



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA -**  
**MODALIDADE RESIDÊNCIA - CEEO**

Jerlianne Ribeiro de Oliveira

Políticas, protocolos e práticas de aborto: percepção de profissionais da saúde de duas maternidades públicas de Belo Horizonte.

Belo Horizonte  
2022

Jerlianne Ribeiro de Oliveira

Políticas, protocolos e práticas de aborto: percepção de profissionais da saúde de duas maternidades públicas de Belo Horizonte.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - modalidade residência da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para título de Enfermeira Obstétrica.

Orientadora: Nágela Cristine Pinheiro Santos  
Co-orientadora: Érica Drumont

Belo Horizonte  
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

### ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Aos 24 dias do mês de fevereiro de 2022, em sessão pública pela plataforma Microsoft Teams, a Comissão Avaliadora composta pela Prof.ª Dra. Nágela Cristine Pinheiro Santos (orientadora), Prof.ª Dra. Érica Dumont Pena (coorientadora), Prof.ª Dr.ª Torcata Amorim e Prof.ª Mestra Mônica das Graças de Azevedo, reuniu-se para avaliação do trabalho final intitulado "Políticas, protocolos e práticas de aborto: percepção de profissionais da saúde de duas maternidades públicas de Belo Horizonte" da especializanda residente **Jerlianne Ribeiro de Oliveira** do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica – modalidade residência. A avaliação do trabalho obedeceu aos critérios definidos pela Coordenação do Programa, a saber: I) Quanto ao documento escrito: redação e observância de normas da ABNT/Vancouver; relevância do tema; delimitação do problema e/ou justificativa; revisão de literatura (abrangência, pertinência e atualização); descrição da metodologia (coerência com objetivos); resultados alcançados e considerações finais. II) Quanto à apresentação oral: estruturação e ordenação do conteúdo da apresentação, coerência com o trabalho escrito. No processo de avaliação, a residente obteve um total de 86 pontos, conceito B, sendo considerada **aprovada**. Participaram da banca examinadora os abaixo indicados, que, por nada mais terem a declarar, assinam eletronicamente a presente ata.

PROF.ª DR.ª NÁGELA CRISTINE PINHEIRO SANTOS  
Orientadora

PROF.ª DR.ª ERICA DUMONT PENA  
Co-orientadora

PROF.ª DR.ª TORCATA AMORIM  
Avaliadora

PROF.ª MESTRA MÔNICA DAS GRAÇAS DE AZEVEDO  
Avaliadora

JERLIANNE RIBEIRO DE OLIVEIRA  
Especializanda Residente



Documento assinado eletronicamente por **Bruna Figueiredo Manzo, Professora do Magistério Superior**, em 04/08/2022, às 14:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

[https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=1775816&infra\\_sistema...](https://sei.ufmg.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=1775816&infra_sistema...) 1/2



Documento assinado eletronicamente por **Mônica das Graças de Azevedo, Usuária Externa**, em 05/08/2022, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jerlianne ribeiro de oliveira, Usuário Externo**, em 05/08/2022, às 15:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Torcata Amorim, Professora do Magistério Superior**, em 16/08/2022, às 11:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Erica Dumont Pena, Membro**, em 05/09/2022, às 18:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nágela Cristine Pinheiro Santos, Professora do Magistério Superior**, em 14/09/2022, às 09:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **1653076** e o código CRC **DC6D285C**.

*"Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é a sua visão do mundo".*

*(Leonardo Boff, 1999).*

## RESUMO

**Introdução:** A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é o fenômeno da vida reprodutiva de pessoas com útero, estima-se que um a cada quatro indivíduos em idade reprodutiva no Brasil tenham vivenciado esse processo. É preciso debater políticas inclusivas, repensar a assistência e debater a legalização do aborto, uma vez que mulheres morrem diariamente por não terem direito ao aborto legal. **Justificativa:** O aborto é um problema de saúde pública no Brasil, é uma das principais causas de morte materna no mundo e seu número vem apresentando ascendência com o passar dos anos. **Objetivo:** Compreender as perspectivas dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher no processo de abortamento em duas maternidades públicas. **Metodologia:** Estudo qualitativo, realizado por meio de entrevista estruturada autoaplicável, onde foi realizada a análise do discurso dos(as) participantes, para compreender o fenômeno e suas subjetividades. **Resultados:** Por meio dos relatos dos(as) profissionais, podemos perceber a ausência de protocolos que norteiam a assistência e práticas não usuais/atualizadas, o que impacta diretamente na assistência ofertada e na experiência de cuidado da mulher. **Considerações finais:** O aborto é um acontecimento multifatorial e de grande repercussão na saúde pública. É necessário repensar e avançar em políticas públicas mais abrangentes e mais acesso aos meios legais, que permitirão maior acesso aos direitos garantidos a essas pessoas por lei. Ainda é necessário avançar nessa pauta, especialmente em relação às produções científicas, que ainda tratam da temática sem grandes aprofundamentos.

**Palavras chaves:** Aborto, aborto criminoso, enfermagem, humanização da assistência, violência e violência de gênero.

## ABSTRACT

**Introduction:** The voluntary interruption of pregnancy (IVG) is the phenomenon of the reproductive life of people with a uterus, it is estimated that one in four individuals of reproductive age in Brazil have experienced this process. It is necessary to debate inclusive policies, rethink assistance and debate the legalization of abortion, since women die daily because they do not have the right to legal abortion. **Justification:** Abortion is a public health problem in Brazil, it is one of the main causes of maternal death in the world and its number has been increasing over the years. **Objective:** To understand the perspectives of health professionals involved in assisting women in the abortion process in two public maternity hospitals. **Methodology:** Qualitative study, carried out through a self-administered structured interview, where the analysis of the participants' discourse was carried out to understand the phenomenon and its subjectivities. **Results:** Through the professionals' reports, we can see the absence of protocols that guide care and unusual/updated practices, which directly impacts the assistance offered and the woman's care experience. **Final considerations:** Abortion is a multifactorial event with great repercussions on public health. It is necessary to rethink and advance in broader public policies and more access to legal means, which will allow greater access to the rights guaranteed to these people by law. It is still necessary to advance in this agenda, especially in relation to scientific productions, which still deal with the theme without great depth.

**Keywords:** Abortion, criminal abortion, nursing, humanization of care, violence and gender violence.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Quadro 1 - Cruzamento de descritores para a busca bibliográfica. ....	14
Quadro 2: Perfil profissional dos participantes do estudo. ....	16
Quadro 3: Categorias profissionais. ....	17
Figura 1: Diagrama de fluxo de profissionais do estudo. ....	18
Quadro 4: Políticas Públicas e Epidemiologia: Saúde pública - repercussões. ....	28
Quadro 5: Políticas Públicas e Epidemiologia: Perfil de mulheres que realizam aborto.....	31

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BDENF - Base de dados específica da enfermagem.

BVS - Biblioteca virtual de saúde.

DeCS - Descritores em ciências de saúde.

DGS - Direção geral de saúde.

IVG - Interrupção voluntária da gestação.

Lilacs - Literatura latino-americana e do caribe em ciências de saúde.

LIS - Localizador de informação a saúde.

MS - Ministério da saúde.

ONU - Organização das nações unidas.

OPAS - Organização pan-americana de saúde.

PNA - Política nacional do aborto.



## SUMÁRIO

1. Introdução .....	11
2. Métodos .....	13
2.1 Caracterização da pesquisa.....	13
2.2 Instrumento de coleta de dados.....	14
2.3 Caracterização dos campos de pesquisa.....	15
2.4 Análise dos dados.....	15
2.5 Aspectos éticos e legais.....	16
3. Resultados .....	16
3.1 Perfil profissional.....	16
3.2 Percepção sobre atuação profissional.....	18
3.2.1 Protocolos institucionais.....	19
3.2.2 Violência institucional.....	21
3.2.3 Ambiência.....	23
3.2.4 Negligência.....	24
3.2.5 Humanização da assistência.....	25
3.3 Percepção sobre a atuação profissional na pandemia.....	25
3.3.1 Desgaste profissional.....	26
3.3.2 Déficit na assistência.....	26
3.4 Políticas Públicas e Epidemiologia.....	27
3.4.1 Descriminalização do aborto.....	27
3.4.2 Saúde pública.....	29
4. Discussão .....	31

5. Considerações Finais .....	36
Referências .....	37
Anexo 1 .....	39
Anexo 2 .....	43

## 1. INTRODUÇÃO

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) é um fenômeno da vida reprodutiva de pessoas com útero, estima-se que um a cada quatro indivíduos em idade reprodutiva no Brasil tenham vivenciado esse processo (BRASIL, 2005). O aborto não seguro ocorre quando uma gravidez é encerrada por uma pessoa que não possui informações e habilidades para realizá-lo e/ou em um ambiente inapropriado, sem atender às recomendações de saúde, ou ambos (BRASIL, 2005).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2021), cerca de 830 mulheres morrem diariamente devido complicações relacionadas à gravidez ou ao parto no mundo. A estimativa aponta que em 2015 cerca de 303 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto. Números absurdos, tendo em vista que a maioria dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Dentre as causas de morte materna está o aborto, decorrente muitas vezes de gestações não planejadas e indesejadas (OPAS, 2021).

Para evitar gravidezes não planejadas e conseqüentemente tais desfechos, são necessárias políticas públicas de suporte capazes de proporcionar educação abrangente a saúde sexual e reprodutiva, acesso a métodos contraceptivos, aconselhamento acerca do planejamento reprodutivo e acesso ao aborto legal e seguro (BRASIL, 2005).

No Brasil o abortamento consta no Código Penal brasileiro como crime, deixando de ser penalizado nas seguintes circunstâncias, de acordo com o Art. N° 128: Se não houver outro meio de salvar a vida da gestante e/ou se a gravidez resultar de um estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (Decreto Lei n° 2.848/40). Em 2012, o Supremo Tribunal Federal descriminalizou o aborto para os casos em que se diagnosticar a anencefalia do feto, cenário também reconhecido como antecipação terapêutica do parto (Decreto de Lei n° 9.434/97).

O Ministério da saúde (MS) define o abortamento como a interrupção da gravidez até a 20<sup>a</sup>-22<sup>a</sup> semanas e com produto da concepção pesando menos de 500g. Podem ser inúmeras as causas de um abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada, e muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da própria mulher (BRASIL, 2005).

Diferentemente do Brasil muitos países garantem o acesso ao aborto legal e seguro, alguns deles são: Uruguai, Espanha, Portugal e Argentina. Devido a organização social,

especialmente dos movimentos feministas, debates e negociações no legislativo estes países nos últimos dez anos legalizaram a interrupção voluntária da gestação.

Em Portugal, o aborto passou a ser legal e garantido por lei em 2007, houve um aumento nos primeiros anos após a legalização do aborto, porém já em 2012, o número de IVG começou a apresentar uma tendência de queda. Na Espanha a legalização do aborto ocorreu em 2010. Nos três primeiros anos após a legalização, a Espanha registrou um pequeno aumento no número absoluto de abortos legais, porém tal aumento também está relacionado ao aumento no número de notificações. Já a partir de 2013, a tendência foi de redução (BOUERI, 2021).

Em 2012 o Uruguai aprovou a Lei N° 18.987/2012 (“Ley de la Interrupcion Voluntaria del Embarazo” ou “IVE”), garantindo assim o direito à interrupção da gestação. Segundo o Ministério da Saúde do Uruguai, nos últimos anos houve apenas uma ou nenhuma morte por ano, apesar de ainda haver dificuldades de acesso aos métodos no interior do país (Ministério da saúde do Uruguai, 2017).

Na Argentina legalizou-se o aborto em 2020, a nova legislação permite a interrupção voluntária da gravidez até a 14ª semana de gestação. O prazo para realização do aborto é de dez dias a partir do momento em que a mulher procura o serviço. Após as 14 semanas, será possível abortar legalmente em casos já previstos pelo código penal (BOUERI, 2021).

Segundo Brasil (2008), o número anual de abortamentos eram de 728.100 a 1039.000, números estes que provavelmente são ainda maiores, tendo em vista as subnotificações. Tal cenário reflete diretamente em elevados gastos aos cofres públicos, uma vez que mulheres que apresentam complicações decorrentes de um aborto inseguro, necessitaram de mais recursos dos sistemas de saúde, como gastos com internação hospitalar. Gastos estes, que poderiam ser reduzidos drasticamente através da disponibilização do acesso ao aborto legal, pois foi observado que em países onde o aborto é legalizado, ocorre uma queda significativa do número de abortos, pois as mulheres passam a receber orientação adequada, apoio a redes de assistência social, acompanhamento psicológico etc; e gerar maior cobertura de programas de educação em saúde, educação sexual e planejamento reprodutivo.

O aborto é um problema de saúde pública no Brasil, é uma das principais causa de morte materna no mundo e seu número vem apresentando ascendência com o passar dos anos. Atualmente, além de não existirem políticas ampliadas no Brasil, estas mulheres por vezes, são expostas a violências institucionais e até mesmo, uma assistência desumanizada

e/ou preconceituosa por parte de profissionais de saúde. Sendo assim, faz-se necessário ampliarmos os debates acerca de políticas públicas vigentes. Este trabalho então, tem por objetivo compreender as perspectivas dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher no processo de abortamento em duas maternidades públicas. Para tal será, especificamente, descrito o perfil do profissional de saúde que está diretamente ligado a prestação da assistência à mulher no processo de abortamento e pós abortamento; busca compreender seu posicionamento diante das questões acerca do aborto inseguro e, compreender a perspectiva dos profissionais sobre a criminalização e a legalização do aborto no Brasil.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Caracterização da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa para compreender as perspectivas dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à mulher no processo de abortamento, desenvolvida em dois momentos.

No primeiro momento foi realizada uma revisão integrativa da literatura nacional e internacional sobre os as perspectivas do aborto no mundo, para fomentar as discussões que foram realizadas a partir da coleta de dados. A população do estudo foi constituída, a partir dos artigos da literatura nacional e internacional sobre as perspectivas do aborto não seguro no cenário de saúde mundial. A pesquisa foi realizada a partir dos artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nos bancos de dados: Medline, IBECs, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Localizador de Informação a Saúde (LIS) e Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF). Foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) direcionados ao tema em estudo: Violência, Violência de gênero, Aborto, Aborto criminoso, Humanização da assistência e Enfermagem.

Os critérios de inclusão do estudo foram: artigos publicados nos últimos cinco anos - entre 2017 a 2021, disponíveis na íntegra nas bases de dados eletrônicas, nos idiomas português, espanhol e inglês, com resumos e informações relevantes ao tema. Sendo desconsiderado todos os demais que não atenderam a esses critérios.

No total foram encontrados 76 artigos (Quadro 1). Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade nas diferentes bases de dados, estudos que não

atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto. Após leitura dos resumos foram selecionados 16 artigos que preenchiam os critérios inicialmente propostos. A amostra final é constituída de 10 trabalhos que foram lidos na íntegra e sobre os quais se fundamenta o presente projeto.

Descs	Amostra
Violência x aborto	51
Violência de gênero x aborto	15
Aborto criminoso x humanização da assistência	1
Aborto criminoso x enfermagem	1
Violência x aborto criminoso	8
Total	76 Títulos

Quadro nº1 - Cruzamento de descritores para a busca bibliográfica.

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde, 2021.

No segundo momento foi realizada a análise do discurso dos(as) participantes, para compreender o fenômeno e suas subjetividades.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com fatos da sociedade ligados a interpretação e explicação do desenvolvimento das relações sociais. Ela remeterá aos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um lugar mais profundo das relações, processos e dos fenômenos que não podem ser resumidos em números e variáveis (MINAYO, 2010).

## 2.2 Instrumento de coleta de dados

Elaborou-se um roteiro de entrevista estruturado autoaplicável, ele foi aplicado em outubro de 2021, a sete profissionais via mídias sociais, com o intuito de avaliar a relevância e entendimento das questões que seriam abordadas no questionário de pesquisa. Por meio do roteiro piloto e das sugestões levantadas, foi então elaborado o instrumento final da coleta de dados desta pesquisa, que então, foi disponibilizados via Google forms.

O instrumento foi constituído de 27 questões, que após leitura e concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido, o(a) participante respondia as questões que eram tanto de múltiplas escolhas e discursivas, sendo elas divididas em cinco tópicos: Perfil

profissional, protocolos e organização institucional, percepção sobre atuação profissional, percepção sobre a atuação profissional na pandemia e políticas públicas e epidemiologia.

O roteiro autoaplicável foi enviado individualmente a cada profissional por meio de mídias sociais, com um convite à participação. A participação foi voluntária e de acordo com a adesão de cada profissional. Esta forma de aplicação foi escolhida para garantir o anonimato do participante; oportunizar a abordagem de tal temática, uma vez que tratar desse assunto de forma síncrona ainda é muito difícil e devido ao cenário epidêmico vivenciado até os dias de hoje. O período de coleta de dados se deu de novembro a 23 de dezembro de 2021 e houve a adesão por parte de 30 profissionais, sendo 16 profissionais do hospital A e 14 do hospital B.

### **2.3 Caracterização dos campos de pesquisa**

As instituições de pesquisa escolhidas tratam-se de duas instituições públicas, localizadas em Belo Horizonte.

A primeira é uma maternidade filantrópica, que possui ambulatório, localizada no distrito sanitário norte, na periferia de Belo Horizonte, e atende a uma população de aproximadamente 600 mil habitantes dos distritos sanitários norte e nordeste, em Belo Horizonte, sendo que este serviço não é referência para atendimento à interrupção voluntária da gestação. Para anonimizar-lá em citações no decorrer do texto, a instituição será chamada de Hospital A.

A outra instituição é um hospital universitário, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade, e também possui ambulatório. É um serviço de referência para atendimento e assistência a mulheres que desejam realizar a interrupção voluntária da gestação. Ambas são maternidades de portas abertas e possuem equipes multiprofissionais, incluindo enfermeiros(as) obstétricos(as) e doulas. Também para anonimizar-lá em citações no decorrer do texto, a instituição será chamada de Hospital B.

### **2.4 Análise dos dados**

Para realizar a análise dos dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) diversificados (SILVA, 2013). Baseado no trabalho de Bardin (2010), seguimos as seguintes fases para elaboração e condução do trabalho: a) organização da análise; b) categorização; c) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

## 2.5 Aspectos éticos e legais

O presente estudo foi realizado de acordo com as diretrizes da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que regulamenta as normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Seguindo também as determinações da Resolução nº 510/2016, que regulamenta o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE: 30084320.6.0000.5149, CEP-BH), sob o parecer de número 4.886.611. Assegurando assim, o anonimato dos(das) participantes e da instituição, os participantes não foram nomeados e as para as instituições, foram utilizados nomes fictícios.

## 3. RESULTADOS

### 3.1 Perfil profissional

Dentre os participantes do estudo, 30 profissionais responderam o formulário. Tendo uma idade média de 32 anos, sendo que 86,6% dos(as) participantes eram do sexo e gênero feminino e 13,3% do sexo e gênero masculino. Em relação a identificação étnico racial 46,6% se autodeclararam brancos(as), 30% se declararam negros(as) e 23,3% se declararam pardos(as). Em relação a religião, dos 30 participantes, 05 se abstiveram de responder. Daqueles(as) que responderam, 40% são católicos(as), 8% cristãos(ãs), 4% deístas, 8% espíritas, 16% evangélicos(as), 4% kardecistas e 20% não possuem nenhuma religião. Tais dados podem ser vistos no quadro abaixo:

Quadro nº 2: Perfil profissional dos participantes do estudo.

Perfil profissional dos(as) participantes		
Idade em anos (Nº)*	23 - 30 anos	17



	31 - 41 anos	06
	42 - 56 anos	06
	*Um participante não informou a sua idade.	
Identificação étnico-racial auto declarada (Nº)	Branco(as)	14
	Pardo(as)	07
	Negro(as)	09
Sexo (Nº)	Homem	04
	Mulher	26
Identidade de gênero (Nº)	Homem	04
	Mulher	26
Religião (Nº)	Católica	10
	Cristã	2
	Deísta	1
	Espírita	2
	Evangélica	4
	Kardecista	1
	Nenhuma/Não possui	5

Fonte: Autora, 2022.

Em relação aos setores de atuação dos(as) profissionais participantes, observou-se que a atuação em diversos setores de cuidados e com complexidades diferentes. Sendo eles: Ambulatório, admissão, pré-parto, sala de parto, alojamento conjunto e serviço social. Também observou-se categorias profissionais distintas, que estão descritas no quadro abaixo:

Quadro nº 3: Categorias profissionais.

Categorias profissionais	Médico(a) residente	06
	Obstetra	01
	Enfermeiro(a) obstétrico(a)	10
	Enfermeiro(a)	06
	Enfermeiro residente	03
	Técnico(a) de enfermagem	02

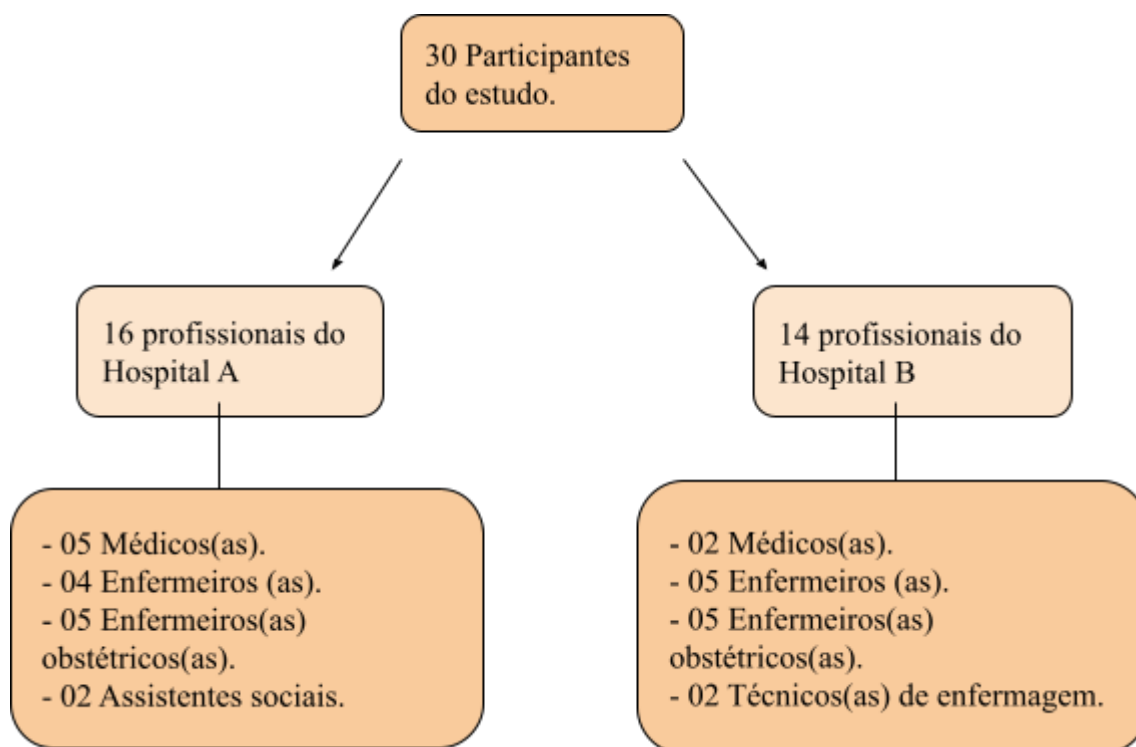
	Assistente social	02
--	-------------------	----

Fonte: Autora, 2022.

Observou-se em relação à experiência profissional dos(as) participantes, que 01 não completou seu primeiro ano de experiência na profissão, e já outros profissionais possuem muitos anos de experiência: 3, 5, 8, 9, 13, 17, 20 e até 24 anos de experiência. Dos 30 participantes do estudo, 15 profissionais informaram possuir alguma formação complementar. Destes 15 participantes com formação complementar, 14 informaram as seguintes formações: Outro tipo de graduação, pós-graduação, mestrado, especialização e residência já finalizada ou em curso. Dos residentes em curso, 06 estão no primeiro ano, 02 no segundo ano e 01 no terceiro ano de residência.

Dos 30 participantes do estudo, 16 são profissionais do hospital A e 14 do hospital B. Conforme figura abaixo:

Figura 1: Diagrama de fluxo de profissionais do estudo:



### 3.2 Percepção sobre atuação profissional.

Após leitura dos relatos acerca de quais são os profissionais envolvidos na assistência a mulher em processo de aborto e pós abortamento e como avaliavam essa assistência, organizamos os dados em quatro subtemas, conforme organização abaixo:

### 3.2.1 Protocolos institucionais

Por meio dos relatos dos(as) profissionais, podemos perceber que a assistência ofertada não segue rotinas, uma vez que ela muda a partir do profissional que está no plantão, uma assistência fragmentada e com práticas obsoletas e que não incluem a mulher em seu próprio plano de cuidados. Circunstâncias essas que impactam diretamente na assistência oferecida e na experiência de cuidado das mulheres. Dentre as falas, destacam-se:

*“(...). Avalio como uma assistência que dependendo do profissional pode ser boa, mas pode também ser ruim.” (Mulher, enfermeira, 28 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital A)*

*“(...) Desconectada. Fragmentada.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 41 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

*“(...) Depende da equipe que a atenda no dia, às vezes é boa, às vezes é ruim, com muito preconceito e descaso mesmo. Alguns métodos usados remetem à era medieval, e quanto a elas não é dada a paciente o poder de escolha de não realizá-lo.” (Mulher, técnica de enfermagem, 44 anos, preta e não possui religião. Trabalha no hospital B)*

*“(...) A assistência ainda precisa melhorar bastante.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

*“(...) Avalio a assistência do acolhimento e prévia ao processo de abortamento de excelência, completa, multidisciplinar, com o objetivo de tornar o menos doloroso e traumático possível esse processo. No entanto, há problemas no plantão da maternidade, onde o procedimento é efetivamente realizado. Profissionais obstetras que se recusam a dar assistência adequada à paciente, abandono da paciente, deixando-a somente sob cuidados do médico residente.” (Mulher, médica, 29 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital B)*

Foi percebido também, o déficit acerca do suporte emocional, mesmo tendo a presença de outros(as) profissionais inseridos no cenário de assistência, falta suporte emocional e/ou o mesmo é delegado exclusivamente ao profissional da psicologia, mesmo a

escuta ativa e o acolhimento, sendo inerentes a qualquer profissional.

*“Médicos obstetras e enfermeiros obstetras. Eu vejo que atualmente, a assistência tem sido deficiente com essas mulheres, faltando um amparo psicológico maior pra essas famílias. Vejo que no dia a dia esses casos são tratados de forma mecânica e com pouca importância.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 28 anos, preta e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Médico, enfermeiro e técnico, psicóloga. Tenho a impressão de que é um procedimento mecânico e que a responsabilidade do cuidado mental/emocional é totalmente transferida para a equipe da psicologia.” (Mulher, enfermeira, 24 anos, branca e cristã. Trabalha no hospital A)*

*“A assistência em si é adequada, mas ainda muito enrijecida ou automática. Há um constrangimento ou sentimento de pena/tristeza por parte dos profissionais perante essas mulheres e muitas vezes elas são deixadas sozinhas na sala ou no leito por muito tempo, com a justificativa de "não incomodá-la" ou "vamos deixar ela mais quietinha", deixando a escuta ativa somente para a psicologia. Vejo que os profissionais ainda não sabem fazer uma abordagem assertiva e reproduzem falas como: "acontece" e "depois você pode tentar ter outros filhos" em casos de aborto espontâneo, mas não estimulam a verbalização dos sentimentos ou promovem algum outro tipo de conforto para essas mulheres, além de medicação para alívio de dor, quando necessário. (Mulher, enfermeira, 26 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B).*

Os profissionais em sua maioria, afirmaram dificuldades para prestar assistência às mulheres em procedimentos abortivos, 22 participantes disseram possuir dificuldades, enquanto 08 participantes afirmaram não possuir dificuldades para prestar assistência a mulheres em procedimentos abortivos. Em relação a crença, foi perguntado aos participantes se em algum momento, elas foram impedimentos para prestar assistência a mulher em procedimento abortivo. 28 participantes afirmaram que não, 01 afirmou que sim e 01 afirmou não saber. Quando solicitado que descrevessem sobre tais dificuldades, disseram:

*“Fico um pouco de dificuldade em abordar, de constranger de alguma forma, sem contar que somente quem atende que fica com ela durante todo processo!” (Mulher, enfermeira obstétrica, 32 anos, parda e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Dificuldades em relação a questão de crença em conceito de*

*vida, principalmente quando o ato é realizado em fetos grandes (...). Além da forma com que alguns membros da equipe agem durante esse procedimento, colocando músicas e criticando o feto com palavras tipo: que menino esquisito. Chega a ser desumano, desrespeitoso. Mesmo que seja escolha da mulher, autorizado por lei, é dever de todos respeitarem a situação em todas as circunstâncias independente da crença de cada um.” (Mulher, enfermeira, 33 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

*“Não sei como conversar com elas.” (Mulher, enfermeira, 56 anos, parda e evangélica. Trabalha no hospital B).*

*“Desconhecer o protocolo em sua integridade. Não me considerar parte do protocolo assistencial.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 41 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B).*

### 3.2.2 Violência institucional

Práticas de violência obstétrica também são uma realidade no dia a dia da assistência, e foram evidenciadas por meio dos relatos:

*“Já presenciei uma mulher chegar no hospital que faço residência escoltada, pois no primeiro hospital que ela chegou, acionou a polícia para ela.” (Mulher, assistente social, 50 anos, preta e evangélica. Trabalha no hospital A)*

*“Equipe questionar a mulher se não tem dó do feto.” (Mulher, enfermeira, 33 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

*“Interrogar a mulher se ela provocou o aborto e o motivo.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Profissionais questionando sobre auto perdão, culpa e outras discussões de cunho moral.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

*“Profissionais se negando a assistir paciente. Profissional perguntando se se perdoava.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 41 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

*“A paciente em situação de aborto legal devido violência sexual, ao ser admitida, foi questionada por um profissional se ela “se perdoava” pelo abortamento. Essa mesma paciente, escutou durante o procedimento, uma médica falando ao*

*realizar a AMIU “nossa, tadinho, cheio de membranas ovulares”. No final, ela me perguntou chorando: “eu sou uma assassina?” (Mulher, enfermeira obstétrica, 31 anos, branca e espírita. Trabalha no hospital B)*

*“Era uma paciente vítima de estupro, que desejou o aborto. Os profissionais da enfermagem questionavam a questão dela desejar a morte de uma vida, conscientemente. Por questões obviamente ligadas à religião, na ocasião aproveitei para esplanar os direitos da paciente, e a laicidade do Estado, portanto o respaldo perante a lei. Além de lembrar as envolvidas que não temos que ter uma postura crítica, e sim acolher a paciente.” (Mulher, enfermeira, 30 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital A)*

*“(...) Percebo que quando há suspeita de aborto provocado, existe ainda um julgamento dessa mulher.” (Mulher, assistente social, 53 anos, preta e espírita. Trabalha no hospital A)*

*“(...)Existe, infelizmente, muito julgamento e que acabam se tornando evidentes nas ações da equipe.” (Mulher, enfermeira, 28 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital A)*

*“(...)Não é uma assistência de qualidade e humana. Existem inúmeras falhas e violências.” (Mulher, enfermeira, idade não informada, preta e cristã. Trabalha no hospital A)*

Quando perguntado aos profissionais se eles(as) mudam a sua conduta de cuidados com as mulheres quando suspeitam de abortamento provocado, 26 disseram que não, 01 disse que sim, 02 disseram que talvez e 01 disse que às vezes. Nos relatos, alguns profissionais alegam não mudar sua postura profissional, destacam-se:

*“A minha assistência não deve ser baseada no histórico da paciente, além disso não devo realizar julgamentos pelos atos de outras pessoas, apenas prestar a melhor assistência que a paciente possa receber.” (Mulher, enfermeira, 25 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital B)*

*“Na minha opinião, considero o abortamento um direito da mulher, respeitadas restrições básicas como limitações de idade gestacional, acompanhamento psicológico durante o processo, consentimento informado de riscos e consequências, seguimento de planejamento familiar após. O abortamento provocado de modo ilegal é uma consequência da incapacidade da nossa nação em analisar objetivamente o risco à saúde da mulher que as restrições ao abortamento provocam. Vejo mulheres que realizam abortamento provocado*

*mais como vítimas do que como criminosas.” (Mulher, médica, 29 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital B)*

*“Acredito no direito da mulher sobre seu corpo, na ciência e nas vivências de cada mulher. O empenho da saúde pública deveria ser criar políticas e estratégias para a assistência segura e necessária a essas mulheres.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, preta e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A)*

Outros percebem mudanças em relação a assistência:

*“Nessas situações é comum ver a equipe com posicionamento acusatório. Pode ser que às vezes eu tenha tido esse posicionamento. Mas hoje penso com tristeza em como nosso sistema é falho. E onde poderia ter acontecido a falha maior que culminou no ato do aborto provocado. Isso envolve pensamento em políticas públicas de saúde, educação.” (Mulher, enfermeira, 30 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital A)*

### 3.2.3 Ambiência

Foi perguntado se a mulher que realiza o procedimento abortivo, tem quarto ou enfermaria separada das parturientes e demais puérperas. 18 participantes disseram que não, 11 disseram que sim e 01 afirmou não saber se existe quarto ou enfermaria separada das parturientes e demais puérperas. A falta de infraestrutura e ambiência adequada é outro fator observado nos relatos, e em como a ambiência repercute para a prestação do cuidado, e consequentemente para a mulher.

*“(…) Destaco também a necessidade de melhora dos espaços físicos para essas pacientes.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 31 anos, branca e espírita. Trabalha no hospital B)*

*“A assistência poderia ser melhor, pois não temos um setor exclusivo para essas pacientes e elas dividem o mesmo ambiente com pacientes em trabalho de parto ou pós-parto.” (Mulher, médica, 32 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Tentando deixar a mesma longe de pacientes com fetos viáveis e com RN no pós.” (Mulher, enfermeira obstetra, 29 anos, parta e deísta. Trabalha no hospital A.)*

*“Gostaria de contar com espaços melhores na maternidade em que trabalho para essas mulheres permanecerem internadas. (...) o espaço em que as mulheres ficam melhorados e as*

*equipes treinadas.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, preta e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A)*

*“A principal dificuldade é a falta de privacidade na unidade em que trabalho. Eu gostaria de oferecer um ambiente livre de perguntas sem sentido e protegido da curiosidade moral.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

### 3.2.4 Negligência

Quando perguntado se já haviam presenciado algum ato em que a mulher internada para aborto foi constrangida, 16 entrevistados responderam sim e 14 responderam que não haviam presenciado algum ato de constrangimento.

*“Recusa de médico obstetra do plantão em prestar assistência e preceptoria adequada ao médico residente no procedimento de abortamento.” (Mulher, médica, 29 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital B)*

*“Já vi pacientes expostas no box do pp com Krauser, sem um biombo para dar-lhes reserva.” (Mulher, técnica de enfermagem, 44 anos, preta e não possui religião. Trabalha no hospital B)*

*“Descaso no momento de expulsão do conteúdo. Falta de empatia. Julgamentos.” (Homem, enfermeiro obstétrico, 24 anos, pardo e católico. Trabalha no hospital B)*

*“A mulher foi deixada em uma sala, como se nada houvesse acontecido.” (Mulher, enfermeira, 56 anos, parda e evangélica. Trabalha no hospital B)*

*“Houve um caso de abortamento retido em que a mulher estava utilizando misoprostol para abertura do colo uterino para posteriormente realização de AMIU. E em certo momento a mulher queixou-se de dor e sangramento e ao comunicar à equipe médica para avaliação, foi falado que ainda não tinha dado o horário da medicação fazer o efeito e não a avaliaram. Poucos minutos depois a mulher expulsou espontaneamente o conteúdo no leito, com todas as demais mulheres e seus acompanhantes próximos, separados por biombo, sem a devida privacidade. E a equipe de enfermagem (enfermeira e técnicas de enfermagem) não souberam lidar com a situação, jogou um lençol por cima das pernas da mulher e saíram atrás dos médicos, a deixando sozinha naquele momento. A mulher*



*ficou sentada com os braços envoltos nas pernas, olhando para baixo e chorando. O seu acompanhante ao lado, segurando sua mão. Nenhuma abordagem ou acolhimento foi feito com aquela mulher naquele momento e até a chegada (após 20 minutos) do médico.” (Mulher, enfermeira, 26 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

### 3.2.5 Humanização da assistência

Em relação à assistência, foi perguntado se os mesmos(as) consideravam sua assistência humanizada. Dos participantes, 22 responderam que sim, 05 responderam talvez, 02 responderam não saber e 01 respondeu que não considera sua assistência humanizada. Em seguida foi perguntado o que achavam que poderia melhorar, referiram:

*“Uma capacitação para atendimento dessas mulheres.” (Mulher, assistente social, 53 anos, preta e espírita. Trabalha no hospital A)*

*“Devido à demanda do serviço, acredito que a assistência não seja a melhor. Visto que é somente um enfermeiro em um setor que abrange mulheres em situação de abortamento, além de mulheres em trabalho de parto prematuro.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Sempre acho que pode melhorar. Pois como mencionado a depender do plantão não há tempo para uma escuta mais atenciosa e um estar ao lado mais preciso.” (Mulher, enfermeira obstetra, 29 anos, parta e deísta. Trabalha no hospital A)*

*“A ausência de frieza nesses procedimentos por parte da equipe médica principalmente.” (Mulher, enfermeira, 33 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

*“Preparo para lidar com situações de perda.” (Mulher, enfermeira, 24 anos, branca e cristã. Trabalha no hospital A)*

*“Ter oportunidade de ampliar a discussão na equipe de trabalho, ter um ambiente menos moralista, menos violento na instituição.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

Uma forma de proporcionar maior conforto, além de ser um direito da mulher, é a presença de um acompanhante de sua escolha. Porém nem todas as mulheres têm esse direito garantido, quando perguntado sobre ser permitido a presença de acompanhante durante todo

o tempo de permanência da mulher na instituição, 26 participantes afirmaram ser permitido, 02 disseram não ser permitido e 02 disseram não saber se é permitido a presença de acompanhante durante todo o tempo de internação da mulher.

### **3.3 Percepção sobre a atuação profissional na pandemia.**

Sobre o contexto pandêmico ter afetado a qualidade da assistência relacionada ao abortamento, 08 pessoas acreditam que a pandemia afetou a assistência, 03 acham que talvez tenha afetado, 08 não souberam dizer e 11 participantes acreditam que o contexto pandêmico não afetou a assistência relacionada ao abortamento. Foi solicitado aos que disseram acreditar que a assistência tenha sido afetada, que descrevesse como a pandemia pelo COVID 19 trouxe repercussões nos seus cuidados com as pacientes em situação de abortamento. Dividimos os relatos relacionados sobre a atuação profissional na pandemia, em dois subtemas:

#### **3.3.1 Desgaste profissional**

Alguns participantes relataram dificuldades para atuar no período pandêmico, especialmente, pelo número insuficiente de profissionais e pelo desgaste que o cenário gerou nos mesmos, observamos tais percepções nos relatos abaixo.

*“Os profissionais estavam mais tensos”. (Mulher, assistente social, 53 anos, preta e espírita. Trabalha no hospital A)*

*“A pandemia trouxe muita insegurança e incerteza. Muitos plantões seguem em clima de medo e desconfiança. Uma situação desconfortável (...)” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

*“(...) causa esgotamento emocional e psicológico. O que já está desgastado com o isolamento imposto pela pandemia.” (Mulher, enfermeira obstetra, 29 anos, parta e deísta. Trabalha no hospital A)*

*“O distanciamento, o número de profissionais reduzidos, os locais de internação.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, preta e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A).*

#### **3.3.2 Déficit na assistência**

Os participantes também trouxeram as dificuldades para prestar assistência, trazendo entraves em relação ao número de profissionais e déficit de leitos, o que impactou a rotina dos trabalhos.

*“Menor quantidade de profissionais e de leitos”. (Homem, obstetra, 30 anos, preto e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A)*

*“O distanciamento, o número de profissionais reduzidos, os locais de internação.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, preta e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A).*

*“A impossibilidade de um suporte maior de acompanhantes, superlotação dos hospitais...” (Mulher, médica, 28 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

*“(...) A saúde da mulher foi afetada, principalmente em relação ao abortamento por não ter muitas vezes a privacidade necessária para um cuidado mais humanizado, que preserva a mesma, e também assistência melhorada.” (Homem, enfermeiro obstétrico, 37 anos, branco e católico. Trabalha no hospital B)*

*“Não digo na minha assistência, mas no sistema como um todo, desde a atenção básica até a maternidade houve uma redução de acesso a serviços devido o covid-19.” (Mulher, enfermeira, 26 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

### **3.4 Políticas Públicas e Epidemiologia.**

Acerca da legislação atual do aborto no Brasil (Código Penal, Política de Atenção Humanizada ao Abortamento), 18 participantes disseram conhecê-la, 09 conhecem em partes e 03 não conhecem a legislação atual.

#### **3.4.1 Descriminalização do aborto**

Já sobre a descriminalização do aborto, 20 disseram ser a favor, 04 disseram talvez, 03 não souberam e 03 não são a favor da descriminalização do aborto.

Alguns(mas) dos(as) entrevistados acreditam que a descriminalização do aborto é necessária, como podemos perceber em algumas falas:

*“Sou a favor da mulher ter a opção de abortar. Em um país sem condições de auxiliar a mulher de forma adequada, que em grande parte precisa cuidar dos filhos sozinha, que é sobrecarregada e invisibilizada pela sociedade, essa situação deveria mudar.” (Mulher, enfermeira, 28 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital A)*

*“Melhoraria a assistência às mulheres e reduziria mortes precoces.” (Mulher, enfermeira, 26 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

*“Muitas mulheres vão a óbito diariamente por questões precárias de abortamento. É necessário rever a legislação, entre outras coisas.” (Mulher, enfermeira, idade não informada, preta e cristã. Trabalha no hospital A)*

Já outros(as) entrevistados disseram não serem favoráveis a ampliação e/ou descriminalização do aborto no país e/ou não souberam opinar no momento, sendo eles 03 participantes não favoráveis e 03 que não souberam opinar.

*“As mulheres devem ter direito sobre seus corpos, porém sou temerosa até que ponto isso pode ocorrer. Tenho receio de falta de consciência e/ou responsabilidades sobre gestar ou não gestar. Poderia aumentar o número de falta de cuidados? Aumentar o número de IST? Poderia aumentar o número de abortamento só pelo fato de poder fazer? Como se fosse um descarte? Não sei. A legalização do aborto seria ótima para reduzir os trágicos desfechos do aborto ilegal.” (Mulher, enfermeira, 25 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital B)*

*“Acho que precisa de mudanças, mas não nesse momento. O Brasil não é um país que considero no momento elegível para esse tipo de legalização. As pessoas ainda não são educadas de forma a usar dessa ferramenta de forma consciente.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 28 anos, preta e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Não gostaria que isso fosse expandido para além de vítimas de violência. Sou a favor do investimento em métodos contraceptivos. No nosso país isso se tornaria bagunça. E meu conceito de vida é outro”. (Mulher, enfermeira, 33 anos, branca e católica. Trabalha no hospital B)*

Sobre o que a descriminalização do aborto acarretaria, os participantes acreditam que:

Quadro nº4: Políticas Públicas e Epidemiologia: Saúde pública - repercussões.

Descriminalização do aborto:		
Categoria	Participantes (Nº)	%
Influência no uso de métodos contraceptivos, reduzindo-os.	03	10
Influência no uso de métodos contraceptivos, estimulando-os.	10	33,3
Não influencia no uso de contraceptivos.	10	33,3
Aumenta o número de abortos.	10	33,3
Reduziria o número de abortos.	08	26,7
Não influenciaria no número de abortos.	03	10
Reduziria o número de mortes maternas.	24	80
Não reduzia o número de mortes maternas.	03	10
Outros	03	10

Fonte: Autora, 2022.

### 3.4.2 Saúde pública

Sobre o aborto ser uma questão de saúde pública, 25 participantes acreditam que sim, é uma questão de saúde pública, 02 acreditam que talvez, 01 participante não sabe e 02 acredita que não seja uma questão de saúde pública.

Destacam-se as falas:

*“A questão do aborto é um problema de saúde pública por ter repercussões trágicas para a mulher devido a mesma não ser acolhida de forma digna e humanizada.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 32 anos, parda e católica. Trabalha no hospital A)*

*“É questão de saúde pública quando o contexto de clandestinidade impacta em perdas de vidas de mulheres.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B).*

*“A saúde no Brasil falha em ofertar a contracepção, a educação falha em educar sexualmente a sociedade, o Estado falha em garantir segurança pública, moradia, saneamento básico, empregabilidade para a população, somando a aumento do custo de vida , com alta dos impostos. Temos uma*

*grande parcela em situação de pobreza, famílias que os filhos braço tem acesso a educação e a qualidade de vida, é um ciclo. Portanto, garantir que esses ciclos de pobreza não se perpetuem é questão de saúde pública. Garantir que a mulher em vulnerabilidade tenha acesso a saúde, que seja cuidada. E que não coloque sua vida em risco, a luz do desesperado.” (Mulher, enfermeira, 30 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital A).*

Os entrevistados acreditam que os motivos que levam uma mulher a realizar um aborto, são multifatoriais, destacando-se as falas:

*“Ser mãe solteira, medos, inseguranças, falta de rede de apoio, dificuldade financeira e social, dentre outros.” (Mulher, enfermeira, 25 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital B)*

*“(…) por não estar preparada, não desejar, não ter como criar ou arcar com os gastos e dificuldades, dentre outros motivos.” (Mulher, enfermeira, 28 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital A)*

*“A percepção de que não tem condições para criar um filho no contexto em que se encontra.” (Mulher, médica, 27 anos, branca e não possui religião. Trabalha no hospital A)*

*“Diversos fatores, desde a gestação não desejada naquele momento, como condições econômicas e sociais de sustentar a gestação e a criança posteriormente.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, preta e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A)*

*“Vulnerabilidade, falta de apoio social, medo, desorientação, desinformação.” (Mulher, enfermeira, 30 anos, branca e evangélica. Trabalha no hospital A)*

*“não estar bem orientada quanto aos métodos contraceptivos. Inúmeras mulheres com vida sexual ativa não usam métodos em pleno século 21 e não desejam engravidar! Não dá pra entender isso! Se não quero engravidar preciso cuidar do meu corpo!” (Mulher, enfermeira, 42 anos, parda e kardecista. Trabalha no hospital B)*

*“São inúmeros os motivos, a falta de acesso a escuta qualificada e o cuidado adequado.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 47 anos, preta e católica. Trabalha no hospital B)*

*“A falta de política. A falta de acolhimento no serviço de*

*saúde. (...) Motivos diversos que não dá pra saber por que cada um tem uma história que o leva a tomar uma decisão que a meu ver não é fácil.” (Mulher, enfermeira obstetra, 29 anos, parta e deísta. Trabalha no hospital A)*

*“Medo de procurar ajuda e ser julgada e maltratada.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 32 anos, parda e católica. Trabalha no hospital A)*

*“Falta de suporte na saúde pública para aborto hospitalar.” (Homem, obstetra, 30 anos, preto e religião não informada e/ou não possui. Trabalha no hospital A)*

*“Falta de assistência e orientação.” (Mulher, enfermeira obstétrica, 27 anos, branca e católica. Trabalha no hospital A)*

Sobre o perfil das mulheres que abortam, os participantes acreditam que:

Quadro nº5: Políticas Públicas e Epidemiologia: Perfil de mulheres que realizam aborto.

Perfil das mulheres que realizam aborto, incluem:		
Categoria	Participantes (Nº)	%
Mulheres com faixa etária de 15 a 29 anos.	28	93,3
Mulheres com faixa etária acima de 35 anos.	13	43,3
Mulheres religiosas.	12	40
Mulheres sem religião.	17	56,7
Mulheres sem filhos.	19	63,3
Mulheres que têm filhos.	17	56,7
Mulheres pobres.	22	73,3
Mulheres ricas e de classe média.	19	63,3
Mulheres vulneráveis.	22	73,3
Mulheres com baixa escolaridade.	19	63,3

Fonte: Autora, 2022.

#### 4. DISCUSSÃO

A maioria das(dos) participantes deste estudo percebem o aborto como um problema de saúde pública, embora persistam relatos sobre não saber situar a questão. Alguns acreditam que a solução do aborto se daria por meio de investimento em acesso à educação em saúde, acesso a métodos contraceptivos e maior cobertura nos serviços de saúde. O aborto é um problema de saúde pública no Brasil e em muitos outros países do mundo onde ele ainda não é legalizado (LUERSEN *et al*, 2019). Segundo Cardoso *et al*, 2020; os óbitos por aborto no Brasil eram 5,7% dos óbitos maternos em 2006 e passaram a 4,1% em 2015, tendo sido 3,2% em 2014. A região sudeste apresentou redução na proporção e centro-oeste registrou um aumento significativo, passando de 3,9% em 2006 para 6,1% em 2015. No que diz respeito as estimativas de ocorrência do aborto no país serem elevadas (MCCALLUM *et al*, 2016):

A única pesquisa de âmbito nacional com mulheres alfabetizadas de áreas urbanas constatou que, ao completar 40 anos, uma a cada cinco mulheres informou já ter realizado um aborto (MCCALLUM *et al*, 2016 apud DINIZ, MEDEIROS, 2010, p. 39).

O aborto é um acontecimento comum entre as mulheres brasileiras. Na Pesquisa Nacional do Aborto (PNA) de 2016, evidenciou que das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos entrevistadas, 251 já fez ao menos um aborto. Sendo que a maior parte dos abortos é realizado durante o período mais intenso de atividade reprodutiva. Nesse mesmo estudo, houve uma frequência maior do último aborto entre as mulheres jovens, com 29% (73) dos abortos ocorrendo em idades que vão de 12 a 19 anos, 28% (70) dos 20 aos 24 anos, caindo para abaixo de 13% (32) a partir dos 25 anos (MADEIRO *et al*, 2017). Tais dados vão de encontro ao que acredita os participantes do estudo, dos 30 participantes, 28 acreditam que o aborto tem maior prevalência entre mulheres entre 15 - 29 anos de idade.

Além do direito restrito ao aborto, podemos nos deparar com a falta de preparo de infraestrutura dos serviços, como também dos profissionais de saúde.

Tal necessidade pode ser dimensionada por meio do estudo de Madeiro e Rufino, 2017, ele foi realizado em uma maternidade pública do Piauí, onde foram entrevistadas mulheres que passaram pelo processo de abortamento, nos relatos as mulheres narraram a precariedade da infraestrutura que faziam com elas fossem submetidas a permanência em espaços conjuntos com puérperas e recém-nascidos. Palavras como “mal-estar emocional”,



“tristeza”, “constrangimento”, “frustração” e “piora do sentimento de culpa” foram declarações recorrentes nas falas dessas mulheres.

Dentre outros motivos para reivindicar um espaço adequado, foram “choro dos bebês”, o “ambiente de alegria da família” e a “visão da amamentação”. Não vemos nos serviços os cuidados de reservar um local apropriado a mulher em processo de abortamento e especialmente após abortamento, o que pode significar mais uma forma de discriminação, punição e violência institucional (MADEIRO e RUFINO, 2017).

MCCALLUM *et al*, 2016, realizou um estudo em uma maternidade pública de Salvador, lá também podemos evidenciar circunstâncias de violência institucional, ausência humanização e especialmente, também uma ausência de uma ambiência adequada.

(...) Há uma sala especialmente destinada à realização do esvaziamento uterino, denominada “sala de curetagem”, situada, igualmente, em uma parte menos visível da área. Duas curetagens, aliás, podem ser realizadas simultaneamente, atendidas por um único anestesista. Embora haja biombos disponíveis, eles não são utilizados, sendo comum que uma paciente, antes de ser anestesiada, veja parcialmente os procedimentos realizados ao lado (MCCALLUM *et al*, 2016).

Os profissionais deste estudo percebem a assistência ao aborto como desumanizada e permeada de violências institucionais, o que corrobora com outros estudos. As mulheres por vezes são recebidas e submetidas nos serviços de saúde, a uma assistência desumanizada, permeadas por agressões, exposição, discriminatória, abandono e até mesmo juízo de valor. Essas ações violentas podem gerar, em sua maioria, efeitos diversos à vida mulher. Podendo eles perpassarem desde sequelas físicas a traumas e demais consequências de ordem psicológicas. Esses efeitos podem acarretar maior ônus para a sociedade, uma vez que as mulheres violentadas tendem a sofrer, muitas vezes, problemas de saúde, que as impossibilitam total ou parcialmente de desenvolverem atividades laborativas e/ou no convívio social (CRUZ e IRFFI, 2019).

Segundo Madeiro e Rufino, 2017, nesse mesmo contexto, são recorrentes as descrições de julgamento moral, adiamento da curetagem e, ainda, baixo controle da dor no cotidiano da assistência. A magnitude e o impacto da violência institucional na assistência às complicações do aborto provocado ainda são pouco conhecidos no Brasil, uma vez que existem poucos estudos e os existente, possuem população amostral pequena.

CRUZ e IRFFI, 2019, reforçam essa ideia, ao referir que ainda é necessário avançar em tais discussões, uma vez que tais efeitos ainda precisam ser mais investigados.

A investigação de como a violência afeta a saúde da mulher é ainda incipiente em virtude da insuficiência de estatísticas, em função da considerável subnotificação quanto aos relatos de violência contra a mulher (CRUZ e IRFFI, 2019).

A legislação nacional para a assistência ao aborto estabelece que o cuidado ofertado a essas mulheres deve ser sempre pautado por acolhimento, informação, orientação e suporte emocional, e que as crenças da equipe não podem interferir nesta assistência (MADEIRO e RUFINO, 2017). Os profissionais do estudo em sua maioria referiram respeitar a decisão da mulher que deseja realizar o aborto, mesmo, muitas vezes, não concordar devido suas crenças e valores. Porém, quase todos os profissionais relatam terem presenciado ao menos uma circunstância de violência a mulher em processo de abortamento e/ou após abortamento.

Segundo Pereira, 2018; os profissionais de saúde reagem de forma diversa sobre questões relacionadas à vida. Mesmo diante de situações em que a lei permite o aborto, há opiniões que são contra ou a favor do ato. Observou-se uma aceitação mais favorável quando se trata de um aborto por questões relacionadas ao risco à saúde da mulher, ou problemas relacionados ao feto.

Já quando a indicação foge a essas questões e especialmente quando se trata da rejeição pessoal da mulher, os posicionamentos contrários são quase uniformes. Na realidade da assistência, vemos então, que essas mulheres são violentadas indiscriminadamente. Sendo submetidas a assistências precárias e violentas por profissionais não capacitados (LIMA et al, 2017).

Frente a isso o contexto das mulheres e o abortamento provocado continuam a ser considerado e tratado como um tabu, o que impedem o rompimento de paradigmas nos serviços de saúde, tornando mais distante vislumbrar a possibilidade de assistência humanizada, sem discriminação de qualquer natureza (GESTEIRA, 2018).

A assistência à mulher em processo de abortamento e pós abortamento deve ser oferecida com o intuito de garantir a sobrevivência e a saúde desta, tratando-a sem discriminação ou julgamentos (LIMA et al, 2017). Pensando que a violência institucional é multifatorial, as intervenções para extingui-la necessitam atuar em diversos campos, desde o

aprimoramento de política pública, a melhor estruturação dos serviços de saúde, protocolos institucionais, além de treinamentos e a sensibilização de profissionais de saúde para a violência institucional e de gênero, devem ser encarados como etapas significativas na melhoria da assistência às complicações do aborto (MADEIRO e RUFINO, 2017).

Aliado a todo o cenário desfavorável para oferta de uma assistência conforme previsto na legislação a mulher em processo de abortamento e após abortamento, nos últimos anos fomos sujeitos a uma pandemia. Os participantes do estudo apresentaram nos relatos que essa circunstância gerou sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e sobrecarga dos serviços e trabalhadores. Tal cenário não só comprometeu a qualidade da assistência de um modo geral, como também agravou ainda mais questões ligadas à infraestrutura, uma vez que os serviços estavam lotados. Segundo Dantas, 2021, o número de pessoas doentes pela Covid-19 aumentou exponencialmente em todo o Brasil, exigindo estratégias dinâmicas, intensas e atualizadas para atender a uma população grandiosa, pois o país possui dimensão territorial e populacional continental, sendo necessário então, quantitativo considerável de profissionais de saúde para atuar em diversos cenários, como o planejamento estratégico, epidemiológico, na gestão e massivamente na Atenção à Saúde, na linha de frente assistencial.

No entanto, o que vimos na prática foram profissionais sobrecarregados e esgotados, seja pela pressão, inseguranças por lidar com o não conhecido e por ter que permanecer restritos de seus familiares em muitas ocasiões. Em relação a saúde da mulher especificamente, muitos participantes do estudo além de perceberem um declínio na assistência, também acreditam que a Covid-19 contribuiu para o aumento de aborto espontâneos.

Se em cenários normais já se fazem necessários protocolos para uma assistência alinhada e ordenada, frente a esses entraves no cenário de saúde, eles se fizeram ainda mais necessários. Os participantes do estudo referiram em muitos momentos sobre a necessidade de capacitações, criação e/ou aprimoramento de protocolos institucionais, além da ampliação de políticas já existente e ao direito ao aborto em outras circunstâncias das que já são legalizadas e até mesmo a descriminalização do aborto, de modo geral. Sendo assim, é necessário o debate acerca do abortamento no Brasil, desde suas políticas, assistenciais e formação de serviços e profissionais, uma vez que estes que devem realizar e prestar uma assistência humana, acolhedora, com equidade e integralidade, vêm assumindo o papel de violentador e excludente em um momento de fragilidade e vulnerabilidade dessas mulheres.

É preciso debater políticas inclusivas, repensar a assistência e debater a legalização do aborto, uma vez que mulheres morrem diariamente por não terem direito ao aborto legal. É de extrema importância estender tal debate aos meios acadêmicos, uma vez que o tema abortamento ainda não é pautado da real forma necessária (GESTEIRA, 2018).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aborto é um acontecimento multifatorial e de grande repercussão na saúde pública. No presente estudo percebemos como a assistência à mulher em processo de abortamento e pós abortamento ainda é muito deficiente. É necessário repensar e avançar em políticas públicas mais abrangentes, mais informação e acesso aos meios legais já existentes, que permitirão maior acesso aos direitos garantidos a essas pessoas por lei. É necessário avançar também, em protocolos institucionais, sejam eles para as mulheres que realizaram abortos legais ou não. Inúmeros são os entraves que os profissionais enfrentam no dia a dia de trabalho por ausência de protocolos e/ou protocolos atualizados, que auxiliam no norteamto da assistência prestada.

Outro ponto de extrema importância é a infraestrutura e a ambiência dos serviços de saúde. É preciso reconsiderar fluxos de organização para não expor essas pessoas a constrangimentos, sendo também necessário maior infraestrutura física e adequada para que essas pessoas tenham uma assistência e permanência adequada durante todo o período de internação. É de grande importância a necessidade de realizar capacitações aos profissionais, para que eles saibam prestar um cuidado integral, humanizado e que saibam acolher as demandas dessas pessoas.

Ainda é necessário avançar nessa pauta, devido ao número reduzido de estudos e produções científicas nesta área e com maior profundidade, uma vez que esse tema é permeado de entraves e ainda cercado de muitos tabus. Também devemos ampliar essa discussão para além dos cuidados a mulher cis, uma vez que as identidades de gêneros são diversas e não é apenas a mulher cis que está sujeita ao aborto, mas também a população LGBTQIA+.

## REFERÊNCIAS

1. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70. 2010.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
4. BRASIL. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Diário Oficial da União - Seção 1, Página 23911, 1940.
5. BRASIL. Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997. Diário Oficial da União - Seção 1, Página 13739, 1997.
6. BOUERI, Aline Gatto. Gênero e Número – **Portugal, Espanha e Uruguai: o que aconteceu após a legalização do aborto?** Saúde Global, 2021. Disponível em: <https://www.generonumero.media/portugal-espanha-e-uruguai-o-que-aconteceu-apos-legalizacao-do-aborto/>
7. CARDOSO, Bruno Baptista et al. **Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?** Cad. Saúde Pública; 36 Sup 1:e00188718, 2020.
8. CRUZ, Mércia Santos e IRFFI, Guilherme. **Qual o efeito da violência contra a mulher brasileira na autopercepção da saúde?** Ciência & Saúde Coletiva, 24(7):2531-2542, 2019.
9. DANTAS, Eder Samuel de Oliveira. **Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19.** Espaço aberto. Interface (Botucatu) 25 (supl 1). 2021.
10. GESTEIRA, Solange Maria dos Anjos, DINIZ, Normélia Maria Freire e OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de. **Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm, 21(3):449-53, 2018.
11. LIMA, Laís Montenegro et al. **Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva.** Rev enferm UFPE on line., Recife, 11(12):5074-8, dec., 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25126p5074-5078-2017>. Acesso em: 05/02/2022 às 06:40h.
12. LUERSEN D et al. **Descriminalização do aborto: percepção dos gestores em cidades fronteiriças.** Cogitare enferm. [Internet]. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61989>. Acesso em: 05/02/2022 às 06:30h
13. MADEIRO, Alberto Pereira e RUFINO, Andréa Cronemberger. **Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(8):2771-2780, 2017.
14. MADEIRO, Alberto *et al.* **Pesquisa Nacional de Aborto 2016.** Artigo especial. Ciência e saúde coletiva. 22 (2). Fev 2017.
15. MCCALLUM, Cecília; MENEZES, Greice; REIS e Ana Paula dos. **O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.37-56. Jan.-mar. 2016.
16. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** Hucitec - Abrasco, 12ª edição. São Paulo. 2010.

17. Organização Pan-America de Saúde - OPAS. **Saúde materna**. Brasília, 2021. Disponível:  
<https://www.paho.org/pt/node/63100#:~:text=Todos%20os%20dias%2C%20aproximadamente%20830,rurais%20e%20comunidades%20mais%20pobres> Acesso em: 02/02/2022 às 20:15h
18. PEREIRA, Adriana de Jesus. **O Papel do Profissional Enfermeiro Frente ao Aborto em seus Aspectos Jurídicos, Físico e Emocionais**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 07, pp. 95-115, Agosto de 2018.
19. SILVA, Andressa Hennig *et al.* **Análise de conteúdo: fazemos o que dizemos? Um levantamento de estudos que dizem adotar a técnica**. Encontro de ensino e pesquisa em administração e contabilidade. P 1-14. Brasília. 2013. Disponível em: [http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013\\_EnEPQ76.pdf](http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2013_EnEPQ76.pdf) Acesso em: 05/02/2022 às 06:10h.
20. URUGUAY. **Lei de interrupção voluntária da gravidez**. Lei do aborto. Vol. 1, sem. 2, pag 1125, 2012.
21. URUGUAY. Ministerio de salud pública. Fecundidad, mortalidad infantil y materna: tendencias a la baja. 2017. Disponível em: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/fecundidad-mortalidad-infantil-y-materna-tendencias-la-baja> Acesso em: 05/01/2022 às 09:20h.

## Anexo 1

### Roteiro de entrevista semi estruturada.

#### Perfil profissional

1. Setor de atuação: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Qual é sua identificação étnico-racial?

- Branco
- Indígena
- Preto
- Pardo
- Amarelo

Sexo:

- Masculino
- Feminino
- Intersexo
- Prefiro não me identificar pelo meu sexo biológico

4. Identidade de Gênero:

- Mulher
- Homem
- Não binário
- Trans
- Outro \_\_\_\_\_

5. Religião: \_\_\_\_\_

6. Identificação profissional:

- Assistente Social
- Enfermeira(o)
- Enfermeira(o) Obstétrica
- Fisioterapeuta
- Médica(o)
- Obstetra
- Nutricionista
- Psicóloga(o)
- Parteira(o)
- Doula(o)
- Outra: \_\_\_\_\_

7. Anos de experiência profissional: \_\_\_\_\_

8. Formação complementar: ( ) Sim ( ) Não. Se sim qual: \_\_\_\_\_

9. Se residente ano de atuação: \_\_\_\_\_

#### Protocolos e organização institucional.

10. Existe um protocolo/plano para realização do aborto previsto por lei na sua instituição de atuação?

- Sim
- Não

- Não sei
- Não se aplica (não somos referência para aborto previsto por lei).

11. A mulher que passa pelo processo de aborto previsto por lei, é orientada previamente sobre os procedimentos que serão realizados?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não se aplica (não somos referência para aborto previsto por lei).

### **Percepção sobre a atuação profissional.**

12. Quais os profissionais envolvidos na assistência a mulher em processo de aborto e pós abortamento e como você avalia essa assistência? \_\_\_\_\_

13. Você já presenciou algum ato em que a mulher internada para aborto foi constrangida?

- Sim
- Não

Poderia contar sobre essa situação? \_\_\_\_\_

14. Você encontrou/encontra dificuldades para prestar assistência às mulheres em procedimentos abortivos?

- Sim
- Não

Poderia contar um pouco sobre essas dificuldades? \_\_\_\_\_

15. É permitido a presença de acompanhante durante todo o tempo de permanência da mulher na instituição?

- Sim
- Não
- Não sei

16. A mulher que realizará o procedimento abortivo, tem quarto ou enfermaria separada das parturientes e demais puérperas?

- Sim
- Não
- Não sei

17. Em algum momento suas crenças foram impedimentos para prestar assistência a mulher em procedimento abortivo?

- Sim
- Não
- Não sei

Você gostaria de falar mais sobre isso? \_\_\_\_\_

18. Você muda a sua conduta de cuidado com as mulheres quando suspeita de abortamento provocado?

- Sim
- Não
- Talvez
- As vezes

Você gostaria de falar mais sobre isso? \_\_\_\_\_



19. Você considera sua assistência à mulher em processo de abortamento e pós abortamento humanizada?

- Sim
- Não
- Talvez
- Não sei

### **Percepção sobre a atuação profissional na pandemia**

20. Na sua opinião, o contexto pandêmico afetou a qualidade da assistência relacionada ao abortamento?

- Sim
- Não
- Talvez
- Não sei

Se sim, por favor descreva, como a pandemia pelo COVID 19 trouxe repercussões nos seus cuidados com as pacientes em situação de abortamento. \_\_\_\_\_

### **Políticas Públicas e Epidemiologia**

21. Você conhece a legislação atual acerca do aborto no Brasil? (Código Penal, Política de Atenção Humanizada ao Abortamento).

- Sim
- Não
- Em partes

22. Você pensa que essa legislação precisa de mudanças? Comente. \_\_\_\_\_

23. Você é a favor da legalização do aborto?

- Sim
- Não
- Talvez
- Não sei

Poderia falar mais sobre isso? Comente. \_\_\_\_\_

24. Você considera que a legalização do aborto seja uma questão de saúde pública?

- Sim
- Não
- Talvez
- Não sei

Poderia falar mais sobre isso? Comente \_\_\_\_\_

25. Na sua opinião, a legalização do aborto:

- Influenciaria no uso de métodos contraceptivos, reduzindo-os.
- Influenciaria no uso de métodos contraceptivos, estimulando-os.
- Não influenciaria no uso de métodos contraceptivos.
- Aumentaria o número de abortos.
- Reduziria o número de abortos.
- Não influenciaria no número de abortos.
- Reduziria o número de mortes maternas.
- Não reduziria o número de mortes maternas.
- Outros

26. Na sua opinião o que leva uma mulher a realizar um aborto não seguro?

27. Na sua opinião, o perfil de mulheres que realiza aborto, INCLUI:

Mulheres com faixa etária de até 15 a 29 anos.

Mulheres com faixa etária acima de 35 anos.

Mulheres religiosas.

Mulheres sem religião.

Mulheres sem filhos.

Mulheres que tem filhos.

Mulheres pobres.

Mulheres ricas e de classe média.

Mulheres vulnerais.

Mulheres com baixa escolaridade.

Outros

## **Anexo 2**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Violência obstétrica, enfrentamento e empoderamento (VOE-BH)”, coordenada pelas Pesquisadoras Érica Dumont Pena e Kleyde Ventura de Souza. Nesta pesquisa pretendemos compreender como as instituições de saúde vêm desenvolvendo ações para que as mulheres suas famílias tenham um parto humanizado, sem violência obstétrica, como recomendado pelo Ministério da Saúde.

- A participação na pesquisa é voluntária e totalmente anônima.
  
- Para participar desta pesquisa, você deverá concordar com este termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar através do e-mail (pesquisavoebh@gmail.com) e estará livre para participar ou recusar-se, sem nenhuma consequência para si mesmo. Você poderá retirar o consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento.
- Esteja ciente de que esta pesquisa oferece riscos mínimos psicológicos, como certo nível de ansiedade e desconforto devido à lembrança de fatos passados.
- Esteja ciente de que os benefícios da pesquisa não são pessoais e sim indiretos, pois estará contribuindo para a melhoria da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento.
- Os dados fornecidos nesta pesquisa serão mantidos sob a guarda e responsabilidade dos pesquisadores responsáveis por um período de 5 anos após o término da pesquisa.
- Os pesquisadores protegerão a sua identidade com padrões profissionais e éticos de sigilo, nos termos da Resolução Nº 466, 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

#### **Pesquisadoras responsáveis**

1. Dra. Érica Dumont Pena (Universidade Federal de Minas Gerais) - Email: ericadumont@gmail.com; Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia,

Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100; Tel: +55 31 99955-9728.

2. Dra. Kleyde Ventura de Souza (Universidade Federal de Minas Gerais) - Email: kleydeventura@gmail.com; Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100; Tel: +55 31 3409-8025.

### **Pesquisadoras participantes/responsáveis pela sub pesquisa**

1. Dra. Nágela Santos (Universidade Federal de Minas Gerais) - Email: nagelasantos13@gmail.com; Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia, Belo Horizonte, MG, CEP: 30130-100; Tel: +55 31 3409-8025.
2. Ms. Juliana Lemos Rabelo. Enfermeira Saúde Mental no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - HC-UFGM. E-mail: julianarabelo.saude@gmail.com. Ambulatório Borges da Costa - Serviço de Psiquiatria - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais - Avenida Alfredo Balena, 190 – CEP 30.130-100. Santa Efigênia, Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil.
3. Amanda Alves da Silva Lopes. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: amandanstb@gmail.com. Tel: +55 31 9568-0162
4. Jerlianne Ribeiro de Oliveira - Enfermeira Acadêmica de Enfermagem Obstétrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: jerlianneribeiro@hotmail.com. Tel: +55 31 9 9807-1232.

### **Comitê de Ética em Pesquisa**

1. Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - E-mail: coep@prpq.ufmg.br; Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte, MG. CEP 31270-901/Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005; Tel: +55 31 3409-4592.

