coisas do Código de Ética, pois parece tudo muito longe da gente (...) Eu acho que, muitas vezes, nós ferimos o Código de Ética, mas é tentando fazer a coisa certa, para o bem da unidade” (Fogo).

“Eu penso, talvez, que muitas de nós enfermeiras nem conhecemos bem o nosso próprio Código de Ética, pois se o conhecêssemos e o respeitássemos, não tomaríamos determinadas atitudes em relação a estas mulheres das quais estamos falando (...). Eu acho que a enfermagem é mais do que respeitar o Código de Ética, é respeitar o ser humano, em todo o seu ciclo vital, respeitando, inclusive, suas opções. Quanto a divindade, eu acho que hoje não é mais assim, aquela coisa de que ser enfermeiro era vocação, isto é uma profissão como outra, é sobrevivência; mas, aqui, trabalhamos com gente, com vida e, isso sim, é uma coisa divina” (Brisa).

Não considero que o Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem

procure o perfeccionismo; penso que, realmente, ele prioriza aquilo que, por consenso, os enfermeiros consideram um atendimento de qualidade.

Ao assistirmos passivamente à repetição de internações das mulheres por complicações de aborto, nesta unidade, não estamos priorizando saúde nem educação, como previsto no capítulo 1, art 1º, do CEPE, que afirma ser a enfermagem uma profissão comprometida com a saúde do ser. Estamos preterindo a assistência de qualidade e sem riscos, que é garantida, aos clientes, pela legislação vigente. É importante lembrar que o respeito aos direitos da mulher precisa fazer parte do nosso dia a dia como profissionais. Nossas atitudes, não refletidas em relação à mulher que provocou aborto, julgando, condenando e, às vezes, preterindo o seu atendimento, infringe todos estes direitos. A relação entre enfermeiras e clientes deve pautar-se no respeito à autonomia da cliente e desta ao trabalho profissional desempenhado pela enfermeira.

Houve consenso, entre as participantes, que seria importante revermos com toda a equipe de enfermagem, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e procurar embasar nossas atividades nos seus preceitos. Considerou-se, também, a possibilidade de que, ao redescobri-lo, pudéssemos pautar nossa assistência, especialmente, à mulher que provocou aborto, em atitudes éticas. Assim, tentaríamos, novamente, continuar nos aproximando das mulheres, com a intenção de que a assistência de enfermagem de qualidade pudesse acontecer de forma mais comprometida com a transformação da realidade.

Retomando a proposta de que cada enfermeira pudesse se aproximar de

uma cliente, permitindo-se tentar entendê-la e ajudá-la, baseando suas atitudes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, perguntei como tinha sido a tentativa de aproximação com as mulheres.

“Nós tivemos esta semana uma paciente, que provocou aborto, uma mulher mais culta que a maioria de nós atendeu. Era uma gestante soropositiva para HIV. Em um dado momento da internação, ela disse que gostaria de conversar com um psicólogo, que não estava se sentindo bem intimamente. Quantas mulheres têm o mesmo sentimento e não sabem ou não conseguem expressá-lo? Aí, a gente coloca tudo no mesmo saco de gatos. Nós somos muito estranhas, nós trabalhamos em um HU, mas nos falta tanta coisa. Como seria se a gente tivesse um bom programa de atendimento, não um desses feitos para igualar todo mundo, que isso não dá certo, mas um no qual a gente pudesse prestar um atendimento multiprofissional, porque acaba ficando tudo para a enfermagem? (...) Eu soube que esta paciente chamou a Brisa para conversar e expressou toda a vergonha que sentia de ser portadora do vírus da AIDS, da dificuldade que foi contar para o filho mais velho isso e, nesta hora, ela encheu os olhos de lágrimas” (Água).

Parece que tivemos a oportunidade de nos enxergar, já que esta é uma situação que pode acontecer com qualquer uma de nós, não importando a classe social ou o nível sócio econômico cultural que tenhamos, mas, sim, o quanto de cuidado e responsabilidade temos tido com nossa sexualidade e com nosso corpo. Mediante este depoimento, pude evidenciar, também, como Água tem se permitido refletir sobre a assistência prestada às mulheres que internam por aborto provocado, na busca de estratégias que propiciem um melhor atendimento. A identificação das necessidades de apoio, de conversar, de ouvir e ser ouvida desta mulher e a forma comprometida como foi atendida pela equipe, mostram uma consciência mais crítica, num possível processo de conscientização profissional.

Muitas vezes, nós, enfermeiras, nos deparamos com situações,

vivenciadas pelas clientes, que nos deixam em dúvida quanto ao modo de agir. São vivências com as quais, possivelmente, não concordamos e, freqüentemente, não respeitamos; mas como entendê-las sem realizar julgamentos? Sem colocar, sobre elas, valores morais tão arraigados em nós? Por outro lado, para nós, enfermeiras, quem servirá como apoio, às nossas dúvidas, anseios e insatisfações? Quantas violências temos vivenciado sem ter a quem perguntar como poderia ser diferente? Como poderíamos trabalhar melhor estes sentimentos em nós mesmas?

O fato desta cliente expressar como se sentia e solicitar auxílio de um psicólogo, mostra-nos o quanto é necessário o apoio à mulher, neste momento em que está fragilizada. Cabe a nós, então, como profissionais comprometidas com a vida e a saúde, reconhecer e respeitar os direitos que, só agora, vêm sendo exigidos pelas mulheres. Vento, neste momento, fez uma importante intervenção:

“Por isso que eu acho que é importante conversar com elas, ouvir sua história. Quem sabe ela se abriu porque a pessoa que chegou estava desamada? (...) Eu acho isso mesmo, porque eu recebi esta paciente na internação, conversei um monte com ela. Essa paciente, gurias, teve poucas relações com este companheiro ... e depois disso é que ele disse para ela que era portador do vírus HIV. Nesta ocasião, ela já estava grávida, imaginem, que situação, descobrir-se soropositiva para AIDS, grávida e ela já tinha 4 filhos, os quais ela ama muito (...) e estava passando por um momento difícilíssimo”.

Água, um tanto irritada, disse:

“É isso, é isso, chegaste no ponto. Ela tinha filhos que amava e não ia amar este só porque poderia estar contaminado? Muitos têm negativado”.

“Ela está grávida e sem emprego; disse estar passando por necessidades e ‘a tentativa do aborto foi uma forma de me matar’, ela disse” (Brisa).

Vento, mostrando evidências do processo reflexivo construído no decorrer deste trabalho, disse:

“Eu acho que a enfermagem diz que não discrimina, mas eu vi, no meu turno que não é assim. A paciente chamou para ver um soro no qual estava passando penicilina e estava doendo. Aí, eu deixei bem devagar, e ela disse que o pessoal chega e passa a medicação a jato, em alguns turnos, e não param para pensar que se diluir mais, vai doer menos. Talvez, o limiar de dor dela seja menor e porque não atender a um pedido que é um direito da paciente”.

Esta faia parece vir ao encontro do que recomendam Fonseca e Santos (1998). É necessário acompanhamento psicológico à equipe de enfermagem que atende às mulheres que internam por aborto provocado, pois as mesmas lidam diariamente com a dualidade vida e morte. Os sentimentos, às vezes explicitados, como raiva, ódio, medo, constrangimento, entre outros, dizem respeito a nossos próprios padrões morais, os quais podemos deixar transparecer durante a assistência de enfermagem.

Água, mais uma vez, demonstrando seu modo de pensar sobre a mulher que provocou aborto e o quanto esta paciente a fez refletir, disse:

“Pela primeira vez, eu pude conversar com a paciente, eu acho, não sei se foi o grupo. A animadora é a culpada disso tudo (risos). Não sei se foi a situação dela que me fez pensar duas vezes. Foi a primeira vez que eu pude atender a uma mulher que fez um aborto sem pré-julgar, eu atendi de peito aberto e vocês sabem qual tem sido a minha posição”.

Brisa evidenciou um ponto que ainda não havia sido levantado:

“Talvez por ser uma paciente diferenciada e por ver que pode acontecer com qualquer uma de nós”.

Na verdade, a paciente não era diferenciada sócio-economicamente; diferenciava-se das demais por um aspecto que considero importante: ela se

reconhecia como um sujeito e as solicitações que fez, à equipe de enfermagem, não eram nada além do que tinha direito. Mesmo encontrando-se fragilizada pela doença, solicitava ser ouvida, atendida e entendida, podendo assim falar sobre suas angústias. A relação pessoa a pessoa pode acontecer de diferentes formas: algumas pessoas, ao se conhecerem, logo se identificam e espontaneamente fluí uma confiança mútua (Fonseca, 1996, p. 32); entretanto, com outras, não é tão fácil assim e Travelbee (1979) reconhece esta dificuldade também nas enfermeiras. Deste modo, pode-se verificar porque nem todas as enfermeiras conseguem estabelecer, de imediato, um relacionamento de respeito à mulher como sujeito. É possível que outros fatores possam interferir nestas relações e, para isso, então, faz-se necessário que trabalhemos nossos sentimentos, com vistas a proporcionar uma maior aproximação com a cliente, facilitando, assim, a ocorrência de relações significativas que favoreçam a relação pessoa a pessoa.

Certamente, seria muito bom, poder reconhecer que o início do nosso processo educativo pudesse estar produzindo frutos tão importantes. Acredito que a vontade individual da enfermeira Água, acompanhada pelo querer refletir do grupo como um todo, é que, possivelmente, tenham propiciado este novo modo de pensar, mais livre de preconceitos, na busca de uma assistência humanizada e cidadã.

Esta possibilidade de uma nova consciência, mais crítica em relação ao nosso fazer junto à mulher que interna por complicações de aborto provocado, é que nos propiciou refletir sobre a assistência à mulher que provoca aborto, que será apresentada a seguir.

5.4 – REFLETINDO ACERCA DE MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA À MULHER QUE PROVOCA ABORTO - SENTIMENTOS DAS ENFERMEIRAS

A intenção de transformar a assistência de enfermagem em uma assistência refletida e comprometida, requer um processo de reconhecimento do outro como cidadão e o despertar da nossa capacidade crítica e criadora. Transformar, de acordo com os pressupostos construídos, significa trabalhar com vistas a um processo de conscientização, o que não pode estar desvinculado de ações concretas em prol de um desejo comum: a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem à mulher que interna por aborto provocado.

Gravidezes indesejadas, na verdade, continuarão acontecendo enquanto sexualidade, saúde reprodutiva e aborto, continuarem sendo tratados como tabus. As mulheres, vítimas de gravidez indesejada, precisam, portanto, de rápida e ampla orientação profissional confidencial, para que, juntas (mulheres e enfermeiras), possam explorar todas as possibilidades para a solução de um problema que não é só da mulher, mas da sociedade.

Berlinguer em entrevista concedida a Pizzarro (1999, p.5), ao falar sobre a regulamentação do aborto em seu país, disse: “Creio que, em todo mundo aborto pode diminuir. Não digo em alguns anos, mas em alguns decênios. É um fenômeno marginal na vida das mulheres, que pode diminuir”.

Quando buscamos modificar este quadro, é necessário tratar as mulheres de forma diferente, tratá-las como cidadãs, como pessoas que fazem diferença no mundo; e nós, embora não concordemos com o aborto, podemos respeitar a liberdade individual.

Brisa em vários momentos, havia acompanhado a colega Água, durante o atendimento a uma mulher que provocara aborto e com a qual Água se sensibilizara, disse:

“Água, eu achei o teu atendimento ótimo. Eu percebi isso quando tu entraste com ela no quarto. Ali, tu estavas vendo ela como mulher, como cidadã. Estávamos eu e a auxiliar M; tu trouxeste ela e podias ter ido embora, mas ficaste; não sei se para nos ajudar ou para ajudá-la”.

“Eu fiquei com muita pena dela quando ela entrou no pronto socorro. Eu estava lá e logo fui me envolvendo, tanto que estou aqui” (Água).

O sentimento de pena, explicitado por Água, fez com que ela se colocasse no lugar daquela mulher que estava sofrendo. Sentimento, que, segundo Água, acontece (sem sabermos explicar o porquê) e nos ajuda a ver a cliente e a atendê-la da forma como nós gostaríamos de ser atendidas se estivéssemos nesta mesma situação. Por sabermos que nem todas as mulheres nos causam o mesmo sentimento poderíamos perguntar como têm sido tratadas aquelas em que este sentimento não flui desta forma. É necessário dar um tempo maior, para que se processe uma relação na qual possamos compreender a mulher como cidadã. Precisamos, então, trabalhar para que possamos ser imparciais no atendimento tanto das mulheres pelas quais esse sentimento emerge logo, como para com àquelas com as quais a relação precisa ser mais trabalhada.

Vento completou a percepção da colega Brisa, dizendo:

“E tu já sabias que ela tinha feito aborto. Com esta mulher, tu tiveste um envolvimento emocional maior do que com as demais. Não sabemos como aconteceu, mas acredito que o sentimento que envolveu a ambas foi a empatia e isso favoreceu o estabelecimento de uma relação de confiança, na qual a mulher falou e foi ouvida”.

Estabeleceu-se a relação pessoa a pessoa, onde foi priorizado o “estar com” a mulher, o permanecer juntas para estabelecer uma relação de confiança. Vento, possivelmente, referiu-se deste modo, acreditando que o processo de reflexão da colega Água já havia se iniciado; mesmo que Água tivesse uma posição extremamente contrária à realização do aborto, como ela mesma explicitou no início dos encontros, permitiu-se sensibilizar-se em relação a esta mulher. Isto a fez refletir, mais profundamente, sobre seu modo de assistir e, ainda, na possibilidade de modificá-lo.

Água, novamente pensando em novas possibilidades de atendimento a estas clientes, disse:

“Pela primeira vez, eu consegui tratar diferente, acho que algo me fez vê-la diferente. A gente devia trabalhar isso com a equipe também. Nós poderíamos pensar na possibilidade de retomar a consulta de enfermagem pós-aborto ou, talvez, um grupo de ajuda no qual se pudesse fazer discussões com as mulheres acerca de sexualidade, saúde reprodutiva, enfim ...”.

“Acho que é uma possibilidade, mas é um grande passo que não pode ser dado, enquanto nós não conseguimos atender à mulher, dentro da unidade, de uma forma mais humana; enquanto não houver o envolvimento da equipe de um modo geral” (Vento).

A reflexão da colega Vento deu-se por reconhecer as possíveis dificuldades em implantar um programa de consultas ambulatoriais, que poderia ficar comprometido, enquanto não forem evidenciadas mudanças profundas em nossa forma de assistir às mulheres que internam por complicações de aborto provocado na própria Unidade de Internação. É possível que este programa ficasse fortemente fragilizado pelo modo como as mulheres se vêm atendidas na UIO. De que adiantaria tentarmos orientar a mulher em quarenta minutos de consulta de enfermagem se, quando da sua internação por vários dias, não teve

sua condição de sujeito reconhecida? Não recebeu assistência humanizada e cidadã e nenhum tipo de orientação? Ainda, será que estas mulheres procurariam tais consultas, neste contexto?

“É, eu acho que tu tens razão, falta muito chão a percorrer. É a nossa consciência interior, o EU; enquanto a gente não se preparar para que essas mudanças ocorram, eu acho que continuaremos sendo as mesmas” (Brisa).

A assistência de enfermagem precisa estar fundamentada na capacidade das enfermeiras e das mulheres descobrirem seus próprios caminhos, através de uma prática refletida, que estimule uma mudança na ação dos sujeitos enquanto responsáveis pela assistência. Para Freire (1987) a educação problematizadora, estimula a reflexão dos sujeitos sobre a sua realidade, e estes só são seres autênticos, quando se comprometem com a transformação da mesma.

Vento, refletindo a este respeito, disse:

“Tu tens que tentar cada vez mais te colocar junto a elas. Isso tem que acontecer naturalmente, não pode ser imposto. Se tu não aceitas o aborto como uma decisão de fórum íntimo a qual não nos cabe julgar e sim assistir, aí, atender a estas mulheres é muito mais difícil”.

“Mas eu não vou aceitar como natural; é apenas a constatação de um fato já consumado. Como fazer para ajudar a mulher, evitando que se repita” ?

Na verdade, nós não esperamos que as enfermeiras aceitem o aborto como um fato normal. Entendemos como necessário que aceitem e reconheçam que o momento da internação pode ser utilizado para uma ação mais efetiva no sentido de modificar um círculo de problemas que envolvem a mulher que abortou. Parece ser um momento propício para orientá-la, ajudá-la a perceber a si mesma diferente, reconhecendo sua capacidade de exercer sua sexualidade,

de forma prazerosa e responsável, respeitando seu corpo e sua saúde.

Buscando refletir, com o grupo, sobre a possibilidade de transformar a assistência, questionei: se somos contrárias à realização do aborto, como podemos evitar que as mulheres cometam esta violência? Será negligenciando sua assistência? Podemos pensar e refletir sobre isso?

Sabemos que, nesta situação de aborto inseguro, o medo é real; as mulheres estão fragilizadas, mesmo que tenham desejado a realização do aborto. Quando se vêem com complicações associadas, ocorre o medo da morte, da esterilidade, entre outros. Parece, então, difícil, neste momento, abrirem-se para um trabalho grupal. Neste sentido, pode ser mais interessante a realização de um atendimento mais individualizado. No entanto, ao implementar uma proposta de educação para saúde com mulheres que internam por aborto provocado, inicialmente, pretendia implementá-la individualmente. Entretanto, o fiz de forma grupai pois na UIO, há enfermarias específicas para mulheres com complicações de aborto provocado. Este fato propicia o diálogo entre as mulheres que partilham suas dúvidas e medos. Por esse motivo naquela ocasião, as mulheres solicitaram que o trabalho fosse feito em grupo, pois acreditavam poderem se ajudar mutuamente (Lipinski, 1998). Então, cabe a nós, enfermeiras, sermos sensíveis ao momento vivenciado por cada pessoa e respeitarmos seus sentimentos, possibilitando um trabalho grupai ou individualizado de acordo com a situação e as necessidades das clientes.

Brisa, confirmando sua intenção de realizar um trabalho diferente, falou:

“Eu acho importante informar e demonstrar os métodos anticoncepcionais existentes e disponíveis, para que quando elas se interessarem, nós possamos encaminhar para aquisição e/ou sanar dúvidas na própria unidade durante a assistência. Se for

o caso, nós podemos encaminhar esta paciente para o ambulatório de planejamento familiar. Pois, já tendo sido orientada sobre métodos anticoncepcionais, poderá pensar, escolher um que mais se adapte a sua situação. Aí, sim, o nosso trabalho vai ter começo, meio e fim. Assim, não caímos no erro de orientar e mandar embora, ficando uma coisa solta na assistência. É importante que, durante a assistência, se possa orientá-las, dando-lhes a oportunidade de pensar e decidir e não vir com o método pronto, a mesma cartilha para todas”.*

Nesta proposta, de ver a cliente como responsável, como participante, a assistência é dirigida para a mulher enquanto sujeito, a qual, juntamente com a enfermeira, pode ajudar a transformar sua própria realidade, ao descobrir-se sujeito, através do estar juntos, do escutar e compreender o outro.

Para Freire (1996, p. 135),

“Escutar é obviamente algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente, por parte do sujeito que escuta, para abertura à fala do outro. Isso não quer dizer, evidentemente, que escutar exija de quem realmente escuta sua redução ao outro que fala. Isto não seria escuta, mas auto-anulação. A verdadeira escuta não diminui em mim, em nada, a capacidade de exercer o direito de discordar, de me opor, de me posicionar. Pelo contrário, é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das idéias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz de sua posição com desenvoltura. Precisamente porque escuta, sua fala discordante, em sendo afirmativa, porque escuta, jamais é autoritária”.

Brisa, ratificando sua intenção, de uma nova ação, ressaltou o seguinte:

“Eu acredito que se a gente puder aplicar o processo de enfermagem, da forma como foi proposto anteriormente, com as três etapas observação/ interpretação, ação e avaliação da ação é possível que se possa melhorar a assistência com um planejamento conjunto” (Brisa).

Reforcei a idéia de que nas três etapas, não devem ser esquecidos os direitos da mulher como cidadã, que todas as ações possam acontecer de forma conjunta, pensada e refletida por ambas, mulher e enfermeira.

O trabalho de orientação e estímulo às mulheres de se perceberem diferentes no exercício de sua sexualidade, não pode ser uma conduta imposta, pré determinada, na qual nós, enfermeiras, escolhemos e decidimos, fazendo opções em relação a outro ser humano, esquecendo sua vocação de ser sujeito. Assistir na enfermagem significa, também, estar disponível para escutar e compreender o outro, respeitando sua história e os alicerces de sua educação. Significa, ainda, estarmos abertos ao novo.

Fogo, ciente das dificuldades e de algumas limitações que, muitas vezes, as enfermeiras vêm enfrentando pela falta de reciclagem, disse:

“É importante que nós mesmas tenhamos conhecimentos para orientá-las, porque, muitas vezes, nós vamos encontrar aquelas que conhecem os métodos anticoncepcionais e que já usam algum, mas o que fazer se esqueceu de tomar um dia? No outro dia, toma dois, segue normalmente? E se vomitou várias horas após ter tomado o anticoncepcional oral, o que fazer? E o que faz se romper a camisinha? Como se usa o espermaticida, enfim ... ainda há muitas dúvidas. E isso, às vezes, nós não temos bem claro porque há uma infinidade de anticoncepcionais novos no mercado. Eu acho importante a nossa ação no sentido de impedir que ela novamente volte grávida tendo que recorrer ao aborto”.

Lembrei, ao grupo, que o nosso processo de mudança da assistência passa pelo nosso processo interno de transformação. Faz-se necessário que nos coloquemos em constante aprendizado, que estejamos mais na posição de ouvintes, para assim podermos propor uma relação horizontalizada que permita à mulher ver-se como sujeito, também, em constante aprendizado. Para Freire (1996, p. 100),

“Entre nós, em função mesma do nosso passado autoritário, contestado, nem sempre com segurança por uma modernidade ambígua, oscilamos entre formas autoritárias e formas licenciosas. Entre uma certa tirania da liberdade e o exacerbamento da autoridade ou ainda na combinação das duas hipóteses. O bom seria que experimentássemos o confronto realmente tenso em que a autoridade de um lado e a liberdade de outro, medindo-se, se

avaliassem e fossem aprendendo a ser ou a estar sendo elas mesmas, na produção de situações dialógicas. Para isto, o indispensável é que ambas, autoridade e liberdade, vão se tornando cada vez mais convertidas ao ideal do respeito comum somente como podem autenticar-se”.

“Quando nós atendemos às mulheres e nos dispomos a ouvi-las e a entendê-las, acredito que aí está acontecendo o processo de enfermagem. O que eu acho que fica faltando é o fechamento, é encaminhá-las, ou melhor, encaminhar uma forma de ajudá-las, seja na orientação de métodos anticoncepcionais, seja no encaminhamento para consultas pós-aborto”. (Brisa)

A observação feita pela colega vem em consonância com um dos pressupostos construídos, conforme segue: **“O início do processo de conscientização das enfermeiras em relação a necessidade de prestarem assistência humanizada também às mulher que provoca aborto poderá ser difícil, mas, após iniciado, acredito que jamais serão as mesmas, pois a conscientização pressupõe desacomodar e, possivelmente, transformar”**.

Esta disposição em atender as mulheres, em ouvi-las, é necessária para que se possa alcançar uma relação humanizada, com uma mudança na nossa ação. É importante, então, estar disponível para ouvir medos, angústias e anseios, para que possamos assumir o compromisso emocional proposto por Travelbee. Cada paciente e cada enfermeira tem o seu próprio momento; este precisa ser respeitado. É preciso que se permita o tempo necessário para que as mulheres consigam, até, compreender uma nova postura das enfermeiras, menos autoritária, menos punitiva e, da mesma forma, as enfermeiras, também, precisam dar-se tempo para entender e aceitar o novo momento pelo qual as mulheres estão passando, mais esclarecidas sobre seus direitos e, assim, mais exigentes.

No entendimento do grupo, inicialmente, houve uma certa dificuldade em

relação à assistência as mulheres que provocaram aborto, para que pudessem assumir o compromisso emocional “estando com”. A capacidade de despir-se de preconceitos e permitir-se entender o ser humano e respeitá-lo, é, com certeza, o (re)direcionamento da enfermagem e das enfermeiras à sua essência que é o cuidado.

Brisa tentou resumir sua impressão a respeito da aplicação do processo de enfermagem, pois já havia trabalhado anteriormente com a mesma proposta. Relatou facilidades e, ainda, que achava a relação pessoa a pessoa um dos pontos mais bonitos e gratificantes da teoria de Traveibee:

“Eu acho que nós fazemos muito disso, mas nós não escrevemos nada, e aí fica tudo perdido no tempo ou na falta dele, como nós dizemos” (Brisa).

Acredito, como a colega Brisa, que nós, freqüentemente, fazemos todo o processo de enfermagem durante a assistência às mulheres, mas nem sempre pensando nele como um processo de enfermagem. Todas as vezes que nós interagimos com as mulheres tendo um propósito definido, ou seja, evitar a reincidência de abortos inseguros, pela prevenção da ocorrência de gravidez indesejada, está acontecendo um processo de enfermagem. Falta-nos, entretanto, o registro dos dados para que o trabalho realizado possa ter continuidade.

Vento, acreditando nas possibilidades desta nova proposta, disse:

“Pode ser que, estando trabalhando neste grupo, nós possamos, como grupo, efetivar a prática da realização do processo de enfermagem mesmo que nestas três etapas menores como foi proposto. Se não conseguirmos cumpri-lo em um turno, que se deixe registrado e que os registros possam auxiliar a colega a dar continuidade ao nosso trabalho”.

A idéia de que o trabalho em grupo possa, de alguma forma, ter ajudado as enfermeiras a iniciarem o processo de reflexão, mostra-nos as possibilidades que se apresentam àqueles que se permitem duvidar de suas certezas e buscar um novo modo de perceber e viver a enfermagem, no cotidiano profissional.

No exercício de seu direito de cidadãs, tanto as mulheres quanto as enfermeiras, devem levar em conta o respeito ao outro e à sua autonomia, lembrando que é necessário assumir a sexualidade de forma responsável. Isto vem ao encontro do proposto no relatório da Conferência do Cairo 1994, parágrafo 7.2 (Dora, Soares, Kopp, 1997),

“... A promoção do exercício responsável desses direitos de todos deve ser a base primordial das políticas e programas estatais e comunitários no âmbito da saúde reprodutiva incluindo o planejamento familiar. Como parte deste compromisso, deve-se dar plena atenção à promoção das relações de respeito mútuo e a igualdade entre homens e mulheres e em particular, às necessidades dos adolescentes no referente ao ensino e aos serviços, de modo que possam assumir sua sexualidade de maneira positiva e responsável”.

Já na Declaração de Amsterdã, como relatório do Congresso Internacional Abortion Matters sobre o aborto realizada na Holanda em 1996, da qual participaram representantes de cinquenta países, ficou o alerta a todas as instituições governamentais ou não, que trabalham com a saúde da mulher, sexualidade e educação sexual, para que sejam precursoras de um debate livre e esclarecido a respeito do aborto e das suas conseqüências nefastas a saúde da mulher. Este parece ser um caminho à preservação da vida de milhares de mulheres, especialmente, as mais pobres, que morrem a cada ano, vítimas da recorrência ao aborto inseguro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção neste trabalho de iniciar um processo educativo junto às enfermeiras da UIO tendo em vista uma assistência humanizada e cidadã, começou muito antes, quando, por questões morais e religiosas, me via impossibilitada de prestar uma assistência humanizada e, conseqüentemente, de qualidade, à mulher que provocara aborto.

A escolha desta temática deve-se a crenças pessoais, dentre as quais, na possibilidade de transformação da relação entre as profissionais e os clientes, e, também, na possibilidade de que, ao nos dispormos a ser diferentes, esta mudança já começa a acontecer. Faz-se necessário, então, estarmos abertos para o momento:

“...o papel do trabalhador social que optou pela mudança não pode ser outro senão, o de atuar e refletir com os indivíduos com quem trabalha para conscientizar-se junto com eles das reais dificuldades de sua sociedade” (Freire, 1997, p. 56).

Posso dizer que a proposta implementada foi a expressão da consciência de minha historicidade como enfermeira; como um elemento desencadeador para que as demais enfermeiras participantes do estudo pudessem, percebendo-se motivadas e comprometidas, assumir sua condição de sujeitos históricos, com

capacidade de transformar a realidade da qual fazem parte e à qual dão sustentação.

Durante os anos trabalhados, pude reconhecer a minha responsabilidade com as mulheres que internam com aborto provocado, identificando, nestas clientes, a sua condição de sujeito que pode e necessita falar sobre o seu vivido, refletir sobre suas dificuldades, esclarecer dúvidas, discutir alternativas de enfrentamento, enfim, como possíveis educadoras, ensinar profissionais que parecem tudo saber, não se permitindo, muitas vezes, sequer perguntar-se: O que podemos fazer para que esta mulher, dentro em pouco, não retorne ao hospital por ter novamente realizado um aborto inseguro?

A nossa sociedade, de um modo geral, não aceita o aborto e estimula a discriminação às mulheres que o provocam; conseqüentemente, isto tem feito aumentar o número de mulheres que abortam de forma insegura a cada ano, acometendo, de modo mais evidente, as mulheres mais pobres e que, muitas vezes, têm dificuldades de serem assistidas na rede pública de saúde.

A identificação com as idéias de Paulo Freire ajudou-me, neste momento, dando suporte teórico-metodológico ao processo, ora construído. A partir de uma prática assistencial implementada com mulheres que internavam por aborto provocado (Lipinski, 1998), em que utilizei um marco conceitual fundamentado em Freire e Travelbee, compreendi que esta proposta poderia desencadear uma relação profissional das enfermeiras com as clientes, de respeito aos seus direitos, à sua individualidade e autonomia, ajudando-as a descobrirem-se como sujeitos que podem modificar a sua realidade. Aquelas mulheres, com as quais tive oportunidade de vivenciar o “estar com”, por diversas vezes, relataram sentir-

se mais gente, quando eram ouvidas, quando lhes era dada a oportunidade de escolha sobre o que lhes dizia respeito. Eu, também, cada vez que me percebia, sendo e agindo diferente na assistência prestada, respeitando o outro e também a sua individualidade, me sentia crescer, me sentia ser “mais gente”.

Para a realização da dissertação, então, optei por estender o trabalho construindo com as enfermeiras um processo educativo sobre a assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto. Assim, fomos, aos poucos, descobrindo nossos próprios sentimentos em relação a estas mulheres e de que forma eles nos levavam a, muitas vezes, adotar rígidas condutas para com elas. A equipe de enfermeiras reconheceu, durante o processo, falhas já antes evidenciadas em outros estudos que abordaram este tema, mas só nesta proposta conseguiu problematizar, num grupo, suas dificuldades na tentativa de minimizá-las. Neste trabalho, tivemos a oportunidade de repensar nossos sentimentos em relação a estas mulheres e qual é o nosso papel como enfermeiras e profissionais de saúde. A importância do grupo foi indiscutível, pois, com o seu apoio, foi mais fácil expormos nossos sentimentos, dúvidas e anseios. O diálogo emergido, as discussões provocadas, possibilitaram um crescer juntos.

Manter-me atenta às manifestações das colegas, especialmente nas passagens de plantão, em relação à assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto, possibilitou-me estar próxima naqueles momentos em que surgiam dúvidas quanto ao trabalho proposto. Foi possível, ainda, participar e observar manifestações da equipe de enfermagem, possivelmente decorrentes do processo reflexivo vivenciado no nosso cotidiano e ver a proposta tomar forma e,

gradativamente, concretizar-se na assistência de enfermagem. Esta realidade vivenciada vem ao encontro do que dizem Trentini, Paim em relação a um trabalho que procura a melhoria da realidade, o qual:

“... mantém em todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado” (Trentini, Paim, 1999, p. 26).

Neste processo, cada enfermeira foi responsável pela construção do trabalho, pois à medida que nos permitíamos descobrir, rever e problematizar nossas práticas cotidianas, descobríamos um universo de possibilidades, capaz de transformar a assistência de enfermagem. Em muitos momentos, víamos, à nossa frente, questionamentos que nunca antes haviam emergido, talvez porque nunca tivéssemos nos dado a chance de refletir e problematizar criticamente o nosso vivido profissional.

Com esta oportunidade, pudemos descobrir a possibilidade de crescimento e transformação existente em cada uma de nós. Essa descoberta de múltiplas possibilidades no nosso cotidiano, faz-me reconhecer que “caminhante não há caminho, se faz caminho ao andar” (Brandão, 1996, p. 15).

Gradativamente, fomos nos envolvendo no processo de ver a colega como sujeito. À medida que descobríamos nossas limitações e nossas potencialidades, pudemos observar o desencadear de um longo processo que se desenvolveu tanto no grupo quanto no interior de cada uma das participantes, tão logo se envolveram no trabalho de descobrir, no seu mundo, nas suas relações com os demais, a possibilidade de transformar a sua existência.

O possível descomprometimento, antes demonstrado pela equipe de enfermagem, com relação às questões ligadas a educação para a saúde das mulheres que internam por aborto provocado, parece estar sendo atenuado pela inquietação e preocupação quanto ao nosso papel como enfermeiras, o que vem nos fortalecendo como profissionais. Por entender que o processo de reflexão-ação, acontecido durante este trabalho, ajudou a reconhecer a assistência de enfermagem prestada às mulheres como uma questão que necessitava ser problematizada, é que acredito ter sido possível iniciar um processo educativo sobre a assistência de enfermagem, com vistas a uma mudança destas profissionais.

“Tentar a conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza, este e não outro nos parece ser o papel do trabalhador social que optou pela mudança” (Freire, 1997, p. 60).

O processo educativo aconteceu na medida em que as pessoas envolvidas passaram a comprometer-se em cada ação desempenhada junto a cliente e ao grupo. O processo foi deflagrado, mas precisa continuamente acontecer no interior de cada uma de nós e nos grupos, para que possa firmar-se como prática cotidiana da enfermagem. Este processo de comprometimento requer a nossa conscientização quanto ao nosso compromisso como profissionais, de assistirmos a mulher que provocou aborto, sem que nossos valores morais, religiosos e sociais fiquem evidenciados, podendo com isso, comprometer a assistência.

Muitas vezes, pretendemos alcançar resultados imediatos em nossas intervenções com o desejo de transformar uma realidade que não nos agrada. Neste sentido, é preciso reconhecer que as mudanças a serem obtidas na

assistência de enfermagem, possivelmente, se darão de forma lenta, mas refletida, acompanhadas e, provavelmente, como consequência de transformações interiores, sem as quais não acredito ser possível modificar a assistência à mulher que provocou aborto.

Inicialmente, foi observada uma certa dificuldade das enfermeiras, não a participarem do processo, mas a aceitarem a mulher que provocou aborto como uma cliente, sem discriminá-la; com o evoluir desta proposta, pudemos observar durante a assistência de enfermagem prestada por algumas enfermeiras que uma nova ação parecia estar acontecendo, aparentemente de forma mais refletida, frente às possibilidades de uma nova forma de assistir.

“A mudança não é trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem. O trabalhador social tem que lembrar a estes homens que são tão sujeitos como ele no processo de transformação. E se nas circunstâncias determinadas já mencionadas neste estudo, em que a estrutura social vem dificultando a transformação dos homens em sujeitos, seu papel não é o de reforçar o estado de objeto em que se encontram, achando que podem assim ser sujeitos, mas problematizar-lhes este estado” (Freire, 1997, p. 52).

Viver a enfermagem, talvez, seja o grande ponto de mudança. Nisso, pode estar a possibilidade de melhoria da qualidade da assistência de enfermagem à mulher que provocou aborto. Talvez, ao vivenciarmos no nosso fazer diário, os múltiplos momentos que nos são propiciados, ou que propiciamos pela atividade a que nos propusermos, possamos aprender com o outro e experimentar o entendimento do assistir de uma forma humanizada, cidadã e comprometida.

Reconheço que a construção deste trabalho foi árdua. Permitiu-nos, além de rever posicionamentos individuais, conhecer um pouco mais do grupo com o

qual convivíamos. A trajetória percorrida apresentou percalços, enfrentou momentos polêmicos e, até mesmo, aqueles em que não sabíamos como prosseguir. A resposta, no entanto, apresentava-se de uma forma ou outra, pois sempre haviam pessoas que expunham coletivamente suas idéias, instigavam dúvidas e nos ajudavam a encontrar e construir as respostas.

Quando percebemos a necessidade de modificar algum aspecto na prática, constatamos, também, que podemos encontrar resistência nos profissionais surgindo dificuldades e, por vezes, até o desejo de desistir e de acomodar-se ao existente. Entretanto, o caminho é não desanimar. O processo de transformação da realidade pode ser longo, lento e doloroso, pois transformar pressupõe desacomodar nossas certezas, além do receio e temor frente ao novo.

Acredito, após finalizar este trabalho acadêmico, ter havido um maior comprometimento das enfermeiras com a assistência de enfermagem, permitindo-se um maior compromisso emocional com as mulheres, comprometendo-se no sentido de vê-las como cidadãs, com direitos a serem respeitados. Neste contexto, vimo-nos como importantes agentes das possíveis transformações na assistência de enfermagem. Ainda que haja dificuldades para a equipe de enfermagem assistir à mulher que provocou aborto, faz-se necessário que aprendamos a respeitá-las como clientes que requerem uma assistência de enfermagem humanizada e cidadã.

Este trabalho não se esgota aqui. Há pessoas que têm trabalhado, ainda, sobre esta temática; acredito ser importante que a equipe de enfermagem e a equipe de saúde como um todo, envolvam-se no sentido de trabalhar pela assistência humanizada e cidadã a qual nos referimos. Se as enfermeiras mais

comprometidas com a sua cliente, puderem ser precursoras apresentando esta proposta sob forma de uma nova abordagem na assistência diária à mulher que provocou aborto, certamente estaremos mostrando uma nova possibilidade de viver a enfermagem.

Ao repensarmos e modificarmos o nosso fazer, estaremos trilhando um novo caminho, demonstrando nossa condição de sujeitos históricos. É preciso, porém, aceitar a idéia de que esta história e este caminho serão feitos a partir do primeiro passo, e tais passos precisam ser pautados pela liberdade, pela esperança, sem a qual não há sonho possível. "Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres de inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter um sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança" (Freire, 1998, p. 91).

BIBLIOGRAFIA

- ARILHA, Margareth. Aborto legal e seguro. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p.9-13.
- ÁVILA, Maria Betania. Modernidade e Cidadania reprodutiva. In: *Direitos Reprodutivos: Uma questão de cidadania*. Brasília: CFEMEA, 1994. p.9-25.
- BELO, Warley Rodrigues. *Aborto. Considerações Jurídicas e Aspectos correlatos*. Belo Horizonte: Del Rey, 1999.
- BLAY, Eva. Maternidade, Igreja e Estado. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p.34-36.
- BOGDAN, Robert C. BIKLEN, Sari Knopp. *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução a teoria e aos métodos*. COIMBRA: Porto Editora LDA, 1994.
- BRANDAO, Carlos Rodrigues. *O que é o Método Paulo Freire*. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Coordenação Nacional de DSTs e Aids. Aids II: desafios e propostas: documento preliminar para discussão – Projeto Aids II. 2ª versão*. Brasília: Ministério da Saúde, março, 1998.
- CASTRO, Regina de. *Aborto*. Rio de Janeiro: Mauad, 1997.
- CÓDIGO PENAL BRASILEIRO. 32. ed. São Paulo: Saraiva, p. 31-46.
- COMISSÃO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS. *Relatório Azul*. Assembléia Legislativa Do Estado do Rio Grande do Sul. 1. ed. Porto Alegre: Corag, 1996.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de Ética dos*

Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 1993.

CRISPIM, Jacques. Grávida aos quinze. *Isto É*. São Paulo, n. 1301, p. 37, set. 1994.

DOLFO, Françoise. *Sexualidade Feminina*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

DORA, D. D., SOARES, M., KOPP, M. da G. L. *Direitos Sexuais e Reprodutivos*. Instrumentos Internacionais de Proteção. Porto Alegre: RM&L Gráfica LTDA, Cap IX, p. 71-100, 1997.

DORA, Denise Dourado e SILVEIRA, Domingos Dresch da (org). *Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos*. Porto Alegre: RML Gráfica, 1998.

EGRY, Emiko Yoshikawa. *Saúde coletiva*. São Paulo: Ícone, 1996.

FAÚNDES, Anibal. Contra o aborto. In: *Aborto Legal*. São Paulo : ECOS, 1994. p. 29-30.

FELIPE, Sonia T. Os Direitos em questão na discussão do aborto. In: CAPONI, G.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. (org.). *Á saúde como desafio ético*. Seminário Internacional de Filosofia e Saúde (1995: Florianópolis). *Anais*. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. p. 149-159.

FINGER, William R. La Necesidad desatendida afecta a millones. *Network*. EE.UU. v.19, n.4, p.16-18, 1999.

FONSECA, Adriana Dora e LIPINSKI, Jussara. Perfil das mulheres que internam na UIO do HU de Rio Grande. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1995, Goiânia. *Anais*. Goiânia, 1995.

FONSECA, Adriana Dora. *Assistência de enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado*. Florianópolis, 1996, 108p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

FONSECA, et al. *Abortamento: nossa realidade*. In: REVISTA DE ENFERMAGEM UERJ Rio de Janeiro: UERJ, v.5, n.1, maio 1997. p.317-324.

FONSECA, Adriana Dora e SANTOS, Larissa C. R. *Aborto: sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem e sua relação com a prática assistencial*. Pesquisa PIBIC/CNPq, 1998.

FREIRE, Paulo. *Conscientização*. Teoria e Prática da Libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

_____. Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

- _____. Paulo e BETTO, Frei. *Essa escola chamada vida*. São Paulo: Ática, 1994.
- _____. Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 6. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- _____. *Educação e Mudança*. 21. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- _____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE. *Revista de Ciências Médicas e biológicas*. v. 10, 69-74p., Rio Grande: 1998.
- GADOTTI, Moacir. *Educação e Poder: introdução a pedagogia do conflito*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 1991. (Autores Associados).
- GADOTTI, Moacir e FREIRE, Paulo. *Uma Bibliografia*. São Paulo: Cortez. Instituto Paulo Freire; Brasília, DF: Unesco, 1996.
- GEBARA, Ivone. Aborto não é pecado. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p. 9-13.
- GELAIN, Ivo. *Deontologia e Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1987.
- _____. *Deontologia e Enfermagem*. 3. ed. rev. e atual. São Paulo: EPU, 1998.
- GENOÍNO NETO, José. Aborto e Anacronismo da Lei. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p. 42-44.
- GONÇALVES, Marise Xavier. *AIDS: Uma contribuição da enfermagem a compreensão da vulnerabilidade feminina a partir do discurso de mulheres soropositivas*. Rio Grande, 2000, 144p. Dissertação (Mestrado em Assistência de enfermagem). Fundação Universidade do Rio Grande.
- HENSHAW, Stanley K.; SINGH, Susheela Singh; HAAS, Taylor. *La Incidência Del Aborto Inducido a Nivel Mundial*. Perspectivas Internacionales en Planificacin Familiar. New York, número especial, p.16-24, 1999.
- INCIDÊNCIA de Aborto na América.[online] Disponível na Internet via www. VRL: <http://www.aborto.com/incid.htm>.Arquivo capturado em 18 de maio de 2000.
- ISTO É. *Opções para todos os gostos*. São Paulo: Ed. Três, n. 1563A, set./out., 1999. 81p. Edição Especial.
- KUSMETZOFF, Juam C. *A mulher sexualmente feliz*. 6. ed. Rio de Janeiro: Nueva Fronteira, 1998.

- KYRIAKOS, Norma. Advogados debatem a constituição e o aborto. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p.34-36.
- LEITE, Dante Moreira. *Produção do grupo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: 1973.
- LIPINSKI, Jussara. *Assistência de enfermagem a mulheres que internam por aborto provocado: educação e cidadania*. Relatório da disciplina de Prática Assistencial - Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC, 1998.
- LÜDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MAGALHÃES, Belmira et al. *Mulher, gravidez, saúde e Estado*. s.l: HD Livros, 1996.
- MAGUIRE, Marjorie Reiley e MAGUIRE, Daniel C. (org). *Aborto um Guia para Tomar Decisões Éticas*, Catholics for a free Choise. EE.UU [ca. 1983].
- MARTINS, Ives Gandra. Advogados debatem a Constituição e o aborto. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p.37-41.
- MARIE, Elizabeth et al. *Aborto um Direito da Mulher Sobre seu Corpo*. São Paulo: Proposta Editorial, 1980. 78p.
- MATIELO, Fabrício Zamproga. *Aborto e direito penal*. Porto Alegre: Sagra-DC LUZZATO: 1994.
- MONTEGOMERY, Malcom. *A mulher e o Aborto: Uma postura Médica*. I Congresso Panamericano de Reprodução Humana. XIII Congresso Brasileiro de Reprodução Humana. Natal, Rio Grande do Norte, 1988, p.240-242.
- MORAES, Maria Lygia Quartim de. O Aborto do ponto de vista da criança: o direito de ser amada. In: *Tecnologias reprodutivas*. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista: 1996.
- MORI, Maurizio. *A Moralidade do Aborto*. Bahia: Ed UNB, 1997.
- NALINI, José Renato. Advogados debatem a Constituição e o aborto. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. p. 37-41.
- NOGUEIRA, Pedro Lúcio. *Em Defesa da Vida: Aborto, Eutanásia, Pena de morte, Suicídio, Violência e Linchamento*. São Paulo: Saraiva, 1995.
- NUNES, César Aparecido. *Desvendando a Sexualidade*. 2. ed. Campinas:

Papirus, 1997.

OLIVEIRA, R. D. de & OLIVEIRA, M. D. de. Pesquisa social e Ação educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: C. A. BRANDÃO (org). *Pesquisa participante*. 3. ed. Brasiliense, 1983. 26p.

PAULA, Wilson Kraemer de. *Aborto: tradições e contradições*. Florianópolis: Papa Livro, 1996.

PAVELQUEIRES et al. A Ética na Enfermagem. In: CAPONI, G.; LEOPARDI, M. T.; CAPONI, S. (org.). *À saúde como desafio ético. Seminário internacional de Filosofia e Saúde. Anais*. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. p.160-168.

PIMENTEL, Silvia e GOLLOP, Thomaz R.. Lacunas da Lei ou do Direito. In: ABORTO LEGAL. *Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana*. São Paulo: ECOS, 1994. 32p.

PIZZARRO, Carlos. *O aborto e a eutanásia, segundo Giovanni Berliquer*. Boletim da Sociedade Brasileira de Bioética. v.1, n.1, Junho 1999.

PRADO, Danda. *O que é o aborto*. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

REVISTA, Isto É . *Opções para todos os gostos*. São Paulo, 1999. n. 1563. 26p. Edição Especial.

ROLIM, Marcos. Uma reflexão sobre o Aborto. In: *Dos Labirintos*. Porto Alegre: Corag, 1997.

SEGRE, Marcos e COHEN, Cláudio. (org). *Bioética*. São Paulo: Ed da Universidade de São Paulo, 1995, p.17-22.

SIQUEIRA, Hedi Crecência Heckler. Relatório do Projeto de Prática Assistencial. *Construção de um processo Educativo através do exercício da reflexão crítica sobre a prática assistencial integrativa com um grupo de enfermeiros de um Hospital universitário*. 1998, 11p.

STRINGUETO, Kátia. Alternativa ao Aborto. *Isto É*. São Paulo: Ed Três, n.1521, p.52, nov. 1998.

TAKIUTI, Albertina Duarte. Mitos e tabus da gravidez adolescente. In: COSTA, MOACIR (COORD). *Amor e sexualidade: a resolução dos preconceitos*. São Paulo: Gente, 1994. p.21-29.

TRAVELBEE, Joyce. *Intervencion en Enfermeria Psiquiátrica el process de la relacion persona a persona*. Caly. Carvajal: 1979.

TRENTINI, Mercedes. Relação entre Teoria, Pesquisa e Prática. *Rev. da Esc. de Enf. da USP*, São Paulo: v.21, p. 135-143, ago. 1987.

TRENTINI, Mercedes e PAIM Lygia. *Pesquisa em Enfermagem: Uma Modalidade convergente Assistencial*. Florianópolis: Ed da UFSC, 1999.

VERARDO, Maria Tereza. *Aborto: um direito ou um crime?* São Paulo: Moderna, 1987.

ANEXOS

ANEXO A

À Direção Geral do HU

A/C Diretora de Enfermagem

Prezada Senhora

Como aluna do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, sob orientação da Dr^a Valéria L. Lunardi, venho, por meio desta, solicitar sua autorização para o desenvolvimento de um trabalho de caráter educativo com as enfermeiras da UIO do HU, tendo em vista discutir a assistência de enfermagem prestada à mulheres que internam por aborto provocado.

Outrossim, asseguro que será mantido sigilo sobre os dados coletados, anonimato das participantes, assim como a devolução dos resultados obtidos. Para maiores esclarecimentos, informações, favor contactar com a professora orientadora pelo telefone 2351448.

Sem mais para o momento,

Jussara Mendes Lipinski
Mestranda UFSC

ANEXO B

Prezada Colega.

Venho, por meio desta, convidá-la a participar de um grupo de Reflexão-Ação sobre a assistência de enfermagem prestada às mulheres que internam por aborto provocado na UIO. Tenho como objetivo “Iniciar a Construção de um Processo Educativo, Junto às Enfermeiras de uma UIO, Sobre a Assistência de Enfermagem Prestada às Mulheres que Internam por Aborto Provocado, em Busca de uma Assistência Humanizada e cidadã”. Os encontros, inicialmente previstos, em número de seis a oito, com a duração aproximada de 60 minutos, acontecerão semanalmente em data e horário a ser combinado com o grupo. Asseguro que a sua participação é de extrema importância, já que acredito que o grupo como um todo pode contribuir de forma significativa para que se concretize a assistência de enfermagem humanizada.