



CENTRO UNIVERSITÁRIO FUNVIC



Credenciado pela portaria nº. 1.270, de 04/07/2019, D.O.U. nº 128, seção 1, pág. 59, de 05/07/2019

Daniele Deisiane de Almeida

**ABORTO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA POLÍTICO-SOCIAL
ACERCA DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

**Pindamonhangaba - SP
2019**



Daniele Deisiane de Almeida

**ABORTO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA POLÍTICO-SOCIAL
ACERCA DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Artigo apresentado como parte dos requisitos para obtenção do diploma de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Enfermagem da UNIFUNVIC – Centro Universitário FUNVIC.

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Irene Sprogis dos Santos

Almeida, Daniele Deisiane de.

Aborto: uma análise histórica político-social acerca de um problema de saúde pública /

Daniele Deisiane de Almeida / Pindamonhangaba-SP : UNIFUNVIC – Centro

Universitário FUNVIC, 2019.

27f. : il.

Artigo (Graduação em enfermagem) UNIFUNVIC-SP.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sandra Irene Sprogis dos Santos

1 aborto. 2 humanização. 3 feminismo. 4 religião. 5 política.

I Aborto: uma análise histórica político-social acerca de um problema de saúde pública. II

Daniele Deisiane de Almeida.

Daniele Deisiane de Almeida

**ABORTO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA POLÍTICO-SOCIAL ACERCA DE UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Artigo apresentado como parte dos requisitos para obtenção do diploma de Bacharel em Enfermagem pelo Curso de Enfermagem UNIFUNVIC– Centro Universitário FUNVIC.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Irene Sprogis dos Santos

Data: 12/12/2019

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Professora Ma. Denise Pereira de Lima Carvalho. UNIFUNVIC.

Assinatura _____

Professora Esp. Débora Laura França Costa e Silva. UNIFUNVIC.

Assinatura

Suplência da Banca Professora Esp. Deisi Lúcia Ribeiro. UNIFUNVIC.

Assinatura _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado forças de superar os mais diversos obstáculos pelos quais passei para chegar até aqui! Agradeço aos professores que passaram por essa longa trajetória, trazendo conhecimento, apoio, e motivação para que eu quisesse dar o meu melhor! E foi isso que eu fiz, me doei de corpo e alma a esse incrível projeto. Agradeço aos amigos e familiares, que estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis, e não desistiram de mim, acreditaram e me encorajaram a busca meus sonhos!

Este trabalho se encontra em formato de artigo, conforme as normas da Revista Ciência e Saúde On-line (Anexo 1).

ABORTO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA POLÍTICO-SOCIAL ACERCA DE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

ABORTION: A HISTORICAL SOCIAL POLICY ANALYSIS ABOUT A PUBLIC HEALTH PROBLEM

Daniele Deisiane de Almeida^{1*}, Sandra Irene Sprogis dos Santos ².

¹ Curso de Enfermagem, Centro Universitário UniFUNVIC – Pindamonhangaba, SP.

² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo, Curso de Enfermagem Centro Universitário UniFUNVIC – Pindamonhangaba, SP.

* Correspondência: daniele_deise@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo tecer uma contextualização histórica, política e social acerca dos principais agentes ativos a respeito da discussão sobre aborto. Procurou-se evidenciar a origem, pontos divergentes, estudos estatísticos pertencentes ao tema que comprovassem como a construção social do Ser Mulher, gera cobranças e julgamentos, em questões como o aborto, impactando no atendimento recebido através dos profissionais de saúde, e consequentemente na vida das mulheres que passam pelo procedimento, assim como os índices de mortalidade materna e consequentemente, índices de saúde pública. Ao longo dessa contextualização, analisou-se a influência da igreja, o surgimento e ascensão do feminismo enquanto força opositora que pretendia aumentar a permissibilidade da legislação brasileira, como esses embates ocorreram dentro do Congresso Nacional ao longo do tempo, e a influência destes acontecimentos dentro do âmbito hospitalar, no cuidado direto a essas pacientes. O método utilizado para compor esta pesquisa foi o levantamento bibliográfico, seguindo preceitos de estudos exploratórios a partir de material já elaborado, constituído de artigos científicos. Conclui-se que a discussão acerca do aborto mesmo sendo documentado desde a antiguidade, sofreu diversas influências de movimentos sociais antagônicos, como por exemplo, movimentos religiosos e feministas, contribuindo para que até a atualidade em muitos países não se chegasse em um denominador comum que beneficiasse exclusivamente a saúde das reprodutiva feminina.

PALAVRAS-CHAVE: aborto; humanização; feminismo; religião; política.

ABSTRACT

The present article aims to weave a historical context, political and social on the main active agents about the discussion on abortion. We tried to show the origin, divergent, studies statistics pertaining to the subject which would conclusively prove how the social construction of Womanhood, generates charges and judgments, on issues such as abortion, impacting the care received trough of health professionals, and consequently in life women who go through the procedure, as well as maternal mortality rates and consequently, public health indices. Along this context, we analyzed the influence of the church, the rise and rise of feminism as opposing force that wanted to increase the permissibility of Brazilian legislation, as these clashes took place within the Congress over time, and the influence of these events within the hospital environment, in direct care to these patients. The method used to compose this research was the literature review, following precepts of exploratory studies from already prepared material, consisting of scientific articles. We conclude that the discussion about abortion even being documented since antiquity, has undergone several influences of antagonistic social movements, such as religious and feminist movements, helping to the present in many countries do not come to a common denominator only benefit the health of the female reproductive.

KEY WORDS:abortion; Humanization; feminism; religion; politics.

INTRODUÇÃO

O aborto é uma das principais causas de morte materna no mundo, e sua maior incidência acontece em países que ainda se encontram em desenvolvimento. Por isso, estima-se que no Brasil ocorram mais de um milhão de abortamentos ao ano.¹

De acordo com Motta² em seu estudo realizado com mulheres jovens de 15 a 30 anos, verificou-se que mulheres ao serem questionadas pelas pesquisas, descreviam falta de respeito dos profissionais para com as pacientes, e que os mesmos também expressaram sua insatisfação em realizar o atendimento. O mesmo estudo ainda destaca a necessidade desses profissionais em assumir seu papel para além do cuidado do corpo biológico dessas mulheres, e promover cuidados mais humanizados que enxergem-nas em sua totalidade, levando em conta o processo biopsicosocial. Notou-se que as pacientes sofreram um processo de despersonalização, onde apenas seu quadro clínico foi tratado, entretanto o acolhimento numa situação de tamanha vulnerabilidade se faz imprescindível. Evidenciando que a humanização por meio da equipe de enfermagem, que presta cuidados a pacientes em processo de abortamento, é falha, podendo até mesmo gerar “cuidados inadequados”, que são justificados pelas crenças pessoais desses profissionais, e que infelizmente findam na insegurança da paciente para com o profissional.

Verifica-se que a atuação da equipe de saúde tem o poder de prestar um atendimento que promova a manutenção da vida - ou induzir ao medo -, devido à violência psicológica ou negligência no tratamento de abortos incompletos, acarretando em incontáveis mortes de mulheres tanto em casos espontâneos como nos induzidos.³⁻⁵

Quando a mulher recorre ao aborto inseguro, fica exposta ao risco dos agravos a sua saúde e até à morte. Além disso, enfrenta também o sofrimento moral decorrente de um processo judicial que pode levar a sua condenação.⁶

É relevante deixar claro para os profissionais da área da saúde o quão importante é agir de forma humanizada com mulheres que passam por um processo tão delicado como é o aborto. De acordo com O Código de Ética dos profissionais de Enfermagem,⁷ conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem- 160/93, diz o seguinte: “Art. nº 28. Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente; e o Código de Ética Médica”,⁸ em resolução do Conselho Federal de Medicina nº1246/88, também afirma:” Art. nº63. É vetado ao médico desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sobre seus cuidados”⁹. É relevante destacar também o quanto o julgamento ineficaz pode prejudicar tanto o atendimento quanto gerar profundos traumas, que se estabelecem na sociedade.

Assim, o objetivo desse trabalho é tecer uma contextualização histórica, sobre os agentes que permeiam a discussão sobre o aborto no Brasil, e evidenciar a relação entre a construção

histórica do Ser mulher e como a frustração dessa ideia, leva profissionais de saúde a falhas no processo de humanização para com as pacientes.

MÉTODOS

Para alcançar o objetivo do trabalho optou-se em realizar um levantamento bibliográfico, seguindo os preceitos de estudo exploratórios, a partir de material já elaborado constituído de artigos científicos e manuais de saúde. Não se estabeleceu uma data para obtenção dos dados, visto que houve o enfoque histórico do assunto abordado.

Após a determinação do tema a ser pesquisado iniciou-se a busca nas bases de dados selecionadas para identificação dos estudos que foram analisados. Ao obter todo o acervo encontrado, foi necessário selecionar para determinar quais dos trabalhos seriam incluídos para fundamentação do estudo. Para a realização do estudo foram pesquisadas as seguintes bases de dados: Ministério da Saúde; Scielo; Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações; Revista Eletrônica de Enfermagem entre outras.

Os descritores utilizados foram estruturados e organizados para facilitar assim o acesso às informações, utilizando-se os seguintes termos: aborto; humanização; feminismo; religião; política.

RESULTADOS

Autores	Objetivo	Resultados
Motta I ²	Avaliar as características qualitativas da relação interpessoal entre os profissionais de saúde e a mulher com abortamento incompleto durante o atendimento hospitalar.	Notou-se que a relação interpessoal entre cliente e profissional foi eminentemente técnica, desconsiderando-se os demais aspectos que integram o ser feminino. Além da necessidade de privacidade e respeito diante de um problema que muitas vezes não é compreendido, os profissionais de saúde, ao prestarem assistência, expuseram seus próprios preconceitos e julgamentos negativos acerca da mulher sob seus cuidados.
Corrêa S ¹²	Estimar a magnitude da prática de abortamento realizado por decisão da mulher, em condições clandestinas e inseguras. Análise foi desenvolvida a partir do volume de procedimentos de curetagem pós-abortamento realizados	Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de gestações, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento. Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em abortamento. Estima-se haver ocorrência anual de 1.443.350 abortamentos, com taxa de 3,7

Autores	Objetivo	Resultados
Cont.	nos sistemas públicos de saúde dos cinco países investigados.	abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores encontrados em países da Europa ocidental, nos quais a prática do aborto é legal e acessível. Atualizados para o período 1994/1996, a incidência estimada de abortamentos provocados no País, apesar do decréscimo, situou-se ainda em patamares elevados, em 1996, entre 728.100 e 1.039.000, estimativa média e máxima, respectivamente.
Madeiro A, Rufino A ²¹	Recuperar histórias de violência institucional entre mulheres que provocaram o aborto em condições ilegais e inseguras. Foram entrevistadas 78 mulheres internadas em um hospital público de referência em Teresina por complicações do aborto provocado.	Práticas discriminatórias e de maus-tratos durante a assistência foram relatadas por 26 mulheres, principalmente entre aquelas que confessaram a indução do aborto. Julgamento moral, ameaças de denúncia à polícia, negligência no controle da dor, longa espera pela curetagem uterina e internação conjunta com puérperas foram os principais tipos de violência institucional narrados.
Gomes A, Luz M ²²	Investigar a experiência humana da hospitalização do ponto de vista das pacientes internadas em um hospital público, localizado em Fortaleza, capital do Ceará, no Nordeste brasileiro.	Os resultados revelaram 225 experiências distintas de hospitalização narrados pelos pacientes. A maioria (83,6%) dos acontecimentos foi interpretada como “desprezo” e “humilhação”.
Souza E, Baldwin J ²⁴	Traçar o papel histórico-político das mulheres do Brasil Colonial até o movimento feminista moderno, com enfoque em planejamento familiar, creches e violência contra a mulher. Examinando a influência das normas culturais do machismo e do marianismo.	Descrevem a construção do papel de gênero feminino, e ainda o fenômeno social, chamado marianismo, onde o ideal feminino, passa pelas características de Virgem Maria, descritas pelo autor como sendo extrema feminilidade, passividade e auto abnegação. O fenômeno teve sua origem e construção nos tempos coloniais, quando a sexualidade da mulher era circunscrita pela escravidão, o que contribuiu para o longo processo de domesticação da mulher no sentido de torná-la responsável pela casa, a família, o casamento e a procriação, ligando-a à pureza da Virgem Maria.
Rosadonunes ²⁸	Apresentar um balanço crítico dos estudos e pesquisas existentes sobre aborto e religiões no Brasil, entre 1976 e 2007. Ressaltando os avanços e lacunas em relação à questão, incluindo os desafios metodológicos encontrados.	destaca que embora não seja grande o número de publicações que tratam o binômio religião-aborto, a maioria das pesquisas referentes à religião, indicam inúmeras interferências no debate social a respeito do aborto. Destaca-se a dificuldade de dissociação dos dois temas, especialmente em contextos como o do Brasil e da América La-

Autores	Objetivo	Resultados
Cont.		tina, em que prevalece um conjunto de costumes e práticas religiosas extremamente fortes e uma presença política significativa das igrejas cristãs, em particular da Igreja Católica.
Ipea ³¹	Apresentar um conjunto de informações que mostre como os movimentos de presença e ausência das mulheres nos diferentes espaços do mundo do trabalho possibilitaram, ao longo da última década, alguns avanços e muitas permanências.	Analisou dados que mostram, apesar da evolução, que o perfil histórico de ocupação ainda mantém diferenças entre homens e mulheres. Os homens, negros ou brancos, continuam sendo a maioria no mercado de trabalho, com uma taxa de 80% de presença, enquanto as mulheres dos dois grupos raciais não chegavam a 60% de ocupação em postos de trabalho.
Santin M ³²	Mostrar a interferência da Igreja no Legislativo no intuito de impedir a aprovação de projetos que asseguram direitos reprodutivos das mulheres. A socióloga analisa, especialmente, a movimentação da Igreja Católica para impedir a votação do PL 20/91. O projeto autoriza a interrupção da gravidez em casos de gestação causada por estupro ou risco de vida da mãe, um direito previsto no Código Penal há 60 anos.	Constatou-se que as religiões têm um importante papel na sociedade, pois têm influência sobre seus fiéis ao direcioná-los para determinadas escolhas políticas por meio de seus princípios e doutrinas. Observou-se através da publicação que igrejas e organismos religiosos se articulam de maneira a gerar influência nos espaços da sociedade política, e civil, buscando resultados legislativos ou administrativos que favoreçam suas tendências ideológicas.
Rocha M ³⁴	Estudar o processo político de discussão e decisão sobre a questão do aborto no Congresso Nacional em suas atividades ordinárias procurando perceber neste processo político a presença do Poder Executivo e principalmente a pressão de grupos políticos e sociais.	Determinou a igreja católica, alguns seguimentos da categoria médica, o movimento feminista, e igrejas evangélicas como os principais atores políticos envolvidos na discussão. Elucidando que as ações parlamentares cresceram progressivamente de 1946 a 1995, apesar de maior parte das dessas ações serem favoráveis ao aborto. Das 49 proposições apresentadas nesse período, apenas duas foram aprovadas.
Rocha M, Rostagnol S, Gutierrez M ³⁵	Desenvolver um estudo comparativo entre Brasil, Argentina e Uruguai analisando as leis e ações de vários atores a partir da redemocratização na década de 1980 em relação à descriminalização e / ou legalização do aborto. Foram analisados os avanços e contratempos visualizados no período a	Na primeira, entre as décadas de 1940 e 1970, o debate foi incipiente e restrito, sobretudo quando se considera a participação dos atores políticos. A segunda etapa correspondeu à intensificação do debate nos anos 1980, período de transição da ditadura instaurada em 1964 para a democracia, devido à maior atuação dos movimentos sociais no debate

Autores	Objetivo	Resultados
Cont.	ser estudado, bem como a importância de manter o tema na agenda pública e nos meios de comunicação de massa.	público, entre eles os movimentos de mulheres. A partir da década de 1990, tem-se a consolidação desse debate, com a ampliação não apenas da representação feminina no Congresso mas também o aumento do número de congressistas vinculados a denominações religiosas.
Miguel L, Biroli F, Mariano R ³⁶	Discutir como se deu o debate sobre aborto na Câmara dos Deputados brasileira, analisando a totalidade dos discursos sobre a questão pronunciados em plenário, no período de 24 anos que vai da 49ª à 54ª legislaturas (de fevereiro de 1991 até janeiro de 2015).	Foram analisados 915 discursos, com um mapeamento do sexo e partido dos parlamentares, posições sobre aborto e argumentos mobilizados para sustentá-las ao longo do período analisado. Os dados resultantes mostram que o direito ao aborto tem sido uma questão em ascensão no debate público brasileiro que tem causado reações extremas e passionais até a os dias atuais, tomando um relativo destaque na política institucional.

DISCUSSÃO

De acordo com Carvalho¹⁰ o aborto é caracterizado pelo do fim de uma gestação, antes mesmo de o feto ser viável, ou seja, antes de 22 semanas ou quando o peso for menor que 500g. Estima-se que de 10% a 15% dos diagnósticos de gravidez realizados pelo hormônio gonadotrofina coriônica (hCG) sanguíneo ou pela ultrassonografia, terminam em aborto.

Deste modo, o aborto é diagnosticado pela realização de um exame clínico, ultrassonografia pélvica ou transvaginal, para confirmar a gestação e/ ou para constatar se o aborto foi completo ou não, e confirmar a idade gestacional.

Segundo Traina¹¹ existem algumas possíveis classificações do abortamento, podendo ele ser inevitável, que é quando o concepto não tem chance de sobrevivência, e é caracterizado por dores intensas, hemorragia, podendo haver ou não, dilatação do colo uterino, e através deste, a eliminação total (aborto completo), ou parcial (aborto incompleto) do concepto. De acordo com os mesmos autores existe também o aborto infectado, que em geral decorre de uma tentativa malsucedida de abortamento provocado de forma ilegal, onde permanecem no útero resquícios conceptuais, é caracterizado pela sintomatologia de um aborto incompleto, acompanhado de sinais de infecção

como dor local intensa, eliminação de material com odor fétido, útero amolecido, febre e taquicardia. Essa infecção pode estar restrita ao útero em casos menos graves, entretanto em casos complicados, a infecção pode atingir peritônio, e anexos ou se generalizar e evoluindo para septicemia atingindo altos índices de mortalidade materna.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, metade das gestações é indesejada, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-las. Estima-se que na América Latina e no Caribe ocorram anualmente 18 milhões de gestações, sendo que destas 52% não foram planejadas, com 23% terminando em abortamento. Para o Brasil, calcula-se que 31% das gestações terminam em abortamento. Estima-se haver ocorrência anual de 1.443.350 abortamentos, com taxa de 3,7 abortos/100 mulheres de 15 a 49 anos, bastante superior aos valores encontrados em países da Europa ocidental, nos quais a prática do aborto é legal e acessível. Atualizados para o período 1994/1996, a incidência estimada de abortamentos provocados no País, apesar do decréscimo, situou-se ainda em patamares elevados, em 1996, entre 728.100 e 1.039.000, estimativa média e máxima, respectivamente.¹²

Em países em que as mulheres têm acesso a serviços seguros, suas probabilidades de morrer em decorrência de abortamento realizado com métodos modernos não é maior do que uma para cada 100.000 procedimentos.¹³ Em países em desenvolvimento, o risco de morte por complicações de procedimentos de abortamento inseguro é várias vezes mais alto do que de abortamento realizado por profissionais e em condições seguras.¹⁴

O abortamento representa uma das principais causas de mortalidade materna no Brasil. Em uma pesquisa realizada em 2003, por Laurenti et al., em todas as capitais e no Distrito Federal, pode-se identificar um fator de correção de 1.4 a ser aplicado à razão de mortes maternas, evidenciando valor corrigido de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no país, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos, onde essas taxas de morte, especificamente por aborto, são reduzidas. Entre 1995 e 2000, estatísticas de vários países europeus mostram taxas inferiores a 10 óbitos/100.000 nascidos vivos, com o abortamento sendo realizado em condições seguras, não se constituindo mais importante causa de óbito.¹⁵

A despeito da subnotificação dos óbitos por abortamento, tem sido observada, nas últimas décadas, tendência de declínio da taxa de mortalidade por essa causa no Brasil. Entretanto, verifica-se não só decréscimo da média de idade das mulheres que foram a óbito, como também a permanência de desigualdades regionais, com menor redução dessas taxas nos estados nordestinos. É também nesta região do país onde as mortes decorrentes do abortamento inseguro adquirem mais importância entre as causas de morte materna. Em municípios da região metropolitana do Recife, incluindo a capital, entre 1994 e 1996, o abortamento ocupou, respectivamente, o primeiro e segundo lugar deste grupo de causas, decrescendo nos anos seguintes^{16,17}, em Salvador, desde o início da década de 90, o abortamento permanece como a primeira causa isolada de morte materna, com adolescentes e jovens apresentando maiores riscos de morte.^{18,19}

Considerando que a mortalidade representa apenas a ponta do iceberg, os dados referentes à hospitalização por abortamento confirmam a magnitude desse problema.

A curetagem pós-abortamento representa o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de serviços de saúde, superada apenas pelos partos normais. As repercussões sociais na vida pessoal, familiar e no mundo do trabalho precisam ser analisadas e respeitadas, na medida em que o abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou implicando sequelas à sua saúde física, mental e reprodutiva. Complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade se somam aos transtornos subjetivos, ao se vivenciar o ônus de uma escolha inegavelmente difícil num contexto de culpabilização e penalização do abortamento. No Brasil, sua prática se traduz numa inequívoca expressão das desigualdades sociais, pois, embora compartilhem a mesma situação ante a ilegalidade da intervenção, as mulheres percorrem distintas trajetórias, com uma minoria delas podendo arcar com os custos de um abortamento rápido, seguro e sem riscos. A maior parcela da população feminina recorre a várias estratégias inseguras que, frequentemente, se complicam e acarretam mortes maternas por abortamento. A necessidade de atenção oportuna é imperiosa, dada a dificuldade das mulheres em reconhecer sinais de possíveis complicações, aliada ao fato de que o medo e a vergonha são fatores que podem retardar a busca de cuidado. Não menos importante que esses aspectos, faz-se necessário superar a discriminação e a desumanização do atendimento às mulheres em situação de abortamento, ainda uma realidade de muitos serviços públicos no País. São expressões disso não só a recusa da internação em certos hospitais ou a longa espera para atendimento, como também a demora na resposta às demandas das mulheres, seja por desqualificação dos sintomas, seja por tomá-los como expressão de suposto sentimento de culpa por terem provocado o abortamento.²⁰

O tratamento a mulheres que passaram por processo de abortamento, precisa ser revisto com urgência, para que a sobrevida, e impacto na vida dessas mulheres, bem como em nossa sociedade, sejam diminuídos e as mulheres passem a ter tratamentos mais dignos e humanitários, principalmente, em situações de extrema vulnerabilidade como o abortamento.

O artigo de Madeiro e Rufino²¹ recuperou histórias de violência institucional entre mulheres que provocaram o aborto em condições ilegais e inseguras, onde foram entrevistadas 78 mulheres internadas em um hospital público de referência em Teresina por complicações do aborto provocado. Práticas discriminatórias e de maus-tratos durante a assistência foram relatadas por 26 mulheres, principalmente entre aquelas que confessaram a indução do aborto. Julgamento moral, ameaças de denúncia à polícia, negligência no controle da dor, longa espera pela curetagem uterina e internação conjunta com puérperas foram os principais tipos de violência institucional narrados. As práticas de violência institucional na assistência ao aborto provocado violam o dever de acolhimento do serviço de saúde e impedem que as mulheres tenham suas necessidades de saúde atendidas. O mesmo comportamento discriminatório de funcionários da saúde para com mulheres que passaram por um aborto provocado, pode ser visto em muitos outros artigos como o das doutoras Gomes, Nations, e Luz intitulado “Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro²²” ou já referido, de “A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”², entre outros.

A cartilha sobre o aborto seguro da OMS traz a fundamentação dos principais argumentos utilizados em defesa do aborto como um direito humano, e principalmente, de saúde pública. Evidenciando que “são realizados 22 milhões de abortamentos inseguros, e quase todos (98%) desses acontecem em países em processo de desenvolvimento”; também realiza uma estimativa de que cinco mulheres começaram a sofrer as consequências de disfunções físicas ou mentais, subsequente de um abortamento inseguro, e aproximadamente 47 mil mortes relacionadas à gravidez são decorrentes de complicações em abortamentos inseguros. Ainda de acordo com a OMS, mesmo que o planejamento familiar venha melhorando, com os avanços que os anticoncepcionais trouxeram, estima-se que 33 milhões de mulheres em uso de anticoncepcional fiquem grávidas acidentalmente todo ano, fazendo com que parte dessas gravidezes cheguem a se tornar abortamentos induzidos. Ainda que o abortamento seja feito com todas as restrições legais ou esteja absolutamente disponível, as chances de uma mulher tentar interromper uma gravidez não desejada, é praticamente a mesma. Entretanto, barreiras legais fazem com que muitas mulheres procurem por profissionais não especializados ou formas inseguras de realizar esse abortamento.²³

O abortamento ser legal ou não, não produz nenhum efeito sobre a necessidade de praticá-lo, porém, afeta dramaticamente o acesso das mulheres a um abortamento em condições seguras. Nos lugares onde a legislação permite abortamentos segundo indicações amplas, a incidência e as complicações de um abortamento inseguro em geral são menores do que nos lugares onde o abortamento legal está mais restrito. Em quase todos os países, a lei permite o abortamento para salvar a vida da mulher e na maioria dos países o abortamento está permitido para preservar a saúde física ou mental da mulher. Portanto, é necessário oferecer acesso ao abortamento seguro, conforme indicado por lei. O abortamento inseguro, a morbidade e a mortalidade associadas às mulheres podem ser evitados. Consequentemente, todas as mulheres devem contar com serviços de abortamento disponíveis e acessíveis na medida em que a lei permitir.²³

Souza e Baldwin²⁴ em seu artigo descrevem a construção do papel de gênero feminino, e ainda o fenômeno social, chamado marianismo, onde o ideal feminino, passa pelas características de Virgem Maria, descritas pelo autor como sendo extrema feminilidade, passividade e auto abnegação. O fenômeno teve sua origem e construção nos tempos coloniais, quando a sexualidade da mulher era circunscrita pela escravidão, o que contribuiu para o longo processo de domesticação da mulher no sentido de torná-la responsável pela casa, a família, o casamento e a procriação, ligando-a à pureza da Virgem Maria — “provedora, piedosa, dedicada e assexuada”.

O “Ser Mulher” é uma das representações sociais mais fortemente difundidas na sociedade, e a maternidade encontra-se em evidência como um papel social, por excelência, a ser desempenhado por mulheres. Os filhos têm, assim, um lugar central na família contemporânea, representando para os pais uma fonte de gratificação pessoal.²⁵ Há de se considerar os embates que se dão em função da idealização – indevida – do papel de ser mulher, Alvarez²⁶ salienta que a maternidade está mais para um projeto referencial do “Ser Mulher”, e que a liberdade sexual

feminina vinda através do feminismo trouxe a desvalorização da maternidade, e do projeto de família tradicional. Vale ressaltar que o papel referido pelo autor, atualmente, mostra-se antiquado e anacrônico, pois hoje com o acesso cada vez maior das mulheres ao mercado de trabalho a definição tradicional de mulher abnegada atrelada à maternidade perdeu seu atrativo. Muitas mulheres temem ver seu papel de mãe servir como obstáculo a suas aspirações pessoais e profissionais. Brazelton e Cramer²⁷ falam sobre as mudanças pelas quais a mulher passa ao longo de sua gestação, evidenciando a maternidade não é intrínseca e instintiva, e ainda que gere grandes satisfações, também gera inseguranças, medos, e angústias, principalmente ligados ao gerenciamento de suas atividades pessoais/ profissionais com a maternidade.

Rosado-Nunes²⁸ em sua pesquisa destaca que embora não seja grande o número de publicações que tratam o binômio religião-aborto, a maioria das pesquisas referentes à religião, indicam inúmeras interferências no debate social a respeito do aborto. Destaca-se a dificuldade de dissociação dos dois temas, especialmente em contextos como o do Brasil e da América Latina, em que prevalece um conjunto de costumes e práticas religiosas extremamente fortes e uma presença política significativa das igrejas cristãs, em particular da Igreja Católica. Essa igreja tem um ideário a respeito das mulheres que continua a diferir radicalmente daquele do movimento feminista, deste modo, entra em conflito com suas reivindicações, invocando fundamentalmente seus direitos, relativos a todos os âmbitos de sua vida – privada e pública. Enquanto o feminismo construiu um novo campo de legalidades, incluindo a sexualidade e a reprodução entre os direitos humanos fundamentais das pessoas, especialmente das mulheres, no campo católico, e em parte do campo protestante e evangélico, as concepções tradicionais acerca do sexo e o agenciamento humano na reprodução devem-se à inscrição dessas áreas da vida humana na natureza, dada por Deus e imutável, contrariando a construção feminista da reprodução como campo de direitos e de efetivação da cidadania.

De acordo com Leal²⁹ a maternidade e a gravidez, são temas que embora tenham a mesma origem, sendo a origem de uma nova vida, não são de forma alguma sinônimos, pois se tratam de vivências distintas, trazendo, conseqüentemente, vivências psicológicas diferentes.

Ainda acerca desse assunto, Leal³⁰ ratifica que, a partir do momento que se descobre uma gravidez indesejada, existem duas possibilidades com as quais a mulher se depara, sendo: levar a diante ou não a gravidez. E é natural que ela avalie as vantagens e as desvantagens de ambas as alternativas, de acordo com seus preceitos éticos e morais, relacionados ao aborto induzido e à maternidade, do quanto se deseja aquela gestação, as possíveis perdas de privilégios, para si e para os outros, e o julgamento de aprovação ou não vindo do outro.

Souza e Baldwin²⁴ destacam que o movimento feminista surge de uma nova forma sob a influência da conjuntura histórica nos anos 70, que parte do questionamento do dito papel feminino. O conjunto do clima intelectual e cultural do mundo era propício para tal avanço, que se deu na metade dos anos 70, onde as mulheres de classe média, de nível universitário, e mulheres pobres, sem educação básica, organizaram movimentos para que suas reivindicações políticas feministas fossem incluídas no sistema político brasileiro. As principais influências para a força que o movimento tomou no Brasil, se deu em primeiro lugar no âmbito político, pelo enfraquecimento da ditadura militar em 1975. Simultaneamente o então presidente Ernesto Geisel seguia a influência mundial, e dava mais liberdade a movimentos políticos, e ainda permitiu que as mulheres realizassem encontros, demonstrações e conferências para comemorar o Dia Internacional da Mulher. O segundo fator para a ascensão feminista na metade da década de 70 se deu através da consolidação da mulher no mercado de trabalho, fazendo com que estas ocupassem seu espaço na economia. Os autores citam estatísticas que demonstram que na década de 70, a população feminina brasileira economicamente ativa vinha aumentando (18,5% para 26,9%), bem como, sua participação em posições administrativas quase dobraram entre 1960 e 1980 – de 8,2% para 15,4%. O número de mulheres em profissões de alto prestígio (p. ex., engenheiras, economistas, médicas, professoras universitárias e advogadas) cresceu aproximadamente 400% nessa década, de 19.000 em 1970 para 95.800 em 1980. Em 1980, já havia aproximadamente o mesmo número de homens e mulheres brasileiros nas universidades (689.000 homens e 663.000 mulheres), demonstrando assim o crescente avanço social que as mulheres vinham tendo. Já na década de 90, o número de mulheres que trabalhava para subsidiar a família mantinha-se em ascensão, com as mulheres formando 51% da força de trabalho e 45% de todos os eleitores registrados.

A pesquisa “Mulheres e trabalho: breve análise do período 2004-2014”³¹, analisou dados que mostram, apesar da evolução, que o perfil histórico de ocupação ainda mantém diferenças entre homens e mulheres. Os homens, negros ou brancos, continuam sendo a maioria no mercado de trabalho, com uma taxa de 80% de presença, enquanto as mulheres dos dois grupos raciais não chegavam a 60% de ocupação em postos de trabalho. A renda também melhorou nos últimos dez anos, 2004 a 2014, mas não foi suficiente para equiparar os ganhos entre gênero e raça. O trabalho doméstico continua sendo um dos líderes entre os postos ocupados por mulheres, concentrando 14% da população feminina, ou 5,9 milhões. As mulheres negras são maioria entre as trabalhadoras domésticas: 17,7%, contra 10% das brancas.

E por último, a Igreja católica, que esteve ao lado das elites por séculos, tomou uma nova posição no Brasil por volta dos anos 70, voltando-se às necessidades das massas, dando-se assim o Terceiro fator histórico que possibilitou a ascensão do feminismo. Através da Teologia da

Libertação que deu apoio social aos oprimidos, em função da sensibilização dos padres para com os trabalhadores e os pobres com relação a sua situação difícil e, em alguns casos, forneceram estratégias para que eles se dirigissem à elite e ao governo.²⁴

A igreja católica vem ganhando força do congresso nacional, e Myriam Santin³² analisou em sua pesquisa a interferência disso no cenário político, constatando que as religiões tem um importante papel na sociedade, pois têm influencia sobre seus fieis ao direcioná-los para determinadas escolhas politicas por meio de seus princípios e doutrinas. Observou-se através da publicação que igrejas e organismos religiosos se articulam de maneira a gerar influencia nos espaços da sociedade politica, e civil, buscando resultados legislativos ou administrativos que favoreçam suas tendencias ideológicas. Essa questão foi posteriormente enfocada em sua tese de doutorado, argumentando que a igreja católica encontrou sérias dificuldades para aceitar e conviver com a ampliação e conquista dos direitos sexuais e reprodutivos. Para a autora, isso se deve a visão biológica da sexualidade e reprodução defendida pela instituição e sua não aceitação da modernidade e do reconhecimento que ela faz da autonomia dos indivíduos no uso de seu corpo e subjetividade e em sua crença de que indivíduo-cidadão, esfera-pública e esfera privada são indissociáveis.³³

Rocha³⁴ realiza uma pesquisa que determina que os principais agentes político-sociais que participam do debate acerca do aborto no Congresso Nacional são: a igreja católica, alguns seguimentos da categoria médica, o movimento feminista, e igrejas evangélicas. Elucidando que as ações parlamentares cresceram progressivamente de 1946 a 1995, apesar de maior parte das dessas ações serem favoráveis ao aborto. Das 49 proposições apresentadas nesse período, apenas duas foram aprovadas.

Em sua análise do debate a respeito do aborto no Congresso Nacional, Rocha, Rostagnol e Gutierrez³⁵ identificaram três etapas. Na primeira, entre as décadas de 1940 e 1970, o debate foi incipiente e restrito, sobretudo quando se considera a participação dos atores políticos. A segunda etapa correspondeu à intensificação do debate nos anos 1980, período de transição da ditadura instaurada em 1964 para a democracia, devido à maior atuação dos movimentos sociais no debate público, entre eles os movimentos de mulheres. A partir da década de 1990, tem-se a consolidação desse debate, com a ampliação não apenas da representação feminina no Congresso – considerando sobretudo a chegada de mulheres cujas trajetórias estão relacionadas aos movimentos de mulheres e feministas – mas também o aumento do número de congressistas vinculados a denominações religiosas.

Uma pesquisa realizada em 2017 traz dados do debate sobre a questão do aborto ocorrido na Câmara dos Deputados brasileira entre 1991 e 2014. Foram analisados 915 discursos, com um mapeamento do sexo e partido dos parlamentares, posições sobre aborto e argumentos mobilizados para sustentá-las ao longo do período analisado. Os dados resultantes mostram que o direito ao aborto tem sido uma questão em ascensão no debate público brasileiro que tem causado reações extremas e passionais até a os dias atuais, tomando um relativo destaque na política institucional. Foi um ponto importante nas campanhas eleitorais presidenciais de 2010 e 2014 e entrou na pauta de muitas candidatas e candidatos ao Poder Legislativo em todo o país. Recebeu também atenção no Congresso Nacional, na forma de pronunciamentos em plenário, de audiências públicas nas comissões e de projetos de lei. Mas, sobretudo a partir dos anos 2000, essa movimentação ocorreu na forma de uma reação, na qual sobressaem as estratégias de grupos religiosos, especialmente católicos e evangélicos, mas também espíritas. Com isso, o debate nas eleições e nas arenas legislativas, no Brasil, tem sido muito mais unilateral do que em outros espaços sociais. Tal configuração é efeito da maior prioridade dos grupos religiosos para essa temática, ligada a influencias entre líderes religiosos e seus fiéis, bem como a não aceitação da presença de grupos progressistas, no âmbito do Poder Executivo, resultantes de uma maior permeabilidade à agenda dos movimentos feminista. Essa situação mudou após o golpe de 2016, que destituiu a presidente Dilma Rousseff, evidenciando o caráter conservador que o congresso brasileiro vem tomando.³⁶

Nesse ambiente político, defensoras dos direitos das mulheres, dentro e fora do Congresso Nacional, têm se dedicado principalmente a impedir retrocessos numa legislação que já é bastante restritiva. Desde 1940, o Código Penal brasileiro tipifica o aborto como crime, punível com prisão, com o abortamento legal sendo previsto apenas em caso de gravidez resultante de estupro ou de risco de vida para a mulher.³⁶

Uma terceira exceção foi acrescentada há pouco tempo, em 2012, por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) tomada a partir da Ação de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 54, formalizada em 2004 pela Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde. Ela permite a interrupção da gestação em casos de anencefalia fetal para uma análise bem documentada da discussão sobre aborto no caso de anencefalia fetal e sobre pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil.³⁷

É um fato que marca o descompasso nos ambientes dos três poderes, não apenas no caso do aborto, mas de maneira mais ampla, na agenda dos direitos no âmbito da sexualidade e da conjugalidade. Como exemplo o direito ao casamento entre pessoas do mesmo sexo foi garantido pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2011, determinando avanços que não foram possíveis no Legislativo, embora estejam presentes em iniciativas como o Projeto de Lei nº 2285/2007. São

casos como esses que reforçam a interpretação de que, no Brasil, o Judiciário tem definido progressos nos direitos dos homossexuais enquanto o Legislativo tem uma posição conservadora, devido sobretudo à ação organizada dos grupos religiosos.³⁸

CONCLUSÃO

Foi possível observar por meio desta pesquisa, as razões sociais construídas ao longo da história que evidenciam a notável ascensão de pautas progressistas, e o próprio feminismo dentro do cenário político e social. Entretanto, o conservadorismo no cenário atual vem sofrendo uma crescente onda de ascensão, enquanto que as representações dos movimentos feministas dentro do congresso atual lutam apenas para não permitir retrocessos nos direitos das mulheres.

Esse visível avanço do conservadorismo deve-se, evidentemente, à dificuldade em desassociar os dois campos colocados em pauta, sendo a política e a religião, tendo em vista que o número de parlamentares que têm algum tipo de função religiosa cresceu rapidamente nos últimos tempos. Conclui-se que foi possível observar como a religião está diretamente ligada ao ideal do que é o “Ser Mulher” na sociedade, e esse ideal, é totalmente antagonista a ideia do “Ser Mulher” do ponto de vista do feminismo.

O mesmo conservadorismo que tem sido visto em ascensão no Congresso, por meio de uma maior participação de parlamentares religiosos, é visto dentro dos hospitais, em situações que profissionais de saúde levam seus dogmas e preceitos morais em conta ao prestar um atendimento, desumanizador das pacientes que provocaram abortamento, como se essas fossem passíveis de seus julgamentos, esquecendo-se de que a prática profissional requer um cuidado integral, que contemple aspectos biopsicossociais, promovendo assim um cuidado integral e humanizado à paciente.

Concluindo-se que a discussão acerca do aborto mesmo sendo documentado desde a antiguidade, sofreu diversas influências de movimentos sociais antagônicos, como por exemplo, movimentos religiosos e feministas, contribuindo para que até a atualidade em muitos países não se chegasse em um denominador comum que beneficiasse exclusivamente a saúde das reprodutiva feminina.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Rio de

- Janeiro; 2011. (Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos).
2. Motta IS. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: “o olhar da mulher”. Profissionais da saúde e a mulher em abortamento. Manaus; 2005.
 3. d’Oliveira AFR, Diniz SG, Schraiber LB. Violence Women in Health-Care Institutions: An Emerging Problem. *The Lancet*, 2002, 359:1681-85.
 4. Steele C, Chiarotti S. With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004; 12:(24 Supplement):39-46.
 5. Martins AL, Mendonça LC. Rede Feminista de Saúde. Dossiê mortes por aborto: por aborto, mortes evitáveis, 2005.
 6. Freire N. Aborto seguro: um direito das mulheres?. *Cienc. Cult.* 2012; 64(2):31-32.
 7. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos profissionais de enfermagem: resolução 160/1993. Brasília (DF); 1993.
 8. Manzolli MC. Aspectos psicológicos na hospitalização. Manzolli MC. Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos. São Paulo: Sarvier. 1987;49-58
 9. Conselho Federal de Medicina. Código de ética médica: resolução 1246/1988. Brasília (DF); 1988.
 10. Carvalho GM. de. Enfermagem em obstetria. 3ed. São Paulo: EPU, 2007; 256.
 11. Traina E. Abortamento Caso Complexo 4 - Maria do Socorro [internet] São Paulo [acessado: 2019 abr 15] Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Maria_Socorro/Complexo_04_Maria_do_Socorro_Abortamento.pdf.
 12. Corrêa S, Freitas A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. [S.l.]: Estudos Feministas, 1997, 5(2):389-396.
 13. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion: worldwide. [S.l.]: Special report, 57 p., 1999.
 14. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: 2004.
 15. Alexander S. Maternal health outcomes in Europe. *Euro J of Obst & Gyn and Rep Biol.* 2003,(Supl 1), 111:S78-87.
 16. Valongueiro SA. Mortalidade materna em Pernambuco: um estudo quantitativo e qualitativo. [Dissertação]. Belo Horizonte, MG: CEDEPLAR/Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.
 17. Recife. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Mortalidade materna: definição, dados epidemiológicos, vigilância epidemiológica e ficha de investigação. Recife: mimeo, 1998.

18. Compte GM. Mortalidade materna. [Dissertação]. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 1995.
19. Menezes GMS, Aquino EML. Mortalidade materna na Bahia: 1998. Salvador, BA: Relatório de Pesquisa, 2001.
20. Brasil. Ministério da saúde, Atenção humanizada ao abortamento. Caderno nº 4. Brasília DF: 2005 p.8-9.
21. Madeiro AP. Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(8):2771-2780.
22. Gomes AMA. Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Rev Saúde e Sociedade*. 2008; São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.
23. Organização Mundial de Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2. ed. 2013.
24. Souza E. Baldwin JR. A Construção Social dos Papéis Sexuais Femininos. *Rev Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2000; 13(3):485-496.
25. Cunha V. O lugar dos filhos. *Rev ideais, práticas e significados*. ICS: Lisboa. 2007.
26. Alvarez MG. Esboços do feminino: Procura do materno? *Análise Psicológica*. 1995; 12 (XIII), 33-37.
27. Brazelton TB. Cramer B. A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce. Lisboa: Terramar. 1993.
28. Rosado-Nunes MJF. O aborto sob o olhar da religião: Um objeto à procura de autores. *Estud. sociol*. 2012; 17(32):21-43.
29. Leal I. Nota de Abertura. *Análise Psicológica*[internet]. Lisboa 1990; VIII (4): 365-366. [acessado: 2019 abr 29] disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000107&pid=S16450086200900020000400003&lng=pt.
30. Leal I. Interrupção Voluntária da Gravidez. O que a Psicologia pode e sabe dizer. *Sexualidade & Planeamento Familiar* [internet]. Lisboa 2001; 32: 7-12. [acessado: 2019 abr 29] disponível em:http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000108&pid=S16450086200900020000400004&lng=pt.
31. Ipea. Mulheres e trabalho: breve análise do período. Nota tec [internet]. Brasília 2016; 2004-2014 [acessado: 2019 abr 29] disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160309_nt_24_mulher_trabalho_marco_2016.pdf.
32. Santin MA. Aborto legal: Igreja Católica e o Congresso Nacional. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2000.
33. Santin MA. Sexualidade e reprodução: da natureza aos direitos; a incidência da Igreja Católica

na tramitação do Projeto de Lei 20/91 – aborto legal e Projeto de Lei 1151/95 – união civil entre pessoas do mesmo sexo. 2005. 408 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

34. Rocha MIB. A questão do aborto no Brasil: O debate no congresso. *Rev Estudos Feministas* 1996; 4(2).
35. Rocha MIB, Rostagnol S, Gutierrez MA. Aborto y parlamento: un estudio sobre Brasil, Uruguay y Argentina. *Rev Brasileira de Estudos Populacionais*.2009; 26(2): 219-336.
36. Miguel LF, Biroli F, Mariano R. O direito ao aborto no debate legislativo brasileiro: a ofensiva conservadora na Câmara dos Deputados. *Opinião pública*.2017; 23(1).
37. Luna N. O direito à vida no contexto do aborto e da pesquisa com células-tronco embrionárias: disputas de agentes e valores religiosos em um Estado laico. *Rev Religião e Sociedade*. 2013; 33(1):71-97, 2013.
38. Mello L. Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil. *Rev Estudos Feministas*. 2006; 14(2):497-508.

Autorizo cópia total ou parcial desta obra, apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização dos autores. Autorizo também a divulgação do arquivo no formato PDF ao banco de monografias da Biblioteca institucional.

Autora: Daniele Deisiane de Almeida

Orientadora: Sandra Irene Sprogis dos Santos

Pindamonhangaba, dezembro de 2019.

ANEXO 1. Normas da Revista Ciência e Saúde On-line

Diretrizes para Autores

Os trabalhos devem ser redigidos em português, o uso da forma culta correta é de responsabilidade dos autores. Os nomes dos autores, bem como a filiação institucional de cada um, devem ser inseridos nos campos adequados a serem preenchidos durante a submissão e devem aparecer no arquivo. A Revista Ciência e Saúde on-line sugere que o número máximo de autores por artigo seja 6 (seis). Artigos com número superior a 6 (seis) serão considerados exceções e avaliados pelo Conselho Editorial que poderá solicitar a adequação. **Pesquisas feitas com seres humanos e animais devem, obrigatoriamente, citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética.** O não atendimento de tal proposta pode implicar em recusa de sua publicação. Da mesma forma, o plágio implicará na recusa do trabalho.

Os autores dos artigos aceitos poderão solicitar a tradução do artigo para língua inglesa nos tradutores indicados pela revista e reenviar. Os custos com a tradução serão de responsabilidade dos autores.

O periódico disponibilizará aos leitores o conteúdo digital em ambos os idiomas, português e inglês.

APRESENTAÇÃO DO MATERIAL

Sugere-se um número máximo de 20 páginas, incluindo referências, figuras, tabelas e quadros. Os textos devem ser digitados em **Fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, justificado, exceto Resumo e Abstract.** Devem ser colocadas margens de 2 cm em cada lado.

As Figuras: gráficos, imagens, desenhos e esquemas deverão estar inseridas no texto, apresentar boa qualidade, estar em formato JPEG, com resolução de 300dpi com 15cm x 10cm. O número de figuras deve ser apenas o necessário à compreensão do trabalho. Não serão aceitas imagens digitais artificialmente 'aumentadas' em programas computacionais de edição de imagens. As figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem e suas legendas devem estar logo abaixo.

Tabelas e Quadros: numerados consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçados pelo título. Tabelas e os quadros devem estar inseridos no texto. Não serão admitidas tabelas e quadros inseridos como Figuras.

Títulos de tabelas e quadro e legendas de figuras deverão ser escritos em tamanho 11 e com espaço simples entre linhas.

Citação no texto: deve-se seguir o sistema numérico de citações, em que as referências são numeradas na ordem em que aparecem no texto e citadas através dos seus números sobrescritos (depois de ponto e de vírgula; antes de ponto e vírgula e dois pontos). Citações de mais de uma referência devem obedecer ordem numérica crescente. Quando no final da frase, os números das referências devem aparecer depois da pontuação. Citações com numerações consecutivas devem ser separadas por hífen (Ex: 3-6); em caso contrário, deve-se utilizar vírgula (Ex: 3,4,9,14). Toda referência deverá ser citada no texto. Exemplos: Conforme definem Villardiet al.1, a perda óssea alveolar... O uso de implante de carga imediata tem sido discutido por vários autores. 1,3,5-8

Teses, dissertações e monografias, solicitamos que sejam utilizados apenas documentos dos **últimos três anos** e quando não houver o respectivo artigo científico publicado em periódico. Esse tipo de referência deve, obrigatoriamente, **apresentar o link** que remeta ao cadastro nacional de teses da CAPES e aos bancos locais das universidades que publicam esses documentos no formato PDF.

Grafia de termos científicos, comerciais, unidades de medida e palavras estrangeiras: os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes simbólicos abreviados. Incluem-se nessa categoria os nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Para unidades de medida, deve-se utilizar o Sistema Internacional de Unidades. Palavras em outras línguas devem ser evitadas nos textos em português, utilizar preferentemente a sua tradução. Na impossibilidade, os termos estrangeiros devem ser grafados em itálico. Toda abreviatura ou sigla deve ser escrita por extenso na primeira vez em que aparecer no texto.

ESTRUTURA DO ARTIGO

PESQUISAS ORIGINAIS devem ter no máximo 20 páginas com até 40 citações; organizar da seguinte forma:

Título em português: caixa alta, centrado, negrito, conciso, com um máximo de 25 palavras;

Título em inglês (obrigatório): caixa alta, centrado. Versão do título em português;

Autor(es): O(s) nome(s) completo(s) do(s) autor(es) e seus títulos e afiliações à Sociedade ou Instituições. Indicar com asterisco o autor de correspondência. Ao final das afiliações fornecer o e-mail do autor de correspondência.

Resumo: parágrafo único sem deslocamento, fonte tamanho 11, espaço 1, justificado, contendo entre 150 e 250 palavras. Deve conter a apresentação concisa de cada parte do trabalho, abordando objetivo(s), método, resultados e conclusões. Deve ser escrito sequencialmente, sem subdivisões. Não deve conter símbolos e contrações que não sejam de uso corrente nem fórmulas, equações, diagramas;

Palavras-chave: de 3 a 5 palavras-chave, iniciadas por letra maiúscula, separadas e finalizadas por ponto. Deverá ser consultada a lista de Descritores em Ciências da Saúde-DECS, que pode ser encontrada no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br/>

Abstract (obrigatório): fonte tamanho 11, espaço 1, justificado, deve ser a tradução literal do resumo.

Keywords: palavras-chave em inglês;

Introdução: deve apresentar o assunto a ser tratado, fornecer ao leitor os antecedentes que justificam o trabalho, incluir informações sobre a natureza e importância do problema, sua relação com outros estudos sobre o mesmo assunto, suas limitações. Essa seção deve representar a essência do pensamento do pesquisador em relação ao assunto estudado e apresentar o que existe de mais significativo na literatura científica. Os objetivos da pesquisa devem figurar como o último parágrafo desse item.

Método: destina-se a expor os meios dos quais o autor se valeu para a execução do trabalho. Pode ser redigido em corpo único ou dividido em subseções. Especificar tipo e origem de produtos e equipamentos utilizados. Citar as fontes que serviram como referência para o método escolhido.

Pesquisas feitas com seres humanos e animais devem, obrigatoriamente, citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética.

Resultados: Nesta seção o autor irá expor o obtido em suas observações. Resultados poderão estar expressos em quadros, tabelas, figuras (gráficos e imagens). Os dados expressos não devem ser repetidos em mais de um tipo de ilustração.

Discussão: O autor, ao tempo que justifica os meios que usou para a obtenção dos resultados, deve contrastar esses com os constantes da literatura pertinente; estabelecer relações entre causas e efeitos; apontar as generalizações e os princípios básicos, que tenham comprovações nas observações experimentais; esclarecer as exceções, modificações e contradições das hipóteses, teorias e princípios diretamente relacionados com o trabalho realizado; indicar as aplicações teóricas ou práticas dos resultados obtidos, bem como, suas limitações; elaborar, quando possível,

uma teoria para explicar certas observações ou resultados obtidos; sugerir, quando for o caso, novas pesquisas, tendo em vista a experiência adquirida no desenvolvimento do trabalho e visando a sua complementação.

Conclusões: Devem ter por base o texto e expressar com lógica e simplicidade o que foi demonstrado com a pesquisa, não se permitindo deduções. Devem responder à proposição.

Agradecimentos (opcionais): O autor deve agradecer às fontes de fomentos e àqueles que contribuíram efetivamente para a realização do trabalho. Agradecimento a suporte técnico deve ser feito em parágrafo separado.

Referências (e não bibliografia): Espaço simples entre linhas e duplo entre uma referência e a próxima. As referências devem ser numeradas na ordem em que aparecem no texto. A lista completa de referências, no final do artigo, deve estar de acordo com o estilo Vancouver (norma completa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>; norma resumida http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Quando a obra tiver até seis autores, todos devem ser citados. Mais de seis autores, indicar os seis primeiros, seguido de et al. Alguns exemplos:

Artigo publicado em periódico:

Lindsey CJ, Almeida ME, Vicari CF, Carvalho C, Yagui A, Freitas AC, et al. Bovine papillomavirus DNA in milk, blood, urine, semen, and spermatozoa of bovine papilloma virus-infected animals. Genet. Mol. Res. 2009;8(1):310-8.

Artigo publicado em periódico em formato eletrônico:

Gueiros VA, Borges APB, Silva JCP, Duarte TS, Franco KL. Utilização do adesivo Metil-2-Cianoacrilato e fio de náilon na reparação de feridas cutâneas de cães e gatos [Utilization of the methyl-2-cyanoacrylate adhesive and the nylon suture in surgical skin wounds of dogs and cats]. Ciência Rural [Internet]. 2001 Apr [citado em 10 Out 2008];31(2):285-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84782001000200015

Instituição como autor:

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust. 1996;164:282-4.

Artigo eletrônico publicado antes da versão impressa:

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolksac-derived precursor cells. *Blood*. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul 5.

Livro (como um todo):

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de livro:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

RELATOS DE CASO CLÍNICO

Artigos predominantemente clínicos, de alta relevância e atualidade. Os relatos de caso devem apresentar a seguinte estrutura: título em português; título em inglês; resumo em português; palavras-chave; abstract; keywords; introdução; relato do caso; discussão; conclusão e referências. Não devem exceder 12 páginas, incluídos os quadros, as tabelas e as figuras, com até 30 citações.

ARTIGOS DE REVISÃO

Poderão ser aceitos para submissão, desde que abordem temas de interesse, atualizados. Devem ser elaborados por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber. Devem ter até 20 páginas, incluindo resumos, tabelas, quadros, figuras e referências. As tabelas, quadros e figuras limitadas a 06 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas. As referências bibliográficas devem ser limitadas a 60. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.

Devem conter: título em português e inglês, autores e afiliações, resumo e abstract (de 150 a 250 palavras), palavras-chave/keywords, introdução, método, resultados e discussão, conclusão, agradecimentos (caso necessário), referências.

EDITORIAIS

Colaborações solicitadas a especialistas de áreas afins, indicados pelo Conselho Editorial, visando analisar um tema de atualidade. Devem conter: Título em português e inglês, Autor, Palavras-

chave, Keywords, Texto em português, Referências (quando necessário). Os trabalhos não devem exceder a 2 páginas.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.
2. Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word (DOC ou DOCX).
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto do trabalho deve estar conforme as NORMAS da revista (em espaço 1,5, fonte 12 Time New Roman), Figuras e Tabelas inseridas no texto (logo após o seu chamamento, Figuras em resolução mínima de 300 DPI). Os trabalhos não devem exceder as 20 páginas em espaço 1,5. É importante ressaltar que pesquisas feitas com seres humanos e animais devem citar a aprovação da pesquisa pelo respectivo Comitê de Ética. A falta dessa aprovação impede a publicação do artigo. **ATENÇÃO:** trabalhos fora das Diretrizes para Autores não serão aceitos e serão devolvidos.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Os autores devem revisar o trabalho antes de enviá-lo, autorizando sua publicação na revista Ciência e Saúde on-line.

Devem declarar que o trabalho, nem outro substancialmente semelhante em conteúdo, já tenha sido publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico, sob sua autoria e conhecimento. O referido trabalho está sendo submetido à avaliação com a atual filiação dos autores. Os autores ainda concordam que os direitos autorais referentes ao trabalho se tornem propriedade exclusiva da revista Ciência e Saúde on-line desde a data de sua submissão. No caso da publicação não ser aceita, a transferência de direitos autorais será automaticamente revogada.

Todas as afiliações corporativas ou institucionais e todas as fontes de apoio financeiro ao trabalho estão devidamente reconhecidas.

Por conseguinte, os originais submetidos à publicação, deverão estar acompanhados de Declaração de Direitos Autorais, conforme modelo:

DECLARAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS:

Nós, abaixo assinados, transferimos todos os direitos autorais do artigo intitulado (título) à revista Ciência e Saúde on-line.

Declaramos ainda que o trabalho é original e que não está sendo considerado para publicação em outra revista, quer seja no formato impresso ou no eletrônico. Certificamos que participamos suficientemente da autoria do manuscrito para tornar pública nossa responsabilidade pelo conteúdo.

Assumimos total responsabilidade pelas citações e referências bibliográficas utilizadas no texto, bem como pelos aspectos éticos que envolvem os sujeitos do estudo.

Data:

Assinaturas:

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ERRATA

Almeida DD. Aborto: Uma análise histórica político-social a cerca de um problema de saúde pública. (Monografia em formato de artigo). Pindamonhangaba: Centro Universitário UniFunvic; 2019.

A partir de 07/12/2019, o título deste artigo foi alterado de “A HUMANIZAÇÃO DA ENFERMAGEM EM PACIENTES EM PROCESSO DE ABORTAMENTO” para “ABORTO: Uma análise histórica político-social acerca de um problema de saúde pública”.