



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO

Alana Stéphanie Esteves Villar da Motta

A VIVÊNCIA DE MULHERES NO ABORTAMENTO INDUZIDO

Rio de Janeiro

2016

Alana Stéphanie Esteves Villar da Motta

A VIVÊNCIA DE MULHERES NO ABORTAMENTO INDUZIDO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Adriana Lemos

Rio de Janeiro

2016

M917 Motta, Alana Stéphanie Esteves Villar da.
A vivência de mulheres no abortamento induzido / Alana Stéphanie Esteves
Villar da Motta, 2016.
112 f. ; 30 cm

Orientadora: Adriana Lemos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

1. Aborto Induzido. 2. Saúde da Mulher. 3. Enfermagem. I. Lemos, Adriana.
II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências
Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.88

Alana Stéphanie Esteves Villar da Motta

A VIVÊNCIA DE MULHERES NO ABORTAMENTO INDUZIDO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.
Linha de Pesquisa: Saúde Sexual e Reprodutiva como direito de mulheres e homens na Atenção Primária em Saúde.

Aprovada em ____ / ____ / ____

Orientadora:

Adriana Lemos Pereira, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

Banca Examinadora:

Lucia Helena Garcia Penna, Prof^a Dr^a, FENF/UERJ

Simone Mendes Carvalho, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

Inês Maria Meneses dos Santos, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

Leila Rangel da Silva, Prof^a Dr^a, EEAP/UNIRIO

DEDICATÓRIA

À todas as mulheres,
que lutam diariamente por seus
direitos, autonomia e, sobretudo,
por IGUALDADE.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, pela fé que me mantém viva e por me suprir em todas as minhas necessidades.
- À minha Orientadora, Prof^a Dr^a Adriana Lemos, um agradecimento carinhoso por me mostrar pacientemente o caminho da ciência, incentivando-me e apoiando-me em todos os momentos.
- À minha mãe, Ana Lúcia Esteves, que sempre foi e sempre será a minha musa inspiradora. Exemplo de mãe, profissional e, sobretudo, de mulher.
- Ao meu amado marido, Mario Trad Rosner da Motta, pela compreensão e força durante essa jornada. Não foi fácil, mas NÓS conseguimos.
- Aos meus irmãos André Filipe Esteves Villar e Ana Clara Esteves Villar, por sempre estarem nos bastidores torcendo e comemorando comigo cada vitória. Somos um só.
- À Maíra Domingues Bernardes Silva, pela bela amizade e companheirismo. Minha maior incentivadora para cursar o Mestrado. Com toda certeza, sem você eu não teria chegado até aqui. Muito obrigada.
- À Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva que, através dos seus ensinamentos, ainda na graduação, fez com que eu conhecesse e me interessasse pela pesquisa científica.
- Ao meu pai, Aloysio de Castro Villar Júnior, à minha família e amigos, pelo carinho, incentivo e principalmente pela compreensão nos momentos de ausência (que não foram poucos).

EPIGRAFE

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia,
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta

Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Lêre, lare, lêre, lare. lêre, larê

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo uma marca

Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

(M. Nascimento/F. Brant)

MOTTA, Alana Stéphanie Esteves Villar da. A vivência de mulheres no abortamento induzido. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2016.

RESUMO

O estudo tem como objeto a “vivência de mulheres na realização do abortamento induzido”. Este tema apresenta calorosas discussões permeadas por questões morais, religiosas, de gênero, sexualidade e também relacionadas ao acesso a direitos reprodutivos. No aprofundamento do objeto de estudo, foram traçados os seguintes objetivos: identificar os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido e analisar a vivência da mulher na experiência do abortamento induzido. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que teve como sujeitos 14 mulheres. Para a produção de dados, foi realizada uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência, associada à amostragem em rede ou bola-de-neve. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada e atendendo a legislação vigente acerca das diretrizes de pesquisas com seres humanos. Para a análise utilizou-se a análise temática de conteúdo de Bardin. Chamou especial atenção entre os fatores desencadeantes para o abortamento induzido, a falta de autonomia das mulheres perante sua vida e diversas questões relacionadas ao parceiro. A vivência do abortamento induzido foi permeada pelo silêncio, não apoio e, sobretudo, pelo grande estigma que envolve essa prática. O peso pelo “homicídio” de um filho foi constante em seus relatos, assim como a culpa e a dívida com a moralidade social. Há uma perversa associação de fatores jurídicos, religiosos, morais e culturais que proíbem e estigmatizam essa prática. A forma como é conduzida a discussão pública e a legislação restritiva que marginaliza as mulheres que recorrem ao abortamento, associados com elementos de uma cultura patriarcal podem ser a causa do estigma e de uma vivência perversa durante esse processo.

Palavras-Chave: Aborto Induzido; Saúde da Mulher; Enfermagem

MOTTA, Alana Stéphanie Esteves Villar da. Women's experience on induced abortion. 2016. Dissertation (Master of Nursing), Graduate Nursing Program. Center for Biological and Health Sciences. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. UNIRIO, 2016.

ABSTRACT

The study object is “women's experience on executing induced abortion”. This subject presents heated discussions permeated by moral, religious, gender, sexuality issues as well as those related to the access to reproductive rights. Deepening the study object, the following goals were set: identifying factors influencing women to practice induced abortion and analyzing women experience on induced abortion. It is a descriptive study having a qualitative approach and 14 women as subjects. For data production, we chose a convenience non-probabilistic sampling, associated to net and snowball sampling. Data were collected through a semi-structured interview and met legal requirements concerning the guidelines of human-beings researches. Bardin thematic analysis of content was carried out. It was evident among the triggering factors for induced abortion, women lack of independence regarding their lives and many issues related to their partners. The experience of abortion was lived in silence, non-support and, most of all, carrying the huge stigma that involves this subject. The burden caused by the “homicide” of a son was constant in their reports, as well as the guilt and the debt towards social morality. There is a perverse association of juridical, religious, moral and cultural factors prohibiting and stigmatizing this practice. The path through which are conducted public discussion and restrictive legislation marginalizing women who have abortion, associated to elements of a patriarchal culture may be the cause to the stigma and the perverse experience during this process.

Key words: Induced abortion; Woman Health; Nursing

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido por área de conhecimento, 1984-2014	38
Tabela 2	Distribuição das publicações sobre o aborto induzido, segundo o Delineamento da Pesquisa no período de 1984 a 2014	39
Tabela 3	Distribuição das publicações sobre o aborto induzido, segundo o Sistema de Classificação de Evidências, 1984-2014	40
Tabela 4	Variáveis contínuas relacionadas à caracterização das participantes do estudo	50
Tabela 5	Variáveis categóricas relacionadas à caracterização das participantes do estudo	51
Tabela 6	Variáveis categóricas relacionadas ao comportamento reprodutivo antes e após o último aborto	53
Gráfico 1	Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido, por tipo de publicação	37
Gráfico 2	Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido por ano, no período de 1984 -2014	38

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEDAW	Convention of Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
CCJ	Comissão de Constituição e Justiça
CFEMEA	Centro Feminista de Estudos e Assessoria
CIPD	Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DIU	Dispositivo Intrauterino
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
HIV/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PBE	Prática Baseada em Evidências
PNA	Pesquisa Nacional de Aborto
RMM	Razão de Mortalidade Materna
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	United Nations Fund for Population Activities
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1.1	OBJETO DE ESTUDO	14
1.2	QUESTÕES NORTEADORAS	15
1.3	OBJETIVOS	15
1.4	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	17
2.1	MARCOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS	17
2.2	TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ABORTAMENTO INDUZIDO	26
2.3	O ABORTO, SEGUNDO A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	29
2.4	MAGNITUDE DO ABORTO INDUZIDO	32
2.5	CAMPO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL RELACIONADA AO ABORTAMENTO INDUZIDO	35
3	METODOLOGIA	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	48
	❖ Categoria I – A falta de autonomia feminina e questões relacionadas ao parceiro como fatores desencadeantes para o abortamento induzido	54
	❖ Categoria II – Vivenciando o estigma do abortamento induzido e o peso do “homicídio”	70
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	
	A – Roteiro de Entrevista	105
	B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
	C – Quadro Síntese das Unidades de Registro e Unidades de Significação na Análise de Conteúdo	109
	D – Quadro Síntese da Construção de Categorias de Análise de Conteúdo	110
	ANEXO – Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO	111

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse pela temática floresceu com a minha experiência profissional como enfermeira em uma Unidade Básica de Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a prática da assistência à saúde da mulher, foi possível perceber que apesar de a Unidade oferecer um programa de planejamento reprodutivo e métodos anticoncepcionais gratuitos, um importante número de mulheres têm gestações indesejadas e, como consequência, algumas acabam se decidindo pelo abortamento induzido.

A ESF permite ao profissional criar forte vínculo com os usuários, e acredito que por esse motivo, algumas mulheres que optaram pelo abortamento induzido sentiram-se à vontade e seguras para me contar sobre suas vivências, seja em uma consulta, ou em uma conversa informal. Confesso que nas primeiras vezes, preocupada em não deixar transparecer a minha reprovação por tal ato, não conseguia trocar muitas palavras com elas e logo as conversas terminavam. E assim, fechava meus olhos para as histórias daquelas mulheres, restringindo meu atendimento à parte clínica, como sinais e sintomas. Até que um dia atendi F.G.S., que chegou por demanda espontânea, sem consulta previamente agendada, e pediu para conversar comigo.

Mesmo com a agenda cheia e com atribuições por fazer, consegui encaixá-la entre uma consulta e outra e, apressada, perguntei em que poderia ajudá-la. Foi o suficiente para que ela perdesse a fala e caísse em pranto. Após acalmá-la e insistindo para que falasse, ela começou a relatar sua história. Contou-me que tinha acabado de realizar o quinto aborto e que não estava conseguindo conviver com aquilo. Meu choque foi grande, mas escutando sua história, seus motivos, e olhando aquela mulher desesperada, não tive como não me compadecer. Segurei sua mão, esqueci minha agenda e deixei que falasse. E ela falou, chorou, se recompôs e tornou a chorar.

Enquanto ela falava lembrei-me de todas as outras mulheres que “tentaram” desabafar e que eu não permiti. F.G.S. falou tudo o que queria, sem pausas e sem pressa, enquanto me permitia escutá-la. Naquele momento, já completamente sensibilizada por sua causa – a mesma de tantas outras mulheres, fui surpreendida mais uma vez, pois, mesmo sem ter recebido nenhuma palavra de consolo, ela me agradeceu. “Mas por que será que ela está me agradecendo? Eu não fiz nada”... foi o pensamento que me veio. E não pude deixar de lhe perguntar o motivo daquela gratidão. E suas palavras foram: *“Estou te agradecendo porque perdeu seu tempo me ouvindo e não fez julgamentos”*.

Desde então, minha relação com o abortamento induzido realizado clandestinamente, mudou. Abri meus olhos e meu coração para esse tema tão importante e complexo na vida de tantas outras mulheres, e agora, mais sensível a essa prática, fui observando a grande frequência com que tal fato ocorria e, assim, o interesse por esse estudo foi aumentando. Percebi que os motivos e os métodos eram diversos, porém, a vergonha e a dolorosa lembrança estavam presentes na maioria de suas falas. Foi então que me dei conta de que essa mulher carrega um fardo consigo, talvez por não “querer” ou não “poder” corresponder ao papel que a sociedade lhe cobra: o da maternidade.

O Ministério da Saúde define abortamento como a interrupção da gravidez até a 20ª ou 22ª semana, e com o produto da concepção pesando menos que 500g. Já o aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento. São várias as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada (BRASIL, 2011). O aborto até 12 semanas é considerado aborto precoce, e envolve a eliminação do óvulo fecundado ou do embrião, pois ainda não houve a formação do feto. Os abortamentos naturais ocorrem mais frequentemente nessa fase, da mesma forma que os abortos provocados, exceto nas situações em que a mulher não consegue ter acesso precoce aos meios para induzi-lo. A interrupção da gravidez a partir de 12 semanas é considerada um abortamento tardio, pois já há o desenvolvimento de algumas estruturas que darão origem ao feto. E no caso de indução do aborto nessa fase, os procedimentos são mais complexos (VILLELA; BARBOSA, 2011).

A interrupção da gravidez pode se dar por causas naturais. São os chamados abortos espontâneos, ou por ação voluntária da mulher, ajudada ou não, por outra pessoa. Nesses casos, trata-se de aborto provocado ou induzido (VILLELA; BARBOSA, 2011). Segundo o Ministério da Saúde, muitas são as gestações interrompidas por decisão pessoal (BRASIL, 2011). O abortamento provocado equivale a 10% das gestações, provocado pelas mais diferentes formas já que, para um grande contingente de mulheres, ele resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O abortamento, seja legal ou ilegal, pode ser induzido por meio da utilização de medicamentos específicos ou do uso de técnicas de esvaziamento da cavidade uterina. Dentre estas, as mais utilizadas são a curetagem, na qual ocorre uma raspagem mecânica da cavidade uterina para a eliminação de seu conteúdo, óvulo fecundado, embrião ou feto, após dilatação do colo uterino com uso de anestesia ou analgesia e aspiração intrauterina. Nesse caso, o

conteúdo é aspirado a vácuo, com a utilização de equipamento manual ou elétrico. Quando realizado por pessoas treinadas, com instrumentos e medicação adequados e em ambiente seguro, higienizado e confortável, o abortamento é um procedimento bastante seguro, com poucos riscos de complicações ou efeitos colaterais. Porém, na maioria dos países em que o aborto é considerado crime, as mulheres precisam se submeter a abortos inseguros, pois são poucos os serviços e profissionais capacitados para realizar o procedimento com segurança e, nesses casos, o aborto costuma ser muito caro e pouco acessível (VILLELA; BARBOSA, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) considera o abortamento um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil. Por atravessar um emaranhado de aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, religiosos e ideológicos, é tema que incita passionalidade e dissensão parecendo, sob consideráveis perspectivas, distante de saída.

Autores corroboram que o abortamento induzido é alvo de críticas, discussões e julgamentos principalmente no que se refere aos aspectos legais, bioéticos e religiosos envolvidos (FUSCO, 2008; MAJOR, 2009). A mulher que provoca aborto não é bem vista pela sociedade, uma vez que a maternidade, cultural e historicamente, lhe foi imposta como destino. Coloca-se esse tipo de aborto como uma decisão egoísta da mulher, que desafia a sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma. Assim, a mulher aparece como criminosa que, isoladamente, decidiu cometer um delito (VEIGA, 2009; REBOUÇAS, 2010). No entanto, Pedrosa e Garcia (2000) acreditam que dizer não à maternidade através da prática do abortamento pode afigurar-se como uma opção extremamente difícil e conflituosa para as mulheres, que pode inclusive trazer impactos para sua saúde não só mental, mas também reprodutiva, em função da sua prática ser criminalizada no Brasil.

1.1 OBJETO DE ESTUDO

Mergulhada nesse extenso universo ‘proibido’ e ‘silencioso’ das mulheres, o objeto dessa investigação é *a vivência de mulheres na realização do abortamento induzido*.¹

¹Neste estudo, o Abortamento Induzido é entendido como ilegal em relação ao que é previsto no Código Penal brasileiro: um crime contra a vida.

Para estudar a vivência dessas mulheres, nesta dissertação será utilizada a definição dada ao termo por Minayo (2012, p. 622):

Vivência é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Embora a experiência possa ser a mesma para vários indivíduos, a vivência de cada um sobre o mesmo episódio é única e depende de sua personalidade, de sua biografia e de sua participação na história. Embora pessoal, toda vivência tem como suporte os ingredientes do coletivo em que o sujeito vive e as condições em que ela ocorre.

1.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Para melhor compreender a problemática, direcionei o presente estudo com as seguintes questões norteadoras:

- Quais são os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido?
- Qual é a vivência da mulher no abortamento induzido?

1.3 OBJETIVOS

Sendo assim, os objetivos do presente estudo, são:

1. Identificar os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido.
2. Analisar a vivência da mulher na experiência do abortamento induzido.

1.4 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Nessa perspectiva, a compreensão dos fatores desencadeantes para o abortamento induzido e a vivência dessas mulheres durante esse processo, são subsídios para intervenções nos problemas de ordem social que, muitas vezes, subjazem à motivação para optarem pelo aborto.

Justifica-se o estudo pela complexidade do tema abordado, que tem relação direta com a mortalidade materna, como veremos a seguir. Assim, espero oferecer subsídios aos profissionais de saúde para que possam atuar diretamente na prevenção de um abortamento induzido inseguro, valendo-se de uma das poucas formas que se tem para tratar dessa questão no âmbito da Atenção Primária, que é o serviço de planejamento reprodutivo e da assistência de enfermagem.

Além disso, espero trazer contribuições para a enfermagem e facilitar o aprimoramento do conhecimento necessário para o apoio e acolhimento das mulheres após

esse episódio em suas vidas, estando prontos a oferecer-lhes uma assistência ética e livre de julgamentos morais, independentemente dos seus preceitos morais e religiosos. É importante ressaltar que a reflexão acerca desse problema pode levar o profissional de enfermagem a reorientar sua conduta frente à questão e, assim, prestar uma assistência pautada na preservação dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessas mulheres.

Com relação ao ensino e pesquisa, o desejo é que esse estudo possa favorecer a comunidade científica diminuindo as lacunas existentes no campo, principalmente no que tange aos aspectos subjetivos do abortamento induzido, sobretudo de estudos qualitativos que versem sobre os motivos, a vivência e as consequências desse fenômeno tão complexo na vida das mulheres. Apesar da amplitude da prática do abortamento no país, assim como suas consequências e riscos, pouco se sabe sobre as mulheres que recorrem a ele, consequência da ilegalidade que caracteriza essa prática. Dessa maneira, torna-se imprescindível ouvi-las, pois enfrentar com seriedade esse fenômeno significa entendê-lo como uma questão de cuidados em saúde e direitos humanos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 MARCOS HISTÓRICOS E NORMATIVOS SOBRE DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Para iniciar a discussão sobre o aborto, é imprescindível conhecer e entender o contexto histórico e normativo dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Desta maneira, neste capítulo será apresentada uma breve síntese da trajetória dos marcos histórico e normativo sobre esses direitos até os dias atuais, observando que essas questões estão centradas na dimensão das relações de gênero que traduzem, sobretudo, relações de poder.

A história das políticas dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva, por diversas maneiras foi influenciada pelo contexto do desenvolvimento global. Há 500 anos, a estratégia de colonização teve como elemento estrutural a dominação e a repressão sexual. De várias formas, essa estratégia continuou sendo atualizada até os nossos dias (CFEMEA, 2009). Assim, os Movimentos de Mulheres, nas suas lutas políticas feministas, exerceram e têm exercido papel primordial em prol do alcance de um *status* que verdadeiramente considere a mulher como portadora de direitos; além disso, mostram a importância da autonomia no gerenciamento da sexualidade e da reprodução para a construção de uma sociedade mais igualitária, a partir da perspectiva das relações de gênero (RODHEN, 2003). Em denúncias públicas sobre as diversas formas de violação de direitos e do exercício efetivo da cidadania feminina, reivindicaram a liberdade sexual e o direito de decidir sobre seus corpos como parte central para o exercício de projetos de vida plenos e autônomos (CFEMEA, 2009).

A lógica patriarcal, capitalista e racista do início do século XX, permitiu o assédio sexual recorrente contra as trabalhadoras domésticas, a exploração sexual forçada como elementos que apenas atualizaram as relações sociais de gênero e raça e, mais especificamente, o comportamento sexual do período colonial e escravagista, marcado pela violência e negação de direitos (CFEMEA, 2009). Como consequência da Segunda Guerra Mundial, no dia 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que ostenta os direitos básicos de qualquer Ser humano, de maneira a garantir seu bem estar e sua dignidade. Traz, ainda, mesmo que de maneira não tão explícita em sua redação, a base para a posterior formulação dos direitos sexuais e reprodutivos, ao afirmar a igualdade entre homem e mulher durante o casamento, assim como na altura da sua dissolução, e também a liberdade para contrair, ou não, matrimônio (ONU, 1948; LIMA, 2013).

Na segunda metade do século XX, os anos 50 e 60 no Brasil são marcados pela

intensificação das demandas e mobilizações sociais por novos direitos e por uma política soberana de desenvolvimento nacional (CFEMEA, 2009). A luta do feminismo dos anos 60 tinha como meta a igualdade na diferença sexual, questionando as esferas generificadas e a divisão do trabalho: o homem como provedor e a mulher como reprodutora. Essa luta pelos direitos sexuais e reprodutivos evoluiu do entendimento de que controlar a fecundidade seria necessário para a igualdade social dos gêneros naquele cenário. Desta forma, foi reivindicado o direito à contracepção e ao aborto legal com o objetivo de recusar a identidade feminina reduzida à maternidade (GIFFIN, 2002). Ao mesmo tempo, o advento da pílula anticoncepcional e de outras tecnologias hormonais de controle da fecundidade, prometiam às mulheres condições inéditas para o exercício da sexualidade. Contudo, em 1964 sobreveio o golpe militar, fortemente apoiado pelas forças mais conservadoras da Igreja Católica, abortando a liberdade sexual pautada pela emancipação das mulheres. As possibilidades de maior liberdade no exercício da sexualidade, abertas pelos contraceptivos, foram tolhidas pelo autoritarismo das políticas de controle da natalidade (CFEMEA, 2009).

No cenário internacional, durante a Guerra Fria, os governos latino-americanos, foram pressionados a implementar políticas de redução populacional, apoiadas pelos Estados Unidos da América (EUA), que acreditavam que as populações em crescimento poderiam ameaçar a estabilidade política, proporcionando condições propícias à propagação do comunismo. Os EUA subsidiaram métodos contraceptivos, como pílulas e dispositivo intrauterino (DIU), ampliando o seu acesso em toda a região (BIRN; NECOCHEA, 2011). Desde então, Agências internacionais² promovem o controle populacional sob o argumento de que a diminuição da pobreza dos países periféricos dependia desse controle. Porém, apesar do controle populacional apresentar resultados razoáveis, o mesmo não aconteceu com a diminuição da

²*USAID (United States Agency for International Development)* - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento) - administra programas de assistência econômica e social de longo alcance a países em desenvolvimento. Tem no controle populacional uma das quatro maiores áreas de atuação e executa as ações nessa área através da assistência bilateral a programas nacionais e do apoio financeiro a agências de cooperação (HARTMANN, 1997a). A partir de meados da década de 60, o governo norte-americano assumiu oficialmente o combate contra a explosão demográfica e passou a liberar recursos para programas populacionais através da USAID (HARTMANN, 1997b). O Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), cuja sigla em Inglês é UNFPA (*United Nations Fund for Population Activities*) foi criado a partir da interferência do presidente Richard Nixon na ONU, a qual sofria pressão da Igreja Católica e dos países comunistas para não apoiar o planejamento familiar (HARTMANN, 1997b).

CPAIMEC- Centro de Pesquisa e Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança- viria a ser uma das entidades de planejamento familiar de maior peso na distribuição de contraceptivos e na realização de esterilizações no Brasil. O financiamento para suas atividades provinha fundamentalmente das instituições vinculadas ao sistema AID (*Agency for International Development*) através do *Family Planning International Assistance (FPIA)*, do *Pathfinder Foundation* e outras (COSTA, 2000).

pobreza, o que representou um exemplo de fracasso das políticas internacionais dirigidas à redução da pobreza (GIFFIN, 2002).

Dos pontos de vista político e ético, os opositores do controle demográfico denunciaram o caráter sexista, racista e elitista dos programas de planejamento familiar que afetavam, principalmente, populações pobres e não-brancas, argumentando também que pobreza e subdesenvolvimento eram consequências da exclusão social e da concentração de riquezas, e não dos comportamentos reprodutivos das pessoas. Esses movimentos articularam teses que alavancariam o debate atual sobre direito e saúde reprodutiva (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007).

Nesse contexto, no Brasil, o vigor do feminismo na sua movimentação pela saúde da mulher, no início dos anos 80 mostraria seus primeiros frutos com a proposição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma agenda de saúde pública que inclui noções de assistência primária, secundária e terciária, aspectos físicos, emocionais e sociais da saúde e assistência à mulher desde a infância até a idade mais avançada, e não somente na idade reprodutiva, o que serviu de marco para romper com os modelos tradicionais de abordagem da saúde da mulher centrados apenas no ciclo reprodutivo.

Com o Programa, pela primeira vez o Governo brasileiro se posicionava oficialmente sobre o planejamento familiar, rejeitando a perspectiva do controle demográfico. Em seu texto original, o PAISM estabelece que os objetivos do planejamento familiar são promover a saúde e o bem estar, possibilitar a efetivação das escolhas reprodutivas das pessoas e que é dever do Estado propiciar condições (assistência à saúde, informação etc.) para o exercício desses direitos (BRASIL, 1984). Em um estudo sobre o olhar das mulheres que construíram o PAISM, foi possível observar que, mesmo com as dificuldades apresentadas nesse processo, elas reafirmam o PAISM como fundamental para a conquista dos direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres (LEMOS, 2011).

Através da trajetória histórica dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, observa-se que a expressão 'direitos reprodutivos' difundiu-se após o IV Encontro Internacional Mulher e Saúde, realizado em Amsterdã (Holanda), em 1984. Nesse contexto, o assunto já denotava uma vasta área de reflexão, produção de conhecimentos e formulação de demandas em torno dos temas saúde, sexualidade e reprodução (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007). Visando eliminar a discriminação da mulher, assegurando-lhe condições de liberdade e de igualdade de direitos, bem como sua plena participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do País, foi criado em 1985 o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, nos termos

da Lei federal 7353/85. E em 1986, ocorreu a primeira e única Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CEFEMEA, 2009).

O aborto vai se constituir no grande divisor de águas entre as feministas e a Igreja. Ao rebater as propostas de descriminalização do aborto, a Igreja Católica luta pela hegemonia social de um discurso moral. As forças conservadoras e religiosas representadas na Constituinte (naquela época, quase que exclusivamente católica), opunham-se frontalmente aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos das mulheres, porém, sofreram inúmeras derrotas. Uma delas foi a tentativa de incluir no texto constitucional o dispositivo que inviabilizaria a realização do aborto em qualquer circunstância, inclusive nos casos previstos no Código Penal desde 1940 (gravidez resultante de estupro e risco de vida da gestante). Outras duas derrotas ocorreram em 1995 quando, outra vez, tentaram criminalizar o aborto; e em 1997 quando, junto com os defensores do controle da natalidade, tentaram vetos à Lei nº 9.263, de 1996 (Lei do Planejamento Familiar) (CEFEMEA, 2009).

Os grupos feministas e o movimento de saúde pública, surgidos no contexto histórico da democratização política nos anos 80, lutaram e obtiveram a inclusão do direito universal à assistência à saúde e a criação de um sistema integral e igualitário de saúde pública (Sistema Único de Saúde - SUS) na Constituição Federal de 1988 (PAIM et al., 2011), cujo texto consagra também, o planejamento familiar como um direito de cidadania e claramente proíbe políticas coercitivas no campo da reprodução humana (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007).

No contexto internacional relacionado com as lutas dos direitos das mulheres, em 1989 foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW – *Convention of Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*), um passo positivo para o início da consolidação dos direitos da mulher, pois configurava-se como documento internacional versando de forma ainda mais enfática, a respeito dos direitos humanos das mulheres, apontando a tradição e a cultura como forças de influência sobre a configuração das relações familiares e de gênero (LIMA, 2013).

No Brasil, em 1991, foi criada a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, como instância nacional de articulação política que difunde os direitos das mulheres à saúde como um direito humano, a atenção integral à saúde e a participação no controle social da saúde, além de defender a legalização do aborto como decisão que lhes compete. Em 1993, como consequência das demandas e das demais lutas

feministas por direitos reprodutivos, foi instalada pelo Congresso Nacional, a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para Investigar a Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil (CFEMEA, 2009). No mesmo ano, no cenário internacional, acontece a Conferência Mundial de Direitos Humanos de Viena (Áustria), após o fim da Guerra Fria. Foi nessa Conferência que, pela primeira vez, os direitos de mulheres e meninas foram considerados parte integrante, indivisível e inalienável dos direitos humanos.

Na ocasião, foram elaborados a Declaração e o Plano de Ação de Viena de 1993, por meio dos quais se tratou da sexualidade feminina, no sentido de recorrer aos Estados contra “a violência e todas as formas de abuso e exploração sexual, incluindo o preconceito cultural e o tráfico internacional de pessoas”.³

Essa Declaração constituiu um marco, não só pelo fato de reconhecer a violência sexual como uma violação aos direitos humanos, mas também porque introduziu o termo “sexual” na linguagem dos direitos humanos. Embora isso tenha sido uma mudança considerável, a sexualidade feminina ainda foi tratada como algo negativo, que traz consigo a violência e o insulto, ou que é santificado e escondido pelo casamento heterossexual e a gravidez. Uma vez que o prazer feminino foi, por muito tempo, alvo de repressões, o desinteresse por sexo tornou-se uma característica atribuída às mulheres respeitáveis da sociedade. Daí a dificuldade, na cultura ocidental, em se elaborar documentos que abordem temáticas que são consideradas tabus, mesmo que estes façam parte de nossa realidade. (LIMA, 2013).

No ano seguinte (1994), após o plano de ação de Viena, foi realizada no Cairo (Egito) a Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), evento que reuniu 179 países, sendo o Brasil um dos seus signatários. A CIPD é considerada um marco histórico, sendo o primeiro encontro global no qual todos os aspectos da vida humana foram abordados de forma abrangente. Conferiu papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, ultrapassando os objetivos puramente demográficos, focalizando-se na defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social, igualdade de gênero e planejamento familiar (FNUAP, 1995).

O resultado dessa Conferência foi o Programa de Ação, uma agenda de compromissos que definiu estratégias para o progresso dos direitos e da saúde reprodutiva, que ainda não

³Disponível em

<<https://www.oas.org/dil/port/1993%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20e%20Programa%20de%20Ac%C3%A7%C3%A3o%20adoptado%20pela%20Confer%C3%Aancia%20Mundial%20de%20Viena%20sobre%20Direitos%20Humanos%20em%20junho%20de%201993.pdf>>

foram alcançados na América Latina. O programa de Ação prevê que as pessoas têm direito a “uma vida sexual satisfatória e segura” e deveriam ser “capazes de reproduzir e ser livres para decidir se querem, quando querem e com que frequência querem reproduzir”.⁴

Nesse contexto, o Programa de Ação aprovado substituiu o paradigma prevalecente de controle populacional por um novo, no qual a saúde sexual e reprodutiva está no centro, apoiado nas perspectivas dos direitos humanos, da igualdade de gênero e do empoderamento feminino (FNUAP, 1995; RICHARDSON; BIRNA, 2013). Após um ano, a IV Conferência Internacional sobre as Mulheres, em Beijing (China), confirmou e reforçou muitas das decisões do Cairo (SINGH, 2009). Foi reforçada a necessidade de proteção dos direitos vinculados à reprodução humana. A Plataforma de Pequim (documento originário dessa Conferência), em seu capítulo intitulado “Mulher e Saúde”, deu ênfase à saúde sexual, afirmando o direito ao livre exercício da sexualidade, como fica claro em sua redação. Com a Plataforma de Pequim, as mulheres passaram a ser consideradas, além de seres reprodutivos, seres sexuais (LIMA, 2013).

As duas Conferências representaram amplos processos políticos de base. Embora tenha problemas nos acordos das duas Conferências, na época eles foram corretamente vistos como muito progressistas, pois ampliaram a legitimação dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e fomentaram o desenvolvimento de instrumentos normativo-jurídicos e de políticas públicas para sua promoção (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007). Cook, Dickens e Fatalha (2004), em seu livro “Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos”, afirmam que a proteção e a promoção de direitos relativos à saúde ganhou importância em grande parte devido à essas duas Conferências, que levaram ao reconhecimento de que a proteção da saúde sexual e reprodutiva é uma questão de justiça social, e que a promoção deste campo da saúde pode ser concretizada através da aplicação qualificada dos direitos humanos contidos nas constituições nacionais e tratados regionais e internacionais (COOK; DICKENS; FATALHA, 2004).

Dando continuidade ao lento progresso dos direitos sexuais e reprodutivos, no Brasil o Congresso Nacional, em 1996, aprovou a Lei de Planejamento Familiar (Lei nº 9.263), que regulamentou o Artigo 226 da Constituição Federal, transcrito a seguir:

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao

⁴ Disponível em <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf>>

Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Ao recuperar algumas diretrizes do PAISM, como oportunidade de acesso às informações, abandono de qualquer espécie de ação coercitiva e relação constante e integral com o SUS, a Lei estabeleceu normas para o desenvolvimento de uma política de saúde reprodutiva ampla, obrigando ao SUS a garantir, em toda sua rede, ações integradas de assistência ao controle da fecundidade, atenção ao pré-natal, parto e puerpério, controle de doenças sexualmente transmissíveis e controle do câncer relacionado ao aparelho reprodutivo de mulheres e homens, entendendo todas essas normas como parte do direito ao planejamento familiar. Com a Lei, a esterilização cirúrgica voluntária foi regulamentada, pela primeira vez, em nosso país, sendo inserida em um contexto assistencial em que se oferece uma vasta gama de métodos contraceptivos, atividades de informação, educação e atenção clínico-ginecológica integral, e no qual se respeitam as decisões reprodutivas das pessoas e se valoriza o consentimento informado (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007). A vigilância, a mobilização e a pressão permanente dos movimentos de mulheres, possibilitaram que o Ministério da Saúde publicasse, em 1998, a Norma Técnica para prevenção e tratamento de agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, cujo teor foi revisado em 2005, e mais recentemente, em 2012 (BRASIL, 2005a; 2012a).

Cinco anos após a Conferência do Cairo (Egito), em 1999, foi realizado o encontro internacional CIPD+5, onde os países da América Latina divergiram quanto à liberação ou não do aborto induzido. Argentina, Guatemala e Nicarágua apoiaram a instância mais conservadora do Vaticano, enquanto Brasil e México foram reconhecidos pelo investimento significativo no Programa de Ação do CIPD (LANGER; NIGENSA, 2000).

No Brasil, os princípios do PAISM continuam na vanguarda quanto aos termos de formulação política em atenção à saúde da mulher, mas em 2004 foi redefinido como uma política, e não mais como um programa governamental, tendo suas metas por fim transformadas em listas de condições médicas que necessitam de exames, tratamentos, procedimentos e medicamentos, com níveis variados de eficácia e segurança, em todos os aspectos da saúde da mulher.

O Programa formulado pelo Ministério da Saúde pretendeu incorporar as reivindicações e as ideias feministas sobre assistência à saúde reprodutiva e sexual (PAISM, 2004), enquanto a política dá ênfase a questões que haviam sido pouco abordadas anteriormente, como atenção à concepção e infertilidade, atenção humanizada à mulheres em

abortamento, à saúde mental, ao climatério, à participação masculina no planejamento familiar, à saúde das mulheres lésbicas, trabalhadoras rurais, negras, indígenas, adolescentes e mulheres em situação de prisão. Em seu texto, faz-se referência explícita à importância do gênero como instrumento conceitual e político para a compreensão das formas de adoecimento de homens e mulheres, inclusive aquelas relacionadas com a vivência da sexualidade e da reprodução (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007). Outra iniciativa ministerial foi a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, lançada em 2005. Com essa política, o governo declarou que os direitos sexuais e reprodutivos são prioridades e propôs um conjunto de ações para efetivá-los (JANNOTTI; SEQUEIRA; SILVA, 2007).

O Ministério da Saúde, visando ainda garantir esses direitos das mulheres, elaborou também em 2005, a primeira edição da Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento*. Trata-se de um guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres buscando, assim, assegurar a saúde e a vida (BRASIL, 2005b).

Em 2011 foi publicada a segunda edição do documento (BRASIL, 2011). A Norma Técnica é o reconhecimento do Governo brasileiro à realidade de que o aborto realizado em condições inseguras é importante causa de morte materna; que as mulheres em processo de abortamento, espontâneo ou induzido, que procuram os serviços de saúde, devem ser acolhidas, atendidas e tratadas com dignidade; e que a atenção tardia ao abortamento inseguro e às suas complicações, pode ameaçar a vida e a saúde física e mental das mulheres (BRASIL, 2005b; 2011).

As mudanças internacionais no campo da saúde sexual e reprodutiva, foram reforçadas quando, na virada do século, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram formulados: reduzir a pobreza; atingir o ensino básico universal; igualdade entre os sexos e autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; combater HIV/AIDS, malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (THE MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS REPORT, 2010). Entretanto, é consenso admitir-se que a saúde reprodutiva não registrou tantos resultados quanto o previsto.

Em um estudo sobre “Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos na América Latina: uma análise de tendências, compromissos e conquistas”, foi visto que há um número crescente

de organizações, órgãos, grupos e indivíduos, nos níveis regionais e nacionais, que estão se engajando na luta pela saúde e pelos direitos sexuais e reprodutivos nessas regiões, com muitos ganhos registrados, mesmo apenas parciais, devido à desigualdade aguda por razões étnicas, socioeconômicas e geográficas, com evidências de ampliação cada vez maior desse fosso (RICHARDSON; BIRNA, 2013).

Segundo Cook, Dickens e Fathalla (2004), existe uma distinção ética entre direitos humanos negativos e positivos. Os direitos humanos negativos permitem que os indivíduos se comportem da maneira que eles consideram certa, sem estar sujeitos à necessidade de regulamentação ou controle governamental. Dependem da obrigação do Governo e de outros de não intervirem em seu exercício. Em oposição, os direitos humanos positivos dependem de provisões governamentais que vão além dos recursos individuais, e da obrigação governamental ou de outros de intervirem através de atos afirmativos, facilitadores do exercício destes direitos (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004). Ou seja, o direito negativo, garante autonomia, privacidade e liberdade. Podemos exemplificar com o direito da mulher de decidir quantos filhos terá, assim como o espaçamento entre eles. Já o direito positivo necessita de ação governamental para a promoção, proteção e garantia. Como por exemplo, é necessária ação governamental para prover os métodos contraceptivos hormonais e de barreira para que o acesso a esses métodos seja garantido. E, além disso, um apoio à atenção e à assistência ao abortamento.

Ainda segundo esses autores, o maior desafio pode ser a promoção de direitos humanos positivos, pois eles podem depender de recursos financeiros governamentais e da vontade política para alocá-los a serviço desses direitos. O desafio é ainda maior no que se refere aos direitos humanos positivos relacionados aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, uma vez que esses direitos foram recentemente reconhecidos, e permanecem em oposição às forças poderosas de tradição religiosa, que já pautaram a agenda moral pública e privada e continuam a exercer influência política em muitos governos (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004). Os direitos são universais, entretanto, no caso dos direitos sexuais e reprodutivos, trata-se de uma especificidade por serem direitos especiais para as mulheres. No caso da Norma Técnica *Atenção Humanizada ao Abortamento* (BRASIL, 2005b), por exemplo, foi necessário um documento para garantir às mulheres um direito positivo, ou seja, ser bem tratada e ter seus direitos preservados em uma situação de abortamento. Foi preciso lançar mão de uma especificidade para que esse direito pudesse aparecer e ser garantido.

Para haver a titularidade de direitos, sejam eles negativos ou positivos, Petchesky e Judd (1998) afirmam que é necessário mais do que o indivíduo ter um direito, mas principalmente poder exercê-lo. Isto é, para um indivíduo ser titular de direitos, é necessário um conjunto de condições, entre elas: declaração formal desses direitos em leis nacionais e internacionais, correspondência entre esses direitos e costumes, valores e comportamentos sociais; implementação efetiva desses direitos e introjeção dos mesmos nas representações sociais, incluindo o próprio sentimento do indivíduo de titularidade.

Tem-se tornado evidente a dimensão política em jogo. A própria elaboração conceitual e o uso de termos como “direitos reprodutivos”, e mais recentemente, “direitos sexuais”, revela que estamos no plano de uma luta política, de reivindicação por respeito à autonomia individual e promoção das condições de seu exercício (RODHEN, 2003). Deve-se, portanto, levar em consideração que ainda é longo o caminho necessário a ser percorrido para transformar a simples formulação de um conjunto de direitos, na efetiva aplicação e incorporação desses conceitos, garantindo uma saúde sexual e reprodutiva para homens e mulheres.

2.2 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO ABORTAMENTO INDUZIDO

A prática do aborto provocado, também denominado induzido, clandestino ou intencional, não é um fenômeno recente, pois sempre esteve presente na Humanidade. Pode-se dizer que essa prática é tão antiga quanto a existência humana. O que se identifica ao longo da história, é que as motivações que levam as mulheres a abortar variam de acordo com a sociedade e a cultura (BORSARI et al., 2012). Galleotti (2007) afirma que o papel atribuído pela sociedade à mulher, o modo de se conceber feto e gravidez, bem como interesses políticos prevalentes, têm delineado decisiva e diversamente a história do aborto desde a Antiguidade. Mas o aborto nem sempre foi considerado um fato criminoso, e somente com o decorrer do tempo é que sua prática sofreu restrições e foi legitimada (BORSARI et al., 2012).

Segundo Schor e Alvarenga (1994), a prática do aborto é conhecida em todas as épocas e culturas, tendo sentido e significado específicos em cada uma delas. Há registros da prática do aborto na literatura de povos antigos, como egípcios, chineses, gregos, assírios e romanos dos períodos anteriores ao Cristianismo (VILLELA; BARBOSA, 2011). O imperador chinês Shen Nung cita em texto médico escrito entre 2737 e 2696 a.C. a receita de um abortífero oral, provavelmente contendo mercúrio (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Também há registro de aborto no Código de Hamurabi, criado pela civilização babilônica no século V a.C., segundo o qual o aborto era referido como crime praticado por terceiros, e caso a prática abortiva resultasse na morte da gestante, o alvo da pena era o filho do agressor. O Código Hitita, criado no século XIV a.C., também considerava crime o aborto praticado por terceiros, sendo a pessoa punida com uma pena pecuniária cujo valor dependia da idade do feto (TEODORO, 2007).

Menções ao aborto também foram encontrados nos escritos egípcios sobre contracepção, que datam de 1850 a 1550 a.C., nos quais se falava de receitas com ervas cujas propriedades químicas, descobertas com a ciência moderna, poderiam ser contraceptivas ou causar à mulher aborto e infertilidade (TEODORO, 2007). Na Grécia não havia leis específicas sobre o aborto. Pode-se especular que isso era decorrente do estatuto inferior das mulheres em relação aos homens. Assim, embora a prática do aborto fosse comum, não era considerada uma questão de importância para o Estado, o qual não se preocupava com “assuntos de mulheres” (VILLELA; BARBOSA, 2011). Em contrapartida, Aristóteles preconizava o aborto como método eficaz para limitar os nascimentos e manter estáveis as populações das cidades gregas. Por sua vez, Platão opinava que o aborto deveria ser obrigatório, por motivos eugênicos, para as mulheres com mais de 40 anos, e para preservar a pureza da raça dos guerreiros. Sócrates aconselhava às parteiras, por sinal, profissão de sua mãe, que facilitassem o aborto às mulheres que assim o desejassem. Já Hipócrates, em seu juramento, assumiu o compromisso de não aplicar represálias em mulheres que provocassem o aborto (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Na civilização romana o aborto era proibido, e as mulheres que o praticavam eram punidas, aparentemente em função dos efeitos sobre a saúde das mulheres, resultantes dos métodos utilizados. No entanto, o aborto era muito frequente. No Código de Hamurabi, segundo Villela e Barbosa (2011), o aborto também era fortemente reprimido. Esses autores afirmam que apesar da tolerância social ao aborto em algumas culturas milenares, esta prática sempre existiu mas nunca foi um consenso, como existiu também nas culturas que a ela se opunham. Do mesmo modo, até em uma mesma cultura, o grau de aceitação ao aborto varia de acordo com o período histórico (VILLELA; BARBOSA, 2011).

Nessas culturas, a oposição ao aborto apoiava-se, tal como agora, em razões filosóficas e religiosas. Com o advento do Cristianismo e a forte influência que a Igreja passa a ter sobre os governos, o aborto deixa de ser um tema da reflexão filosófica, para se tornar objeto de interesse do Estado (VILLELA; BARBOSA, 2011). O aborto passou a ser

definitivamente condenado, com base no Mandamento Bíblico “Não matarás”. Essa posição é mantida até hoje pela Igreja Católica, mas, ao contrário do que se possa pensar, ela não foi tão uniforme ao longo dos anos. Interesses políticos e econômicos contribuíram para que isso acontecesse (SCHOR; ALVARENGA, 1994). Inicialmente, a condenação religiosa ao aborto tomou como pressuposto a ideia de que as mulheres não tinham o direito de suprimir ao marido sua descendência. Mais tarde, o foco dessa discussão deslocou-se para o embrião, considerado como dotado de alma- portanto, um “filho de Deus”, a partir de dado momento (VILLELA; BARBOSA, 2011).

Para Galeotti, a linha divisória fundamental da história do aborto encontra-se no século XVIII quando, a partir dos descobrimentos médicos e sob a ratificação dos Estados nacionais que se consolidaram após a Revolução Francesa, começou-se a privilegiar a vida do feto, futuro trabalhador e soldado. Antes desse marco, o aborto era fundamentalmente uma questão da mulher, a única que podia testemunhar acerca de sua gravidez. O feto, em geral, era considerado simples apêndice do corpo da mãe. Com a Revolução Francesa, a questão do aborto passou a ter um alcance público. O feto podia ser visto agora como uma entidade autônoma, o que representou mudanças significativas também para a reflexão teológica da época, lembrando que em 1889 o papa Pio IX publicaria o *Apostolicae sedis*, documento no qual requer a excomunhão de mulheres que praticarem o aborto em qualquer fase da gestação. Ao longo do século XIX até as décadas de 60 e 70, houve uma tendência fundamental assumida pelo Estado no sentido de privilegiar a vida do feto mediante repressão mais intensa ao aborto. As mulheres, então, passaram a ser castigadas com severidade, uma vez que a medicina confirmava a existência do feto como uma entidade autônoma (GALEOTTI, 2007).

No século XX, devido à queda populacional provocada pela Primeira Guerra Mundial, alguns países da Europa passaram a proibir o aborto, e dentre eles principalmente a França, que assim se constituiu como um dos primeiros a adotar uma política natalista, proibindo radicalmente o aborto. Na União Soviética, ao contrário da França, devido à nova economia emergente, as políticas sociais foram revisadas no sentido de dar garantias à saúde da mulher trabalhadora, sendo o aborto legalizado em 1920.

Na Segunda Guerra Mundial, com a ascensão do nazifascismo, o aborto foi considerado um crime contra a Nação e sua proibição manteve-se até a década de 60 na maioria das nações europeias, com exceção dos países escandinavos, dos países socialistas e do Japão. Nos países escandinavos (Dinamarca, Islândia e Suécia), o aborto foi legalizado devido à forte tradição protestante luterana que os tornou mais abertos à reforma sexual. No

Japão o aborto foi liberado no pós-guerra como forma de controle de natalidade, tendo como objetivo impedir o aumento da miséria face à grave crise econômica pela qual passava o país nesse período. Nas décadas de 60 e 70, com a nova posição da mulher na sociedade, a ascensão do movimento feminista e a maior liberdade sexual, o aborto passa a ser um tema mais recorrente e alguns países começam a liberá-lo (SCHOR; ALVARENGA, 1994).

Entende-se que em vários países e em determinados momentos, o aborto foi utilizado como método contraceptivo, e sua prática, relacionada com as questões culturais dos grupos sociais, sofrendo forte influência política e religiosa. Essas questões se perpetuam e se mantêm nas discussões acerca dessa temática na atualidade. No Brasil, durante muito tempo, o aborto foi considerado pelas elites dominantes e pela Igreja Católica como um desregramento moral, e devido ao seu crescente número, surgiu a necessidade de se criar uma legislação que proibisse sua prática. Somente na década de 70, com a realização de estudos acadêmicos em saúde pública, o aborto passou a ser problematizado como fato social, e não somente como desvio moral. São revelados, então, dados indicando a alta incidência do aborto, a sua prática clandestina e a sua relação com a pobreza (BORSARI et al., 2012).

Diante do exposto, é possível inferir que aborto não é um evento das sociedades contemporâneas e nem está relacionado à maior liberdade sexual das mulheres. Villela e Barbosa (2011), afirmam que ao contrário disso, pode-se argumentar que o aborto muitas vezes é resultado da falta de liberdade e autonomia das mulheres sobre seus corpos. Após essa breve síntese da trajetória histórica do aborto, podemos perceber que o aborto, ao longo deste período, foi permitido ou proibido conforme os interesses econômicos e políticos de cada época, perpassando sempre por questões morais, éticas, legais e religiosas que perduram até os dias hoje.

2.3 O ABORTO, SEGUNDO A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

De acordo com o Código Penal Brasileiro, vigente desde 1940, o aborto é considerado um crime contra a vida humana, tal como um homicídio, embora com uma pena menor. É criminalizado o aborto provocado pela gestante ou por terceiros (com ou sem o consentimento da gestante) e é prevista a detenção de um a três anos para a mulher que realiza o autoaborto, ou que consente que terceiros o faça, sendo prevista a reclusão de 3 a 10 anos para a pessoa que faz o aborto em uma mulher sem o seu consentimento (BRASIL, 2008a).

Quanto à criminalização do aborto, existem divergências principalmente por ser considerada uma Lei ultrapassada (vigente há 75 anos) e contraditória para alguns autores.

Vilella e Barbosa (2011), por exemplo, fazem uma crítica relacionada ao paradoxo do aborto ser considerado crime, considerando que pode ser um ato no qual a mulher tenta evitar consequências desastrosas para a sua vida e a de outras pessoas, incluindo a da própria criança, ainda em gestação. Acreditam ser paradoxal também o fato de o embrião ser considerado “vida humana”, fato que provoca polêmicas em diversas áreas do conhecimento, como a biologia, a medicina e o direito. Somado a isso, Domingues (2009) afirma a inconveniência de se dar ao embrião o estatuto de vida humana, ou de “pessoa”, acreditando que isso fica evidente na desproporção entre a pena do aborto e a do homicídio, pois leva a supor que esta tipificação tem mais um caráter punitivo em relação à mulher do que a intenção de romper com a norma social da maternidade obrigatória para preservar sua integridade e a dignidade do filho que poderia ter (DOMINGUES, 2009). É consenso que vida e dignidade humana constituem bens fundamentais a serem protegidos pelas leis. Entretanto, Vilella e Barbosa (2011) afirmam que no debate sobre o direito das mulheres ao aborto, tem ocorrido um deslocamento, sendo posto em questão o direito do embrião ou feto ao desenvolvimento à condição de vida, por meio da atribuição do estatuto de pessoa a ele.

Ainda de acordo com o Código Penal, é isento de punição o aborto realizado quando há risco de morte para a gestante se precedido do seu consentimento, no caso de gravidez decorrente de estupro, o que é considerado mais um paradoxo por Domingues (2009), que argumenta porque razão o feto, cuja vida é tutelada pela legislação do País, passa a ser preterido perante a honra e a integridade física ou mental da mãe; e ainda questiona qual é o argumento jurídico moral que sustenta a opção pela morte, já que o legislador se refere ao produto da concepção como pessoa humana. Em vista disso, esse permissivo sugere uma valoração moral segundo a qual a mulher poderia rejeitar uma determinada vida que apresentasse importância menor do que a produzida em uma relação consentida. Vilella e Barbosa (2011) corroborando essa ideia, afirmam que a questão não estaria restrita ao embrião e seu suposto direito ao desenvolvimento e sim, ao comportamento sexual da mulher, ou seja, se ela consentiu em ter relação sexual, deve arcar com as consequências, inclusive com uma gestação mesmo que não tenha sido planejada ou desejada. Essa reflexão sobre a ambiguidade da aceitabilidade do aborto nos casos de estupro, exige que se questione a ideia de consentimento, divisor moral de águas entre a punibilidade ou não da mulher que decide abortar.

Apesar do “amparo” da Lei, apenas no ano de 1997 foram criadas condições para sua operacionalização por meio da Resolução 258/97, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O

documento determinou que o atendimento, em casos de aborto previsto em Lei, fosse regulamentado pelo Ministério da Saúde por meio do SUS (CNS, 1997). Com esse objetivo, o referido Órgão governamental lançou duas Normas Técnicas com diretrizes para o devido atendimento às mulheres vítimas de violência sexual que eventualmente resultassem em gravidez, e para a atenção pós abortamento (BRASIL, 2005a; 2005c). Desta maneira, ficou estabelecido que o SUS deve oferecer o serviço de abortamento legal nos casos previstos em Lei. Recentemente, em 2012, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu pela constitucionalidade da interrupção da gravidez de feto anencefálico. Nestes casos, a gestação é considerada de alto risco, havendo o perigo de acúmulo de líquido no útero, descolamento de placenta e hemorragia, além da falta de perspectiva de sobrevivência para o feto.

Uma pesquisa multicêntrica de opinião pública realizada em 2011 em quatro países da América Latina, incluindo o Brasil, identificou que as opiniões sobre a legalização do aborto são contrárias às políticas restritivas atuais, e que a polarização do debate entre duas posições é muito simplista. A maioria dos participantes do estudo defendeu uma legislação mais liberal do que a atualmente existente em seus países, e foram a favor da legalização do aborto em determinadas circunstâncias. O estudo também revelou a aspiração por um debate mais aberto e participativo sobre a questão (FLACSO, 2011). Entretanto, não foi o que identificou um levantamento realizado pelo Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA): até o final de 2013, 34 projetos relacionados à temática do aborto e dos direitos reprodutivos tramitavam no Congresso Nacional. Desses, 31 propunham restringir ainda mais a legislação e apenas três apresentavam propostas de ampliação dos direitos sexuais e reprodutivo das mulheres (CFEMEA, 2013).

Recentemente, vivemos mais um retrocesso relacionado com a questão do aborto. A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) da Câmara Federal aprovou por ampla maioria, no dia 21 de outubro de 2015, um Projeto de Lei de autoria do Presidente da Casa, Deputado Eduardo Cunha, que estabelece penas específicas para quem induzir ou orientar gestantes ao aborto. Além disso, proíbe a venda de meios abortivos e também acrescenta a necessidade de exame de corpo de delito para atendimento pelo SUS, em casos de estupro. A proposta ainda precisa ser avaliada pelo plenário da Casa e tramitar no Senado (ALVARES; CALCIAN, 2015).

É consenso entre muitos autores pesquisados, que a ilegalidade do aborto no Brasil provoca diversas consequências negativas para a saúde das mulheres, porque pouco inibe a prática, implica em riscos à saúde inerentes à clandestinidade e perpetua a desigualdade social

(OMS, 2004; DINIZ, 2007; ADESSE et al., 2008; BRASIL, 2008b; FONT-RIBERA et al., 2008; GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008; BRASIL, 2009; 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011; FREIRE, 2012; SOARES, 2012; OMS, 2013; TORRES, 2015). Há, assim, um contexto que impõe às mulheres oportunidades desiguais de evitar uma gravidez ou de escolher seu desfecho.

Torres (2015) afirma ainda que a criminalização do aborto é inconstitucional, e para justificar tal afirmação cita diversos motivos: é incompatível com o sistema constitucional brasileiro; constitui um instrumento ideológico de controle da sexualidade feminina; representa um mero instrumental simbólico da ideologia patriarcal; não tem sido eficaz nem é útil para a proteção da vida intrauterina; está sendo mantida com um enorme custo social; impede a implantação e a efetivação de medidas realmente eficazes para o enfrentamento do problema; acarreta às mulheres terríveis sequelas e morte; bem como contraria, de modo flagrante, os princípios jurídicos e democráticos da idoneidade, da subsidiariedade e da racionalidade; e afronta, também as exigências jurídico-penais de não se criminalizar uma conduta de modo simbólico, nem para impor uma determinada concepção moral ou punir condutas frequentemente aceitas ou praticadas por parcela significativa da população.

2.4 MAGNITUDE DO ABORTAMENTO INDUZIDO

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) são de que, anualmente, 22 milhões de mulheres se submetem a abortos inseguros no mundo. Desses, 21,2 milhões ocorreram em países em desenvolvimento. Isto representa a realização de 14 abortos inseguros por 1.000 mulheres entre 15 e 44 anos, e assinala uma associação perversa entre aborto inseguro e pobreza (OMS, 2011).

Outra pesquisa realizada pelo Guttmacher Institute (SEDGH, 2012), estimou que apenas no ano de 2008 ocorreram 43,8 milhões de abortos no mundo, dados da última aferição realizada pela Organização. Quase metade desses abortamentos foram praticados em condições consideradas inseguras, tendo sido a esmagadora maioria destes, cerca de 98%, realizada em países pobres e com leis restritivas ao abortamento, incluindo o Brasil.

Corroborando o exposto, estudos apontam com veemência que quanto menos restritiva for a legislação em um país a respeito do aborto, menor será sua prevalência; e quanto maiores forem as restrições legais existentes, maior será o percentual de abortos provocados e inseguros, com sérias consequências para a saúde das mulheres, para seus direitos e para a saúde pública. Além disso nos países onde o abortamento induzido legal está sumamente

restrito, ou não está disponível, na maioria das vezes o abortamento seguro torna-se um privilégio dos ricos, e as mulheres de baixa renda são mais suscetíveis a procurar métodos inseguros de abortamento, que provocam morte e morbidades, gerando responsabilidade social e financeira para o sistema de saúde pública (OMS, 2011; VILLELA; BARBOSA, 2011; SEDGH, 2012; OMS, 2013).

Assim como na maioria dos países com contexto restritivo legal, no Brasil há poucos dados sobre a magnitude do aborto provocado, o que se justifica pela condição de ilegalidade dificultar a quantificação do número de abortos realizados no País anualmente. As estimativas da sua magnitude são feitas por métodos indiretos, como as inferências a partir das internações por complicações decorrentes do aborto, ou de métodos diretos, como inquéritos populacionais, ou ainda, realização de entrevistas domiciliares (VILLELA; BARBOSA, 2011). Além da dificuldade de acesso a dados fidedignos, há um elevado número de mulheres que omitem ter induzido um aborto, quando questionadas nas pesquisas realizadas por meio de questionários com perguntas diretas. Isso se justifica pelo fato de as mulheres sentirem-se geralmente constrangidas ou amedrontadas para declarar o procedimento (BRASIL, 2009), até porque aspectos culturais, religiosos, legais e morais também contribuem para inibir as mulheres a declararem seus abortamentos (BRASIL, 2014a).

Apesar disso, estudos que abordam esse tema demonstram que essa é uma prática comum entre elas. A Pesquisa Nacional de Aborto (PNA), um levantamento nacional com 2.002 mulheres, conduzido em regiões metropolitanas, realizada em 2010, apresenta dados insólitos sobre abortos provocados, particularmente porque são evidências empíricas com base em pesquisa domiciliar, em que se utilizou a combinação do método da urna e de questionários aplicados por entrevistadoras por amostragem aleatória representativa para todo o Brasil urbano. Nessa pesquisa evidenciou-se que uma em cada cinco mulheres de até 40 anos e que 15% das mulheres entre 18 e 39 anos já realizaram pelo menos um aborto na vida, sendo que 55% delas necessitaram de internação hospitalar por complicações. O método mais comum é que a mulher comece o aborto em casa, com medicamento e vá para a rede pública fazer a curetagem (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Adesse et al. (2008) em pesquisa através de dados indiretos sobre a magnitude do aborto no Brasil, estimaram que em 2005 um número aproximado de 1,04 milhões de mulheres teriam abortado, com uma taxa estimada de 21 abortos para mil mulheres (BRASIL, 2008b). Dados do SUS revelam que ocorreram 223.350 internações pós-aborto no Brasil em 2006. O painel de indicadores do SUS sobre o tema da Saúde da Mulher, no que se refere ao

seu adoecimento e morte, aponta que nesse ano, mais de 2 milhões de mulheres entre 10 e 49 anos de idade, foram internadas nos hospitais públicos, sendo 233 mil em decorrência de aborto. No mesmo ano, o aborto foi a terceira maior causa de internação entre esse segmento populacional (BRASIL, 2007).

A curetagem pós aborto é o procedimento obstétrico mais realizado nos hospitais públicos do país, depois do parto, uma tendência observada também em outros países onde o aborto é considerado crime. As complicações do aborto inseguro representam a quinta causa de internação obstétrica no SUS (VILLELA; BARBOSA, 2011). Isso mostra o elevado custo da criminalização do aborto para o sistema público de atenção à saúde no Brasil, já que tais complicações estão diretamente relacionadas às precárias condições em que o aborto é realizado no País por ser considerado ilegal (SINGH; MONTEIRO; LEVI, 2010).

Alguns autores indicam um lento declínio do número de abortos inseguros, o que teria relação com uma redução global de gestações decorrente do acesso mais ampliado a métodos contraceptivos. Dado que as estimativas são majoritariamente indiretas, é possível também que, em parte, essa redução não seja real e apenas represente a redução das complicações por aborto resultante do uso disseminado do Misoprostol⁵, que tem se mostrado bastante seguro e eficaz para a indução do aborto. Entretanto, no Brasil, a magnitude do aborto provocado ainda é alta (ADESSE et al., 2008; SINGH, 2010; VILLELA; BARBOSA, 2011).

Em relação à mortalidade, estima-se que não tem havido avanços nos últimos anos em relação ao declínio da mortalidade materna. Em pesquisa realizada por Laurenti et al.(2003), em todas as capitais e no Distrito Federal foi possível evidenciar um valor de 74 óbitos/100.000 nascidos vivos no País, diferentemente do que ocorre em alguns países onde o aborto está previsto na lei, e a Razão de Mortalidade Materna (RMM) por esta causa é reduzida ou inexistente. Villela e Barbosa (2011) destacam ainda o fato da distribuição dos óbitos por aborto no País não ser homogênea, assim como também não é no mundo, o que acaba evidenciando uma das faces mais perversas da ilegalidade, pois as mulheres mais vulneráveis socialmente são as mais penalizadas.

⁵ O misoprostol é um princípio ativo farmacêutico desenvolvido para tratamento e prevenção de úlceras gastroduodenais. Posteriormente, foi empregado como ocitócito, ou seja, como estimulante uterino que induz contrações e o alargamento do colo uterino. Ao longo do tempo, foi comprovado um uso estável, seguro, eficaz, barato e de fácil administração na área obstétrica. Suas indicações incluem: indução do trabalho de parto, prevenção e tratamento de hemorragias obstétricas, término de processos de abortamento precoce e cuidado pós-aborto (FAÚNDES, 2007). Estudos brasileiros na área da saúde pública evidenciaram que o recurso ao misoprostol (cujo nome comercial é Cytotec) é, hoje, o principal meio para se induzir aborto em mulheres no país (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009; DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Foi possível observar que o abortamento inseguro, mesmo sendo passível de prevenção, continua colocando em risco a vida e a saúde de várias mulheres. A ilegalidade do aborto não costuma produzir efeitos sobre a necessidade de praticá-lo, entretanto, afeta de forma dramática o acesso em condições seguras. É necessário maior esforço no sentido de ampliar o acesso das mulheres à educação sexual, ao planejamento reprodutivo de qualidade e ao abortamento induzido de forma legal e segura, simultaneamente com uma atenção às complicações decorrentes do abortamento para que se possa, então, refletir a respeito da diminuição da magnitude do aborto no Brasil e no mundo.

2.5 CAMPO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL RELACIONADA AO ABORTAMENTO INDUZIDO

São escassos os estudos brasileiros realizados e publicados na área da Enfermagem abordando a temática do abortamento induzido, principalmente no que tange aos aspectos subjetivos desse processo na vida das mulheres, o que chama a atenção frente às estatísticas tão altas acerca desse procedimento. Uma revisão integrativa abrangendo um período de 20 anos (1984 a 2014), utilizando como descritor “aborto induzido”, foi realizada em julho de 2014 nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), encontrou 23.805 publicações, entretanto, apenas 153 eram nacionais e estavam disponíveis com textos completos.

Os critérios de inclusão utilizados nessa revisão foram: produções científicas nacionais que enfocassem o aborto induzido publicadas de 1984 a 2014, com acesso *online* aos artigos, dissertações e teses na íntegra. Foram excluídas as publicações que não tivessem como tema central o aborto induzido e os estudos que enfocassem o aborto induzido como consequência da existência de óbito fetal intraútero. Vale destacar que não foi feita seleção das produções científicas por língua estrangeira; no entanto, após realizar a filtragem com estudos publicados no Brasil, que estivessem na íntegra, restaram apenas estudos publicados em Português, Inglês e Espanhol. Os estudos incluídos na pesquisa, segundo os critérios estabelecidos, pertenciam apenas a duas bases de dados, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Nacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), responsáveis por 60,1% e 39,8% das publicações, respectivamente.

Após a identificação de títulos e resumos desses estudos, foram selecionados 85 que abordaram o aborto induzido. Posteriormente à leitura da produção científica na íntegra,

restaram 77 estudos. Para extração dos dados das produções selecionadas a fim de caracterizá-las, foi elaborada uma ficha de análise documental obtida a partir do modelo de um estudo (SILVA et al., 2012), composta pelas seguintes variáveis: tipo e título da publicação; título do periódico; autores do estudo; área de conhecimento; ano de publicação; procedência da produção, objetivo ou questão da publicação; sujeitos do estudo e/ou fonte da investigação; delineamento da pesquisa: quantitativa (experimental, quase experimental ou não experimental); qualitativa; e não pesquisa (revisão da literatura; reflexão teórica/prática; relato de experiência); aspecto da pesquisa (clínico-epidemiológica; sociocultural); enfoque (aspectos clínicos e epidemiológicos, fatores determinantes, morbidade e mortalidade, técnicas, discussão da legislação, vivência e aspecto emocional e assistência); nível de evidência e conclusões.

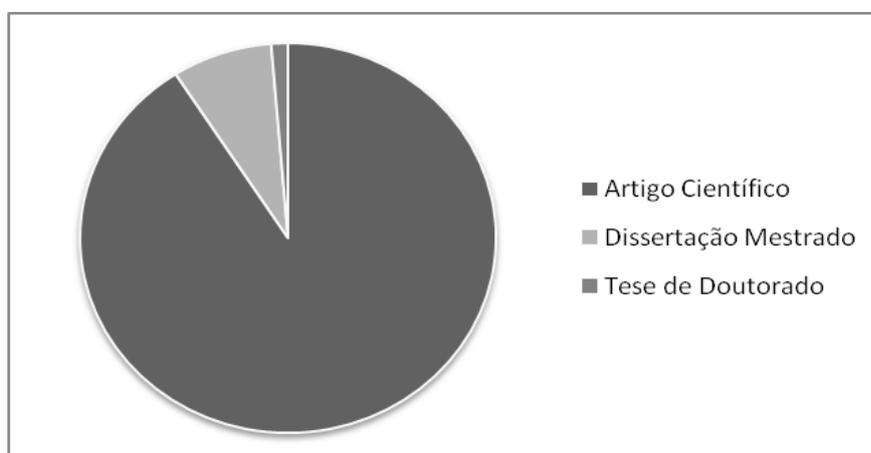
Os dados coletados foram expostos, primeiramente, por percentual estatístico, e classificados segundo o Sistema de Classificação de Evidências (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011), que consiste em um sistema de classificação hierarquizado, dependendo da metodologia utilizada, sendo categorizado como de nível 1 - as pesquisas que sintetizam todos os estudos controlados e randomizados, de nível 2 - estudos de ensaio clínico randomizado e controlado, como de nível 3 - estudos controlados e não randomizados, de nível 4 - estudos de caso-controle ou coorte, de nível 5 - pesquisas que sintetizam estudos qualitativos ou descritivos, como nível 6- estudos descritivos e qualitativos, e finalmente, de nível 7 - os provenientes de opinião de especialistas.

Com relação à variável procedência da produção, o estado brasileiro que publicou o maior número de estudos, dentre as 77 publicações com acesso *on-line* na íntegra, relacionados ao aborto induzido, foi o Rio de Janeiro (33 = 42,9%), seguido por São Paulo (29 - 37,7%). Essa expressividade, como polo de geração de conhecimento, remete à concentração dos centros de pesquisa e de pós-graduação, já que a maioria dos 485 programas e cursos de pós-graduação, em todas as subáreas de conhecimento da área da Saúde, encontra-se na Região Sudeste (BRASIL, 2014b), o que amplia o acesso à informação e ao conhecimento sobre a questão do aborto induzido, e a possibilidade de a melhoria da assistência à saúde nesta Região. Entretanto, os estados das Regiões Norte e Nordeste apresentaram taxas de abortamento mais elevadas e menores índices de redução, sendo que em algumas capitais desses Estados, o abortamento permanece como primeira causa de morte materna há mais de uma década (BRASIL, 2008b), o que representa uma lacuna significativa

de conhecimento sobre o aborto induzido nessas localidades, visto que apenas 5 (6,5%) estudos foram realizados: no Pará (1), no Ceará (1) e em Pernambuco (3).

Quanto ao tipo de publicação, apenas 1(1,3%) tese de doutorado e 6 (7,8%) dissertações de mestrado, na íntegra, foram publicadas acerca dessa temática, sendo a maioria dos textos (70 = 90,9%) no formato de artigo científico. Esse resultado deve motivar a publicação de dissertações e teses nas bases de dados LILACS e MEDLINE, especialmente as mais antigas que provavelmente não estão digitalizadas, talvez pelo fato de os autores não terem tido a facilidade e o acesso aos meios eletrônicos atuais para a divulgação dos respectivos trabalhos.

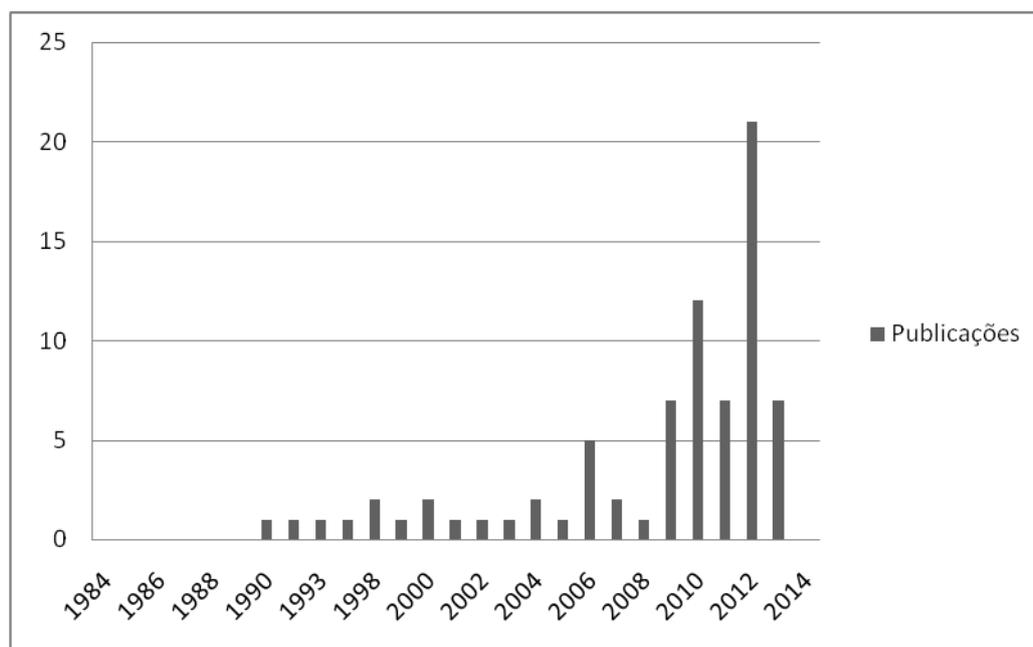
Gráfico 1 - Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido por tipo de publicação



Fonte: Elaboração própria

Segundo a variável ano de publicação, constatou-se uma curva crescente em nível quantitativo, o que indica um início de aumento no interesse pela produção científica acerca dessa temática, em 2006, que se intensifica em 2012; ou seja, um interesse extremamente recente, como se pode observar no Gráfico 2, a seguir.

Gráfico 2 - Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido por ano, no período de 1984-2014



Fonte: Elaboração própria.

No tocante à área de conhecimento, verificou-se que 31 (40,3%) estudos realizados e publicados a respeito do aborto induzido, encontram-se somente na área da Medicina, resultado que pode ser explicado pelos grupos de pesquisa que contam com maiores incentivos financeiros voltados para a produção de conhecimento, principalmente no aspecto clínico epidemiológico (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da quantidade de publicações sobre o aborto induzido por área de conhecimento, 1984-2014

Área de Conhecimento	N	%
Medicina	31	40,3
NãoConsta	18	23,4
Enfermagem	14	18,2
Medicina e Psicologia	5	6,5
Antropologia e Sociologia	3	3,9
Enfermagem e Psicologia	2	2,6
Antropologia	1	1,3
Direito	1	1,3
Medicina, Farmácia e Psicologia	1	1,3
Psicologia e Sociologia	1	1,3
Total	77	100

Fonte: Elaboração própria.

Destaca-se que em 18 estudos (23,4%) não consta a área de conhecimento dos autores. Quanto aos outros 28 (36,4%), estão divididos em diversas áreas, desde Enfermagem, que participa com o terceiro maior quantitativo (14 = 18,2%) de estudos publicados sobre essa temática; Farmácia, que se encontra dentro das Ciências da Saúde, até as Ciências Humanas e Sociais, como Antropologia, Direito, Sociologia e Psicologia (Tabela 2).

É imperioso sublinhar que a parceria entre os profissionais de saúde e de outras áreas externas é muito valiosa, com troca de experiências e colaboração para a melhora da qualidade da assistência à mulher, seja para prevenir uma gestação indesejada e, conseqüentemente, um aborto induzido, ou para o acolhimento e assistência após esse episódio em sua vida.

Tabela 2 - Distribuição das publicações sobre aborto induzido, segundo o Delineamento da Pesquisa no período de 1984 a 2014

Delineamento da Pesquisa	N	%
Pesquisa- Populacional ou Epidemiológica (estudos descritivos)	53	68,8
Pesquisa- Abordagem Qualitativa e Descritiva	9	11,7
Pesquisa- Abordagem Qualitativa	6	7,8
Não Pesquisa- Revisão Literatura	5	6,5
Não Pesquisa- Relato de Experiência ou Opinião de Especialista	4	5,2
Pesquisa- Metanálise	0	0
Total	77	100

Fonte: Elaboração própria.

A análise dos delineamentos das pesquisas nos 77 (100%) estudos selecionados, mostrou que a maioria optou pela pesquisa populacional ou epidemiológica (estudos descritivos) – 53 (68,8%), e 9 (11,7%) estudos com abordagem qualitativa e descritiva. Destaque para 6 (7,8%) estudos com abordagem apenas qualitativa, muito utilizadas por pesquisadores quando existe uma lacuna no conhecimento de determinado fenômeno

(RICHARDS; MORSE, 2007). Dessa maneira, considerando que a temática está envolta a estigmas, representações negativas e questões morais e religiosas que afetam as mulheres que realizam o aborto, destaca-se a importância da construção de estudos com o desenho qualitativo.

Os outros estudos publicados com menor quantitativo utilizaram a revisão de literatura (5 = 6,5%) e o relato de experiência ou a opinião de especialista (4 = 5,2%). Destaca-se que não foram encontrados estudos com metanálise (sintetiza revisões sistemáticas) e/ou revisão sistemática, o que pode ser esclarecido pela responsabilidade da Colaboração Cochrane (organização com centros colaboradores em diferentes países) em elaborar e disseminar as revisões sistemáticas que retratam a eficácia de intervenções na área da saúde, sendo que os estudos incluídos nessas revisões têm, geralmente, o desenho de pesquisa experimental (MENDES et al., 2008).

Considerando a distribuição dos estudos pela abordagem metodológica, e de acordo com o sistema de classificação de evidências, focalizado pela prática baseada em evidências (PBE) utilizado em estudos de revisão integrativa, foi constatado que grande parte dos estudos dessa investigação encontra-se no nível 6, com 64 estudos (83,1%), devido à sua natureza descritiva (estudos não experimentais). Os estudos descritivos adotaram como variáveis: idade, classe social, religião, tempo gestacional, tipo de aborto, procedimento abortivo, tempo de internação e complicações de saúde. Considera-se que tais estudos não apresentam fortes evidências para aplicação clínica. Vale ressaltar que nenhum estudo foi classificado nos níveis 1, 2 ou 3, caracterizados como estudos com melhores evidências para a prática clínica, como mostra a Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das publicações sobre aborto induzido, segundo o Sistema de Classificação de Evidências, 1984-2014

Nível de Evidência	N	%
Nível 1- Metanálise	0	-
Nível 2- Randomizado e Controlado	0	-
Nível 3- Não Randomizado e Controlado	0	-
Nível 4- Caso Controle ou Coorte	2	2,6
Nível 5- SintetizaEstudosQualitativos	3	3,9

Nível 6- Estudo Descritivo e/ou Qualitativo	64	83,1
Nível 7- Opinião de Especialista	4	5,2
Não se aplica	4	5,2
Total	77	100

Fonte: Elaboração própria.

As produções foram classificadas de acordo com os aspectos sociocultural e clínico-epidemiológico, entendendo-se por *aspecto* a forma através da qual as produções podem ser entendidas ou explicadas. Segundo essa variável, 63 (81,8%) são estudos de aspecto sociocultural e 14 (18,2%) correspondem ao aspecto clínico-epidemiológico. Tomando-se por base esses dados, deve-se destacar a importância das pesquisas socioculturais, visto que o aborto é considerado um fenômeno subjetivo e multifacetado, o que aponta para a necessidade de os profissionais de saúde levarem-no em consideração no planejamento de suas ações.

No que concerne aos enfoques das produções, é possível notar que a maioria está vinculada aos determinantes sociais para a realização do aborto induzido, que apareceu em 35 estudos (45,5%); seguida pelos enfoques vivência e aspecto emocional em 18 estudos (23,4%); discussão da legislação em 13 estudos (16,9%); clínico-epidemiológico em 11 estudos (14,3%); técnicas utilizadas, em 8 estudos (10,4); assistência, em 4 estudos (5,2%); e por último, o enfoque na morbidade e mortalidade, que apareceu também em 4 estudos (5,2%). É importante salientar que alguns estudos foram enquadrados em mais de um enfoque.

Conforme supracitado, o enfoque referente aos determinantes sociais para a realização do aborto induzido destacou-se nas publicações científicas selecionadas. Para melhor entendimento, os determinantes sociais da saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais étnicos / raciais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, gerando desigualdades (MALARCHER, 2010). Verificou-se nos estudos analisados que esses determinantes desempenham papel importante na decisão do aborto induzido, e que mulheres em circunstâncias sociais menos favorecidas assim como aquelas com baixa escolaridade, são mais propensas a experimentar uma gravidez indesejada e ter como consequência um aborto induzido, do que mulheres com melhores recursos financeiros e sociais (FUSCO et al., 2008; FUSCO et al., 2012; SANTOS et al., 2012; BORSARI et al., 2013). Malarcher (2010) acrescenta que o aborto inseguro não é uma

questão de "livre escolha", mas uma consequência dos determinantes sociais que expressam as iniquidades às quais as mulheres estão sujeitas.

Nos estudos, foi possível observar que a vivência e os aspectos emocionais desencadeados pelo aborto induzido são inúmeros. Destaca-se o conflito entre as questões culturais enraizadas, maternidade como destino da mulher, por exemplo, e o conflito com as exigências atuais, como no campo profissional. Sentimentos como ansiedade, culpa, medo, depressão, arrependimento, solidão e alívio, foram vivenciados pelas participantes dos estudos (BOEMER; MARIUTTI, 2003; BENUTE et al., 2009; NOMURA et al., 2011; PEREIRA et al., 2012).

Quanto aos trabalhos que tiveram como enfoque a discussão da legislação brasileira referente ao aborto, destacam-se objetos de estudo como as implicações da criminalização do aborto induzido para a saúde pública, a opinião de Juízes e Promotores de Justiça sobre a legislação brasileira e as circunstâncias em que o aborto induzido deveria ser permitido, além do conhecimento e opiniões sobre a questão do aborto de profissionais da área de Direito e da Saúde, em geral.

Destaca-se a falta de conhecimento da situação legal do aborto entre os profissionais de saúde, entretanto, é consenso face aos resultados encontrados, a necessidade de mudanças na atual legislação brasileira no sentido de ampliar as circunstâncias nas quais não se pune o aborto, e até deixar de considerá-lo como um crime, independentemente da circunstância em que for praticado. Tal mudança justifica-se pelo fato de a criminalização não coibir a prática, e por trazer consequências negativas para a saúde pública (FAÚNDES et al., 2007; SILVA; BIANCO, 2009; DUARTE et al., 2010; MEDEIROS et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

Alguns estudos tiveram como enfoque os aspectos clínicos e epidemiológicos do aborto induzido. Apesar da dificuldade de se conhecer a exata medida de sua ocorrência, em função da ilegalidade dessa prática, os estudos analisados destacam que as estimativas de aborto induzido, apesar de uma redução em sua ocorrência, ainda se apresentam elevadas assim como suas complicações físicas e emocionais. Evidenciou-se que o aborto atinge mulheres nos diferentes grupos etários, com maior ocorrência em idade reprodutiva, entretanto, chama especial atenção a ocorrência entre adolescentes (VIEIRA et al., 2007; FUSCO et al., 2008; CECATTI et al., 2010; MELLO et al., 2011; CHAVES et al., 2012), principalmente pelo fato de que este grupo etário, além de toda a complexidade que permeia o tema do aborto, o impacto da gravidez leva principalmente ao medo da não aceitação da família e pode ser marcado por extremo sofrimento (FARIA et al., 2012).

No que tange ao enfoque da assistência, foi possível observar que os autores destacaram a qualidade da atenção às mulheres no processo de aborto induzido, assim como a qualidade da relação interpessoal dessas mulheres com os profissionais de saúde. Percebe-se, com os estudos, que a atenção ao aborto encontra-se distante do proposto, e que a prática do profissional de saúde demonstra uma necessidade de assumir-se um posicionamento em que, além dos aspectos biológicos, sejam levados em conta os elementos de ordem psicossocial, compatíveis com a almejada humanização da assistência à mulher (MOTTA, 2005; AQUINO et al., 2012).

Quanto aos trabalhos que tiveram como enfoque a técnica utilizada pelas mulheres para a indução do aborto, o Misoprostol (associado ou não a outro método) foi o método predominante, inclusive entre as adolescentes. Esse medicamento foi considerado pelos estudos analisados, uma droga que produz efeito eficaz e seguro quando utilizado corretamente, o que nem sempre acontece, sobretudo porque geralmente é comprado sem orientações de um profissional capacitado, e em um contexto de ilegalidade. Apesar de se inferir menores complicações quando comparados a outros métodos, não foi possível associar o Misoprostol a uma menor taxa de morbimortalidade. Alguns estudos mostraram ainda que independente do método utilizado, é comum que a finalização do aborto aconteça em hospitais (SILVA et al., 2010; MADEIRO; RUFINO, 2012; DINIZ; MEDEIROS, 2012; DINIZ; MADEIRO, 2012; NUNES et al., 2013).

Os estudos com enfoque relacionado à morbimortalidade indicaram que as mulheres em situação de pobreza recorrem, como todas as outras mulheres, ao abortamento clandestino como forma de “planejamento reprodutivo”, mas somente nesse grupo populacional, nota-se tão elevada taxa de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares e óbitos. Apesar de os coeficientes de mortalidade por causas relacionadas ao aborto estarem decrescendo continuamente no Brasil, tais avanços têm-se distribuído desigualmente no País. A vulnerabilidade individual, social e programática ao aborto inseguro e, por extensão, aos agravos à saúde da mulher e da população em situação de pobreza, mostrou-se elevada, o que leva a inferir que o aborto legal e seguro beneficiariam, sobretudo, as mulheres pobres (LIMA, 2000; FUSCO et al., 2008; SILVA et al., 2010).

Com essa revisão, constatou-se que o campo de estudos dos últimos 20 anos sobre aborto induzido é formado, em sua maioria, por mulheres pesquisadoras sediadas em universidades públicas da região Sudeste do País, com formação em Ciências da Saúde, principalmente Medicina e Enfermagem. Os meios de comunicação científica prioritários

desses campos são os artigos científicos. Sendo assim, torna-se imprescindível que as dissertações e teses também sejam divulgadas *on-line*, cujo acesso caracteriza-se por ser rápido e eficaz, apresentando facilidade e agilidade para o profissional de saúde, e também para os demais interessados na temática, sendo imprescindível que essas produções estejam disponíveis na íntegra para que a divulgação do conhecimento seja estabelecida de modo adequado.

Uma característica do campo é a hegemonia de estudos sem evidência empírica: ou seja, parte considerável dos estudos não apresenta dados empíricos, fato constatado já que nenhum estudo foi classificado nos níveis 1, 2 e 3 de evidência. Considera-se que as publicações examinadas, apesar de abordarem diferentes assuntos, pautados pelo delineamento da pesquisa populacional ou epidemiológica, classificados no nível de evidência 6 (seis), devido aos estudos descritivos não experimentais cuja importância é inquestionável, apontam para a existência de lacunas quanto à atenção ao aborto induzido no que tange aos aspectos subjetivos, sobretudo quanto aos estudos qualitativos que versem sobre os motivos, a vivência e as consequências desse fenômeno tão complexo na vida das mulheres. Isso mostra a necessidade de se ampliar os estudos a respeito do tema, divulgando-os na tentativa de combater os danos psicológicos e físicos daquelas que provocam o abortamento, consequentemente, reduzindo o ônus para o sistema público de saúde.

Em síntese, os estudos analisados comprovam que o aborto induzido é um grave problema de saúde no Brasil e que suas complicações podem ser evitadas por atenção adequada e oportuna. Foi possível observar que a ilegalidade traz consequências negativas para a saúde das mulheres, não coíbe a prática e faz perpetuar a desigualdade social. Ou seja, o risco imposto pela clandestinidade do abortamento é majoritariamente vivido pelas mulheres pobres e por aquelas que não têm acesso aos recursos médicos para o aborto seguro. Torna-se necessário, portanto, que a produção científica sobre o aborto induzido seja ampliada, servindo de subsídio para as políticas nacionais que objetivem encarar com sobriedade esse grave problema de saúde pública, deixando de percebê-lo como uma infração moral de mulheres imprudentes, e passando a tratá-lo como questão social, de saúde e direitos em um Estado laico e plural. Certamente, esse já será um bom início.

3 METODOLOGIA

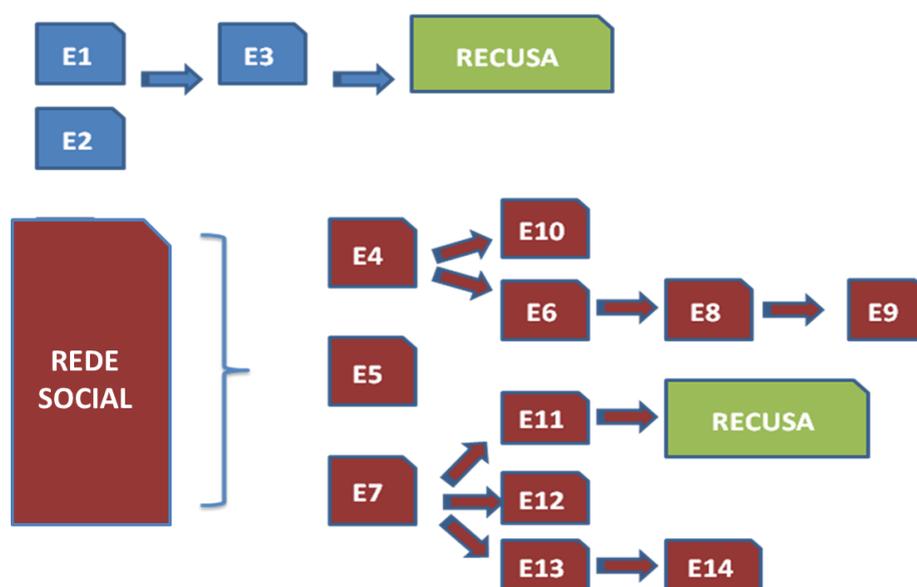
Trata-se de estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010). A abordagem qualitativa, por sua vez, surgiu na Antropologia a partir do momento em que os pesquisadores, com dados quantificados, sentiram necessidade de interpretações que fossem além do simples dado objetivo. Esse tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variações (MINAYO, 2006). Isto posto, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que é a mais adequada para responder aos objetivos da pesquisa no sentido de identificar os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido e de analisar a vivência da mulher nessa experiência.

Para a produção de dados, foi realizada uma técnica de amostragem não probabilística de conveniência, associada à amostragem em rede ou bola-de-neve (POLIT; BECK, 2011). Nesse caso, o primeiro elemento da amostra indica outras pessoas que atendem aos critérios de elegibilidade. Considerou-se como critérios de inclusão a auto declaração de ter induzido o aborto e a maioridade.

A produção dos dados foi realizada com base em um roteiro de entrevista (APÊNDICE A), que versou sobre a identificação da mulher e da sua história reprodutiva, sendo na primeira parte do roteiro identificados os dados sociodemográficos; na segunda, os dados gineco-obstétricos; e na última parte, realizou-se a entrevista propriamente, com o intuito de viabilizar o conhecimento sobre a vivência da mulher no processo do abortamento induzido. A entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2010), é uma técnica de coleta de dados que obedece a um roteiro utilizado pelo pesquisador, para que seja facilitada a abordagem, assegurando-se que a mesma considere as hipóteses e os pressupostos que serão orientados na conversa.

Para a captação dos sujeitos, foram selecionadas duas participantes como sementes (E1 e E2), de convívio social da autora. Uma semente (E1) indicou outra participante; esta, por sua vez, indicou outra que se recusou a participar do estudo. Quando as possibilidades de indicações se esgotaram, recorreu-se aos contatos disponibilizados em uma página eletrônica,

nos moldes de uma rede social da autora. Foi feito um convite disponível a todos os contatos onde foi apresentada a condição de mestrandia, assim como o objeto e os objetivos do estudo, justificando o interesse em captar mulheres que tivessem realizado o abortamento induzido. Após esse convite, algumas mulheres prontificaram-se a participar do estudo e/ou indicaram quem poderia fazê-lo. A partir daí, foram feitos contatos telefônicos para uma explicação mais detalhada sobre o estudo e posterior agendamento para a entrevista. Ao final de cada entrevista, foi solicitado a cada mulher que indicasse outra, de seu convívio social, que já tivesse realizado abortamento induzido. Desse modo, foram captadas 14 participantes, como demonstrado no esquema a seguir:



As entrevistas ocorreram no período de agosto a novembro de 2014, foram gravadas em aparelho de áudio digital com autorização prévia das participantes, sendo posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora, a fim de garantir a fidedignidade das respostas e evitar a perda de qualquer informação relevante. Os depoimentos duraram entre 30 e 78 minutos, tendo como cenários as residências das participantes, e ainda espaços públicos de livre escolha de cada uma a fim de que ficassem à vontade para melhor descreverem suas vivências acerca do objeto de estudo.

Assim, apesar de não estabelecer um critério para o tamanho da amostra, mas com o intuito de embasar o valor científico da mesma e respaldar a finalização da coleta de dados, utilizou-se a técnica de amostragem por saturação teórica (FONTANELLA et al., 2011).

Turato (2003, p.367), afirma que "a saturação ocorre entre 6 e 15, podendo ser para mais ou para menos". Por conseguinte, é possível inferir que a amostra da pesquisa se faz pertinente, já que a mesma está em concordância com o limite preconizado pela literatura.

Ressalta-se que a fim de garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) sob Parecer nº 722.021 (ANEXO A), considerando-se o que prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 2012b). Os sujeitos foram informados sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo. Foi ainda assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o respeito ao anonimato dos sujeitos envolvidos. Estes, após terem recebido todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B), e os que aceitaram participar do estudo receberam um codinome com a letra “E” (Entrevistada) maiúscula seguida de números (E1, E2, E3...), de acordo com a ordem de realização das entrevistas, a fim de garantir o sigilo e o anonimato. O TCLE foi elaborado de acordo com a norma que o regulamenta, em linguagem clara e objetiva, com as informações essenciais para facilitar a compreensão das mulheres.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), por meio da técnica temática categorial, sistematizada pelo modelo de Oliveira (2008). Após a realização da leitura flutuante, foi feito o levantamento das hipóteses provisórias do conteúdo analisado, e iniciada a análise temática com a escolha das Unidades de Registro (UR) por meio de frases. Assim, seguindo as etapas, posteriormente ao levantamento das UR, foi realizado o levantamento do tema ou Unidade de Significação (US).

A análise categorial iniciou-se a partir da determinação e quantificação dos temas encontrados, que foram agrupados e originaram as categoriais apresentadas, consideradas pertinentes segundo a sua frequência de aparição (OLIVEIRA, 2008). Após seguir técnica sistematizada da Análise de Conteúdo (APÊNDICE C e D), foram encontradas neste estudo 479 UR, que foram organizadas em 10 US e originaram duas grandes categorias explicitadas a seguir:

- ✓ **CATEGORIA I:** A falta de autonomia feminina e questões relacionadas ao parceiro como fatores desencadeantes para o abortamento induzido
- ✓ **CATEGORIA II:** Vivenciando o estigma do abortamento induzido e o peso do ‘homicídio’

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As participantes foram quatorze mulheres que, na ocasião da entrevista, residiam na cidade do Rio de Janeiro. Apresentavam idades que variavam entre 23 e 55 anos, apresentando uma média de 34,4 (DP= 9,5) de idade. Apenas uma participante tinha mais de 50 anos no momento da entrevista. Quatro delas estavam na faixa dos 20 anos, seis na faixa dos 30 e as outras três, na faixa dos 40 anos de idade. Apenas uma mulher que compôs o grupo não tinha filhos, três participantes tinham apenas um filho ou filha, enquanto as demais tinham de dois a cinco filhos. No momento da entrevista, uma das participantes estava grávida.

Quanto ao grau de escolaridade, seis participantes tinham o Ensino Fundamental completo, e apenas três não chegaram a completar o Nível Fundamental. Duas completaram o Ensino Médio, duas tinham Ensino Superior incompleto e uma, Ensino Superior completo. A maioria das participantes relatou algum tipo de relacionamento conjugal no momento da entrevista, sendo quatro casadas, quatro que viviam em união estável, cinco namoravam e apenas uma participante afirmou estar solteira no momento da entrevista.

Já na ocasião do aborto, quatro delas relataram ter engravidado de um relacionamento casual, ou seja, estavam solteiras; duas informaram estar namorando, quatro confirmaram a união estável e o mesmo número relatou que quando o aborto foi feito, estavam casadas.

A maioria das participantes, oito delas, não trabalhavam e se consideravam “do lar”. Ainda fizeram parte da amostra: duas técnicas de enfermagem, uma cabelereira, uma técnica em logística, uma faxineira e uma cozinheira. Quanto à renda familiar, a maioria ganhava mais de um salário mínimo, não sendo possível afirmar o total, pois uma delas se recusou a informar o valor da renda mensal. Quatro participantes afirmaram que a renda era de um a dois salários mínimos, quatro de dois a três salários mínimos, uma de três a quatro salários mínimos, uma de quatro a cinco salários mínimos, duas de cinco a seis salários mínimos e uma de sete a oito salários mínimos.⁶

Quanto à religião, cinco participantes declararam-se Agnósticas. A religião Católica apareceu como principal prática religiosa em apenas duas das entrevistas. A religião Evangélica foi citada como prática assídua por quatro das participantes, porém, nenhuma

⁶ Classificação do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – para a definição das classes econômicas, baseado no salário mínimo brasileiro no ano de 2014 (R\$ 724,00).

delas considerava-se praticante. Três participantes declararam ter como religião de prática o Espiritismo. Quanto à autodeclaração relacionada ao quesito cor / raça⁷, nove mulheres declararam-se “parda”; quatro, “brancas”; e apenas uma afirmou ser “preta”.

Quanto ao histórico do aborto, seis mulheres afirmaram ter provocado apenas um aborto em suas trajetórias reprodutivas até o momento da entrevista, enquanto cinco delas admitiram que o fizeram por duas vezes. Três participantes afirmaram ter provocado o abortamento por três vezes. Portanto, em um grupo de 14 mulheres, observou-se 25 eventos de abortos, realizados na faixa etária entre 13 e 28 anos, com média de 20,8 (DP 4,4) anos. É importante chamar atenção para o fato de que, em um total de 25 abortos, 11 foram realizados quando as participantes tinham 18 anos ou menos.

Para responder aos objetivos deste estudo, optou-se por utilizar informações apenas sobre o último aborto realizado, na tentativa de resgatar a memória recente das participantes. Dessa maneira, após saber o número de abortos de cada mulher, no caso de mais de um aborto era enfatizado em cada pergunta que a resposta esperada era sempre a que se relacionava com o último aborto.

Em relação aos métodos abortivos, pode-se inferir dos relatos que em 35,7% (n=5) dos casos, foi utilizada a Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) em clínicas clandestinas. Também foi possível inferir que a mesma porcentagem (35,7%; n=5) utilizou o Misoprostol. Muitas vezes, as participantes não sabiam o nome do método, mas na tentativa de explicar, falavam seu nome comercial ou falavam que era uma medicação proibida e que o uso era de forma oral e vaginal. Outros métodos relatados foram os Chás (14,3%; n=2) que tinham como ingredientes: Coca-Cola com Melhoral, Regulador Xavier com cachaça, Pau Pereira, Bruxinha do Norte, Maconha, Melão Caetano, Folha de São João e conhaque. Em 7,1% (n=1) houve a associação de chá com o Misoprostol, e ainda a utilização de ducha vaginal preparada com chá de fumo de rolo em outro caso (7,1%; n=1). Metade das participantes (n=7) foi hospitalizada após o aborto, entre elas nenhuma que realizou o aborto através da AMIU, três que utilizaram o Misoprostol, duas que utilizaram chás, uma que associou chá com o Misoprostol e uma que realizou ducha vaginal.

Em relação ao uso de método contraceptivo antes do último aborto, seis participantes negaram o uso de qualquer método, cinco faziam uso de anticoncepcional oral, uma utilizava anticoncepcional injetável, uma relatou o uso de anticoncepcional oral concomitante com preservativo masculino, e uma participante relatou o uso apenas de preservativo masculino.

⁷ O IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – utiliza as classificações branca, preta, amarela, parda ou indígena. Pretos e pardos, somados, constituem a população negra, segundo a classificação do Instituto.

Dentre as oito participantes que citaram o uso de algum método contraceptivo antes do último aborto, apenas uma relatou que houve falha no método, enquanto as outras sete relataram que não utilizavam o método de forma segura e contínua, atribuindo a si mesmas o motivo da gestação que culminou em aborto. Apenas três participantes relataram a utilização de serviço de planejamento reprodutivo em Unidade de Saúde antes do último aborto.

Após o último aborto, 11 mulheres relataram uma nova gestação, sendo que dessas, apenas seis foram planejadas. Na ocasião da entrevista, seis participantes relataram laqueadura tubária, duas mencionaram o uso de anticoncepcional oral; duas, de anticoncepcional injetável, e quatro negaram o uso de algum método contraceptivo. Nove relataram a utilização de serviço de planejamento reprodutivo em Unidade de Saúde após o último aborto. Todos os dados apresentados estão disponíveis nas Tabelas a seguir.

Tabela 4 - Variáveis contínuas relacionadas à caracterização das participantes do estudo

Variáveis	Mínima	Máxima	Média	DP	Mediana	N válidos
Idade	23	55	34,4	9,5	32,0	14,0
Renda em Real	760,0	5600,0	2266,2	1549,9	1600,0	13,0
Salários Mínimos	1,0	7,7	3,1	2,1	2,2	13,0
Pessoas no Domicílio	2,0	7,0	3,8	1,5	4,0	14,0
Nº de Filhos	0,0	5,0	2,3	1,4	2,0	14,0
Idade na 1ª Gestação	12,0	25,0	17,4	4,3	17,0	14,0
Nº de Abortos	1,0	3,0	1,8	0,8	2,0	14,0
IG Último Aborto	7,0	12,0	9,5	2,1	8,0	14,0
Idade Total de Abortos	13,0	28,0	20,8	4,4	21,0	25,0
Idade do Último Aborto	15,0	28,0	23,1	3,8	23,5	14,0

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 5 - Variáveis categóricas relacionadas à caracterização das participantes do estudo

	Variáveis	N	%
Naturalidade	Rio de Janeiro	13	92,9
	Paraná	1	7,1
	Total	14	100,0
Raça	Parda	9	64,3
	Branca	4	28,6
	Negra	1	7,1
	Total	14	100,0
Religião	Evangélica	4	28,6
	Espírita	3	21,4
	Católica	2	14,3
	Sem religião	5	35,7
	Total	14	100,0
Praticante da Religião	Evangélica	0	0,0
	Espírita	3	60,0
	Católica	2	40,0
	Total	5	100,0
Escolaridade	Fundamental Incompleto	3	21,4
	Fundamental Completo	6	42,9
	Médio Incompleto	0	0,0
	Médio Completo	2	14,3
	Superior Incompleto	2	14,3
	Superior Completo	1	7,1
	Total	14	100,0
Estado Conjugal na Entrevista	Solteira	1	7,1
	Namoro	5	35,7
	União Estável	4	28,6
	Casamento	4	28,6
	Total	14	100,0
Estado Conjugal no Aborto	Solteira	4	28,6
	Namoro	2	14,3
	União Estável	4	28,6
	Casamento	4	28,6
	Total	14	100,0

(continua)

(continuação)

Ocupação	Do lar	8	57,1
	Técnica Enfermagem	2	14,3
	Técnica Logística	1	7,1
	Cabeleleira	1	7,1
	Cozinheira	1	7,1
	Faxineira	1	7,1
	Total	14	100,0
Planejamento 1ª Gravidez	Sim	2	14,3
	Não	12	85,7
	Total	14	100,0
Método Abortivo Utilizado	Aspiração Manual Intra- Uterina	5	35,7
	Misoprostol	5	35,7
	Chás	2	14,3
	Misoprostol + Chá	1	7,1
	Ducha Vaginal	1	7,1
	Total	14	100,0
Hospitalização Após Aborto	Sim	7	50,0
	Não	7	50,0
	Total	14	100,0
Hospitalização por Método Abortivo	Aspiração Manual Intra- Uterina	0	0,0
	Misoprostol	3	42,9
	Chás	2	28,6
	Misoprostol + Chá	1	14,3
	Ducha Vaginal	1	14,3
	Total	7	100,0

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 6 - Variáveis categóricas relacionadas ao comportamento reprodutivo antes e após o último aborto

	Variáveis	N	%	
ANTES DO ABORTO	Método Contraceptivo	Anticoncepcional Oral	5	35,7
		Anticoncepcional Injetável	1	7,1
		Anticoncepcional Oral + Preservativo	1	7,1
		Preservativo	1	7,1
		Nenhum	6	42,9
		Total	14	100,0
	Falha do Método Contraceptivo	Sim	1	7,1
		Não	7	50,0
		Não se Aplica	6	42,9
		Total	14	100,0
	Realização de Planejamento Reprodutivo	Sim	3	21,4
		Não	11	78,6
		Total	14	100,0
	APÓS O ABORTO	Nova Gestação após Aborto	Sim	11
Não			3	21,4
Total			14	100,0
Nova Gestação Planejada		Sim	6	42,9
		Não	5	35,7
		Não se Aplica	3	21,4
	Total	14	100,0	
Método Contraceptivo	Laqueadura Tubária	6	42,9	
	Anticoncepcional Oral	2	14,3	
	Anticoncepcional Injetável	2	14,3	
	Nenhum	4	28,6	
	Total	14	100,0	
	Planejamento Reprodutivo	Sim	5	35,7
Não		9	64,3	
Total		14	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

❖ CATEGORIA I

A FALTA DE AUTONOMIA FEMININA E QUESTÕES RELACIONADAS AO PARCEIRO COMO FATORES DESENCADEANTES PARA O ABORTAMENTO INDUZIDO

Assim como Faria (2013), é passível a hipótese de que o fato de o aborto ser extremamente condenado socialmente, pode tornar difícil para a mulher admitir o desejo de interromper a gravidez por não querer ser mãe nesse momento, ou por sentir que não tem condições psicológicas ou emocionais para tal. E, nesse caso, os motivos alegados vinculam-se às impossibilidades externas de assumir a maternidade, por receio de ser estigmatizada considerando que assumir conscientemente que a gravidez é indesejada, não é bem visto na sociedade. Todavia, os fatores desencadeadores do abortamento induzido, mencionados pelas participantes deste estudo, são apresentados e analisados a seguir.

Estudos apontam uma variedade de contextos e fatores que desencadeiam o abortamento induzido, dentre os quais destacam-se dificuldades financeiras, receio de interromper projetos de vida, não aceitação da gestação pelo parceiro e um relacionamento amoroso instável (COSTA; HARDY; OASIS; FAÚNDES, 1995; FAÚNDES; BARZELATTO, 2004; GESTEIRA et al., 2006; BORSARI, 2012; PEREIRA et al., 2012; FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2012; SANTOS; BRITO, 2014). Corroborando o exposto, os motivos que levaram à decisão do abortamento induzido das participantes deste estudo também foram diversos e multifacetados, e estavam diretamente interligados com a subjetividade que permeava os contextos sociais em que as mulheres estavam inseridas. Na maioria das entrevistas (n=10; 71,4%) os motivos estavam inter-relacionados, e tendo quase sempre o envolvimento de mais de um fator, em processo bastante complexo.

Entretanto, por ser comum entre elas, chama especial atenção a falta de autonomia perante sua vida e, sobretudo, sobre a decisão de abortar ou não, ambos os fatores desencadeantes de abortamento. A autonomia, palavra que vem do Grego, etimologicamente significa o poder de dar a si a própria lei. Filosoficamente, conduz o pensamento à ideia de liberdade, da propriedade pela qual o Ser humano pretende poder escolher as leis que regem sua conduta, ou seja, dá possibilidade e capacidade de livre decisão dos indivíduos e grupos sobre suas próprias ações na vida (LALANDE, 1999).

A autonomia das mulheres e a igualdade de gênero são reconhecidas como um dos grandes objetivos na Declaração do Milênio, adotada no ano 2000, pelos 191 países membros das Nações Unidas para melhorar a vida de todos os habitantes do planeta até 2015. Nela é indicada a necessidade de promover a igualdade entre os sexos e a autonomia da mulher como

meios eficazes de combater a pobreza, a fome e as doenças, além de estimular um desenvolvimento verdadeiramente sustentável (ONU, 2000). Entretanto, já no fim desse prazo, a autonomia da mulher, em todos os sentidos, e o respeito aos seus direitos já assegurados, ainda estão longe de serem atingidos.

No informe *Objetivos de Desarrollo Del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, a autonomia foi definida como “o grau de liberdade que uma mulher tem para poder agir de acordo com a sua escolha, e não com a de outros” (ONU, 2005). No contexto aqui discutido, autonomia significa a capacidade e as condições concretas que permitam às mulheres tomar livremente as decisões que afetam as suas vidas, e o poder de agir segundo tais decisões. Nos depoimentos das participantes, foi possível identificar contextos que careciam do empoderamento sobre suas vidas. A propósito, seguem-se subcategorias que esclarecem melhor a temática ora abordada.

▪ Falta de autonomia financeira

A priori, para responder ao primeiro objetivo desta pesquisa, que é analisar os fatores desencadeantes para o abortamento induzido, destaque deve ser dado à falta de autonomia financeira, situação que fazia parte do contexto social da maioria das participantes (n=9; 64,3%), dado que corrobora a literatura sobre o aborto provocado, já que diversos autores também ressaltam o fator financeiro como o principal motivo dessa iniciativa (SANTOS; BRITO, 2014; FUSCO; SILVA; ANDREONI, 2012; BORSARI, 2012; NADER et al., 2007). Situações como dependência financeira de pessoas contra a gestação, renda insuficiente para sustentar um filho, desemprego e/ou medo de perder o emprego devido à gestação, foram encontradas nos discursos das participantes.

Dentre as participantes que relataram essa falta de autonomia financeira como um dos fatores do abortamento induzido, 4 (44,4%) afirmaram ter decidido pela interrupção da gravidez devido ao fato de dependerem financeiramente de terceiros que não aceitaram ou não aceitariam, se soubessem da gestação. Mãe, sogra e marido foram as pessoas relatadas pelas participantes que detinham o poder econômico na relação e que, por conta disso, influenciaram o aborto, já que não concordavam ou não concordariam com a gestação.

A gente (ela e esposo) morava na casa da minha mãe. A gente morava num quarto na casa da minha mãe e dependia dela. Não tivemos o que fazer. Ela não aceitou. Se a gente tivesse nosso canto e nossas coisas, a gente não fazia não. (E4)

Na verdade por mim eu nem tinha tirado. Mas a mãe dele, a família dele não queria e na época, a gente, eu e ele, a gente estava na casa da família e dependíamos financeiramente deles. A gente se sente induzido porque está na casa, não é? Então, fica difícil. (E7)

A suposição de que a gestação não seria bem vinda para o provedor econômico da relação, já foi suficiente para a decisão ser tomada. Como se observa nos depoimentos das entrevistadas (E6 e E13), o principal medo de contar sobre a gestação era perder o abrigo e o apoio financeiro, sobretudo porque as duas já tinham filhos que eram sustentados por esse provedor que, em ambos os casos, era a respectiva mãe. Então, desempregada e com a insegurança do desamparo, E13 relatou que decidiu “sacrificar” a criança pensando em si e em seus outros filhos, como relatou.

Fiz até escondido da minha mãe. Falei: Ai, meu Deus, engravidei! Minha mãe vai botar eu e minha filha pra fora. E eu não tinha dinheiro e nem emprego, cheia de conta. (E6)

O maior motivo foi o fato de morar e depender financeiramente da minha mãe para o sustento das minhas duas filhas e saber que ela não aceitaria a gestação, se soubesse. Dependia dela para tudo. Nem sei se poderia continuar de favor na casa da minha mãe com as minhas duas filhas se eu optasse por levar a gestação adiante. Tive que ‘sacrificar’ aquela criança por nós três (ela e as 2 filhas). (E13)

Além da dependência financeira de terceiros contrários à gestação, entre as participantes que relataram questões financeiras para o aborto, 55,5% (n=5) citaram o desemprego e/ou a renda insuficiente para suprir as necessidades de um filho, sobretudo no caso das que já tinham filhos. Assim como em estudo de Santos e Brito (2014), observa-se nos depoimentos um temor em ter sua situação econômica agravada com o aumento da prole. Percebe-se, nesses relatos, uma relação entre condição econômica e número de filhos, o que ocasionaria mais gastos e, por conseguinte, maiores dificuldades financeiras.

Eu entrei em desespero. Não acreditei. Eu já tinha um. Pensei: Meu Deus! Vou ter que fazer um aborto. Eu não estou trabalhando, não estou em condição de ter outro filho, aí eu falei: Ah! Vou ter que tirar. Eu no momento estava desempregada, e também aconteceu isso, cheio de dívida pra pagar, cheia de conta. (E6)

Eu já tinha duas filhas, e eu trabalhava, mas não conseguia nem sustentar minhas filhas. Quem ajuda é o pai delas, minha mãe também, que eu moro com ela. (E12)

Contudo, a questão financeira não esteve presente apenas nos discursos de mulheres desempregadas, tanto assim que na ocasião das participantes assalariadas foi comum o relato sobre a insegurança de o contratante dispensar seus serviços quando soubesse da gestação. Ou seja, mesmo as que tinham algum vínculo empregatício, tiveram a preocupação em manter seus postos de trabalho.

Tinha acabado de conseguir meu primeiro emprego. E surpresa.. Estava grávida. [...] Quando descobri a gestação, acho que só estava trabalhando há 1 mês, eu acho. Então, isso me desesperou. Aí, para não perder o emprego, decidi naquele momento, fazer o aborto. As coisas eram muito difíceis na minha vida [...] - o trabalho que tinha acabado de conseguir foi muito difícil. (E14)

Santos e Brito (2014), constaram que essa preocupação significativa das participantes se dava, especialmente, quando se declaravam as principais responsáveis pelo sustento da família. Dessa maneira, é possível compreender a urgência em solucionar o “problema” vivenciado, objetivando preservar o emprego e a manutenção do lar. Percebe-se haver uma associação direta entre gravidez e ônus, não apenas financeiro, mas também de autonomia feminina, isso porque a perda ou a impossibilidade de obter renda própria, faria com que as mulheres retornassem a uma posição de dependência da família ou do companheiro.

Constatou-se a preeminência de falta de autonomia financeira e econômica dentre os motivos para a prática do abortamento induzido; contudo, observou-se que todas as participantes que se encontravam nesse contexto, relacionaram outras questões de sua vida para justificar a decisão do abortamento.

▪ **Falta de autonomia na decisão: abortamentos contrariados**

E quando a decisão pelo abortamento não é uma decisão da mulher? Quando o abortamento é realizado, entretanto, contra a sua vontade? Surpreende o fato de 35,7% (n=5) das participantes relatarem abortos contra a sua vontade. Mais uma vez, através dos depoimentos, percebe-se a falta de autonomia feminina para poder agir de acordo com a sua escolha. O contexto de alto grau de submissão em que as participantes viviam, impediam-nas de protagonizar a decisão pelo termo da gestação.

Observou-se que muitas vezes as participantes não queriam realizar o abortamento, entretanto, encontravam-se em contextos em que a família e, principalmente, o marido, tomaram essa decisão por elas, alegando os mais variados motivos, pressionando-as por meio dos poderes que exerciam sobre elas, deixando-as sem escolha.

Além da repressão exercida pelo Estado, impedindo a autonomia feminina de decidir sobre o próprio corpo, existem outros tipos de repressão e/ou pressão que não permitem às mulheres protagonizar essa decisão. Todavia, a decisão do abortamento, costuma ser atribuída unicamente a elas, negligenciando-se a influência de outros atores, principalmente no que diz respeito ao companheiro (PEREIRA et al., 2012).

A legislação brasileira estabelece que o aborto é crime para a pessoa ou mulher que o comete, mas não menciona punição ao companheiro que coage a mulher a fazê-lo, resultando em que ele, isento de responsabilidades, influencie na decisão de abortar (BOEMER; MARIUTTI, 2003; NADER et al., 2007). Os depoimentos deixam entrever abortos contrariados, muitas vezes sofridos, atropelando a vontade e a autonomia feminina.

[...] no dia seguinte minha mãe e meu marido resolveram que a gente ia tirar o bebê. Aí eu falei: Não, gente, eu não quero não. Mas me colocaram em um canto e falaram: 'Você vai fazer o aborto!'.(E3)

Na maior parte do tempo emocionada ao falar da sua história de abortamento induzido, E3 relembra que foi pressionada pela mãe e por seu marido a interromper a gestação, devido à uma desconfiança da obstetra de que seu filho poderia nascer com alguma deformidade. O que chama atenção nessa história foi que a participante, ao desconfiar da gestação, procurou essa obstetra que, quando soube que a participante estava com um Dispositivo Intrauterino (DIU) garantiu, mesmo sem nenhum exame, que os sintomas relatados (amenorreia, náuseas e edema das mamas) não resultavam de uma gestação e, assim, prescreveu um hormônio (cujo nome a participante não se recordava) para resolver o problema da amenorreia. Entretanto, os sintomas persistiram, assim como a desconfiança da participante pela gestação.

Ao realizar o BHCG (Gonadotrofina Coriônica Humana Beta), a suspeita de gravidez foi confirmada. Quando a participante, seu marido e sua mãe voltaram ao consultório médico com o resultado do exame realizado, a obstetra, mais uma vez sem solicitar nenhum outro exame, expôs sua desconfiança de que a criança poderia nascer com alguma deformidade em função do hormônio anteriormente prescrito e utilizado pela participante. Diante disso, seu marido e sua mãe pressionaram-na pelo abortamento. Apesar de relutar no início, acabou cedendo e assumindo sua submissão aos dois.

Fui fazer o aborto chorando. Mas sabe aquela pessoa que não tinha coragem de bater de frente com opinião? Eu era aquele tipo de mulher que escutava o que meu marido falava e o que minha mãe falava, era lei para mim. Eu era assim. (...) Tanto é

que eu não fiz faculdade naquela época porque o meu marido falou: faculdade ou casamento. Eu sei que eu era uma mulher muito submissa. (E3)

Está explícito o poder masculino sobre as mulheres. Dentre as que foram pressionadas para o aborto, 60% (n=3), a pressão se deu através de seus maridos. A respeito disso, Pinto (1998) apresenta estudo que infere que os homens consideram que sua fala tem poder de direcionar as atitudes das mulheres em relação à gravidez; percebendo a situação de vulnerabilidade feminina, eles conseguiriam influenciá-las a abortar. Como outro exemplo, pode-se observar o depoimento de E5:

[...] eu não queria tomar e ficava enrolando. Até que um dia antes de dormir ele me obrigou. Ficou com a luz acesa do quarto olhando para a minha cara, me esperando colocar. Aí eu coloquei e ele dormiu. Não me esqueço de que fiquei com vontade de fazer xixi e levantei para ir ao banheiro aí ele acordou e disse: não, não vai fazer xixi se não vai sair tudo e não vai adiantar nada. Assim mesmo pra mim. (E5)

Em uma perspectiva relacional de gênero, é possível identificar relações de poder e conflito entre as mulheres e seus parceiros, que se articulam e influenciam na autonomia feminina, nas decisões reprodutivas e, conseqüentemente, no aborto. Refletindo sobre essa problemática, percebeu-se a necessidade de trazer à discussão a antiga repressão e subordinação da sexualidade feminina que, historicamente, seguem padrões “corretos” de comportamentos sexuais e reprodutivos traçados pela Medicina e pela Justiça por volta do século XIX e início do século XX (ROHDEN, 2003; FARIA, 2013; GUSMÃO; SALDANHA, 2014).

Villela e Barbosa (2011) enfatizam que a mulher produzida por esses discursos (médico e jurídico) a partir de então – discursos que permanecem como modelo até hoje, tem sua sexualidade reprimida e subordinada ao casamento e à maternidade. A perspectiva moralista que permeia esses discursos em relação às mulheres obtém sua força e legitimidade ao se ancorar na ideia de uma suposta necessidade de preservação de alguns costumes. Destes, assumem especial importância os que dizem respeito à necessidade da subordinação delas aos homens como requisito essencial para a manutenção dos laços familiares e para um desenvolvimento social harmônico.⁸

⁸ Tal discurso teve sua origem junto com o surgimento do modo de produção capitalista e o deslocamento do poder político-econômico da igreja para o estado. A concepção de família que orienta esta ideia de moral e de bons costumes tem a ver com a família burguesa que se forma a partir do século XVIII e com o papel social que passa a ser atribuído às mulheres nesse momento.

Em nossa sociedade, ainda nos dias atuais, são encontradas condições para que haja a disseminação da dominação masculina impedindo a autonomia feminina. Foi possível observar que algumas mulheres ainda se posicionam como dependentes e submissas aos homens. Foi visto, em alguns casos, que os parceiros persuadiram as participantes e fizeram com que elas aceitassem abortar. Entretanto, um deles foi além disso, como é possível identificar no depoimento de E8, cujo marido impôs o aborto com violência física, empreendendo uma série de atitudes que não só permitiu a finalização da gestação, como colocou em risco a vida da participante.

Eu não queria tomar. De jeito nenhum, então e ele me bateu, apanhei muito naquele dia, chute na barriga, soco na cara. Nossa. Meu Deus! Fico toda arrepiada de lembrar. [...]. (E8)

Assim como depoimentos de entrevistas apresentadas anteriormente, o marido de E8 era contra a gestação, e por esse motivo, no mesmo dia em que soube, comprou o Misoprostol e mandou que ela tomasse. A participante não tinha o desejo de realizar o aborto e se negou a ingerir a medicação, atitude que fez com que ele iniciasse a agressão física com atitudes violentas, com chutes (inclusive na barriga) e socos. E como se não bastasse, ainda forçou a ingestão do Misoprostol pela participante. Para tanto, amarrou as mãos dela, colocou a medicação em sua cavidade oral e jogou água em seu rosto até que ela engolisse, para conseguir respirar.

Segundo Bandeira (2013), desde a Antiguidade, a ‘lei da casa’ era o princípio orientador, manejado no escopo de vencer as ‘necessidades’ e assegurar a sobrevivência dos membros da família. A esse espaço foi ‘determinado’ o desempenho feminino. Qualquer mulher que “ousasse” quebrar as “regras” estabelecidas (mesmo no plano simbólico), estaria correndo o risco de vir a ser objeto de violência. Em seu depoimento, E8 demonstrou uma relação frágil, de medo, e muitas vezes de subordinação, já que a violência doméstica fazia parte de sua vida desde seu casamento, há oito anos. Relatou que era impedida pelo marido de tomar anticoncepcional, e que foi forçada por ele a realizar três abortos da mesma maneira, por meio da violência física, ou seja, um evidente paradoxo. Complementou dizendo que as atitudes violentas eram maximizadas quando havia uso de drogas ilícitas por ele, já que era usuário, e disse sentir-se aliviada por ter conseguido “livrar-se” (em suas palavras) desse casamento, já que acreditava que estaria morta caso assim não fizesse. Esses registros violentos informam a existência de desestrutura familiar.

Casos como os citados, em que o parceiro impôs o aborto, mesmo contra a vontade

feminina, também foram encontrados em outros estudos, como os de Chumpitaz (2003), de Menezes et al. (2003) e de Heilborn (2012), o que aponta a gravidez como fator de risco para a ocorrência de violência doméstica, destacando-se entre suas consequências o abortamento, evidenciando mais uma vez a falta de autonomia, a repressão e a subordinação feminina.

Destaca-se que essa subordinação e falta de autonomia feminina para a decisão de abortar discutida neste estudo, foi majoritariamente encontrada dentro de um casamento, exercida pela mulher frente ao seu marido. Entretanto, os cônjuges não foram os únicos indivíduos a pressionar as participantes do estudo a realizarem um abortamento contra a sua vontade. Outros atores também impediram o exercício da autonomia feminina. Percebe-se nos depoimentos que, julgando saber o que é melhor para a mulher e/ou casal, a família pressiona para a realização do abortamento induzido, sobretudo quando são dependentes financeiramente.

Tudo que ela (mãe) mandava eu fazia. Não fui eu quem resolveu fazer, foi ela. Fui obrigada. Eu já tinha um bebê, ele tinha uns quatro meses, aí minha mãe tinha falado: você acabou de ter um filho, que num sei o que (...). (E4)

Como se pode observar no relato, a mãe de E4 resolveu que o abortamento era o melhor para sua filha, já que a mesma tinha dado à luz recentemente ao primeiro filho. Todavia, a participante não partilhava da opinião da mãe, e tinha o desejo de levar sua segunda gestação adiante. Entretanto, sentiu-se obrigada a acatar a vontade dela, já que foi ameaçada de ser despejada de casa com seu marido e filho, caso não o fizesse, fato que ficou claro quando a participante reproduziu a fala da sua mãe na ocasião, como se pode constatar:

Se vocês passarem por cima de mim e resolver ter, vocês podem arrumar outro lugar para morar. (E4)

E a participante complementa:

Eu queria ter. Não queria ter tirado. Eu repito sempre que fui obrigada. (E4)

Situação semelhante é possível perceber no relato de E7. Junto com seu marido, moravam na mesma casa da família dele, de quem dependiam financeiramente. Apesar de a participante ter o desejo de levar a gestação do seu primeiro filho adiante, não recebeu apoio e foi pressionada para realizar o aborto, tendo como justificativa o fato de que o casal era muito novo e começar a vida já com um filho seria mais difícil.

A família não queria. Porque era muito novo ele. Ia acabar com a carreira[...]. Falava que eu era muito nova. Você é muito nova. Ele é muito novo. Entendeu? Vocês estão começando a vida agora. Já com filho. Tudo é mais difícil. Aquelas coisas, sabe? Mas assim mesmo eu queria. (E7)

Ao analisar os depoimentos das participantes que não tiveram a autonomia de decidir levar ou não a gestação a termo, é plausível atentar para as diversas relações de dominação que vigoravam firmemente nas vidas de cada uma, originando relações assimétricas e hierarquizadas, com implicações de que suas vontades fossem submetida à de outros. Através dessa reflexão, surge o questionamento relacionado à violência simbólica, da qual algumas participantes deste estudo foram vítimas.

Ao se enunciar a violência, a primeira ideia que advém é o da violência física direta entre o agressor e o agredido, assim como foi encontrado no relato de E8. No entanto, a violência simbólica é um tipo de violência construída em bases relacionais de subjugação, forjada por referenciais simbólicos em um campo de relações afetivas, íntimas e de confiança. É conceituada por Bourdieu (1999) como violência suave, insensível, invisível às suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento.

Bourdieu (1999), ao falar da violência simbólica, refere-se principalmente a mecanismos sutis de dominação que, no caso deste estudo, foram utilizados pelos familiares para “convencer” as participantes a realizarem o aborto mesmo contra suas vontades. A relação afetiva, íntima e de confiança entre as participantes e seus familiares, favoreceu o exercício da exploração e da dominação, já que a imposição, algumas vezes, foi vista como um “conselho” de pessoas que procuram o bem delas e o de suas famílias.

Tal dominação não é evidente, e sim camuflada, a tal ponto que muitas vezes os que a sofrem não a percebem. De acordo com o referido autor (1999), consiste em uma violência que se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la. Ou seja, apesar da dominação exercida, tanto os que sofrem (mulheres) quanto os que exercem (familiares) não a percebem como uma violência, e sim como uma relação natural e inofensiva. Percebe-se que a denominação “violência simbólica” refere-se à maneira como essa violência se efetiva, e não como uma amenização desse tipo de violência.

▪ **Questões relacionadas ao parceiro**

Além da falta de autonomia feminina como fator desencadeante para o abortamento induzido, destaca-se uma importante predominância de relatos que apontaram para questões relacionadas ao parceiro como motivo para a decisão pelo abortamento. Em um universo de quatorze mulheres, nove (64,3%) relataram que dentre os seus motivos estava presente o contexto desfavorável em que se encontravam com eles.

É possível destacar, dentre os fatores apresentados, a evasão de paternidade de seus parceiros perante a gestação. Entende-se aqui como evasão de paternidade, a ação de abandonar o filho, a fuga da responsabilidade de ser pai.

Antes de fazer o aborto procurei o pai pra conversar e não obtive resposta. Conteí da gestação, ele não disse nada, ficou calado como uma porta. E aí eu entendi o recado. Mas mesmo assim insistir e perguntei. Ele não ia assumir. Deixou claro que eu estava sozinha. (E13)

Estudos de Alan Guttmacher Institute (1994) e Pinto (1998) demonstraram que as falas femininas frequentemente rejeitam o papel da maternidade e a criação do filho sem a participação do parceiro, e reclamam apoio moral e financeiro, dados também revelados na presente pesquisa. Observou-se que as situações de evasão de paternidade relatadas pelas participantes, não aconteceram somente na gestação que culminou no abortamento, mas principalmente em gestações anteriores, o que permitiu que as participantes vivenciassem a maternidade sem o apoio paternal. Desta maneira, puderam constatar a dificuldade, relatando não só o sofrimento delas, como o das crianças rejeitadas, principalmente pela falta de apoio financeiro para a criação dos filhos. Diante da experiência pregressa e prevendo que a atitude do parceiro não mudaria, optaram pelo abortamento quando deparadas com uma nova gestação.

Fiquei muito insegura porque eu já tinha uma filha com ele e já não tinha o nome dele. Eu vou ter outro filho para também não ter o direito que pela lei eles têm? Então optei em não ter. Para sofrer, sofre só um. (E2)

O primeiro ele já não assumiu. Não me ajudava financeiramente. Ele dava quando queria, eu chorava porque às vezes meu filho não tinha um leite pra tomar. Eu sofri muito, meu filho passou fome. É muito triste você ver seu filho precisar das coisas. Ele deixou meu filho sofrer bastante, ele chorava e não tinha um leite pra tomar. (E5)

Mesmo após seu parceiro não ter assumido a paternidade da sua primeira filha, a participante E2 perguntou o que ele faria se ela estivesse grávida, e recebeu como resposta que ele teria a mesma atitude de anos atrás, quando engravidou de sua primogênita. Isso posto, a participante indignou-se e decidiu pelo abortamento por julgar ser a atitude mais correta naquela situação, mesmo sem ter essa intenção, a priori.

Nas experiências pregressas, o apoio financeiro, não foi o único reclamado pelas participantes do estudo, quando seus parceiros se evadiam da responsabilidade com seus filhos. Percebe-se nos relatos, o sofrimento das participantes devido à falta de consideração e de compromisso perante seus filhos, e de vergonha diante da sociedade por ter um filho “sem pai”, como podemos observar no relato a seguir:

No batizado, quando o padre chamou o nome dele (do pai), eu chorei muito, só meu filho que não tinha um pai presente na época. Todo mundo me pergunta: é filho dele? Porque ninguém imagina que ele seja. Ele passava com a mulher toda emperiquitada lá na minha porta, nem olhava para o lado. Fingia que não conhecia o meu filho. Por isso que eu não quis mais filho dele. (E5)

Corroborando os dados encontrados, estudos indicam a importância que assume o papel da rejeição ou da aceitação da gestação pelos homens, e das expectativas das mulheres em relação ao envolvimento destes no processo de decisão do aborto (PINTO, 1998; CHUMPITAZ, 2003). Ou seja, ainda que as mulheres tomassem a decisão de continuar ou não com a gestação, o comportamento do homem as influenciariam, uma vez que as decisões femininas se baseariam em expectativas subjetivas com respeito à atitude masculina para reconhecer ou não o filho.

Além da evasão da paternidade, na gestação anterior e/ou na atual, as participantes relataram ainda relacionamentos que as mesmas consideravam frágeis, seja pela instabilidade, pela casualidade ou por ser uma relação recente, como determinante para a decisão do abortamento. Ao que parece, quando se viram grávidas, analisaram os tipos de relacionamentos e avaliaram o que esta relação poderia oferecer à criança ou a si mesmas, e quando a expectativa de “uma família feliz” não era alcançada, a decisão pelo abortamento era tomada. No depoimento de E1 observa-se que foi realizada uma avaliação de seu casamento e do que essa relação poderia oferecer ao seu filho. A intenção de não se formarem mais laços com o parceiro foi o bastante para a decisão tomada.

Pelo meu relacionamento, acho que o que eu não quero para mim, eu não quero para o meu filho. Minha relação era muito complicada, a gente não se entendia e um filho ia me prender a ele. (E1)

Assim como essa participante, E11 também fez uma avaliação do seu casamento. Revelou que até hoje tem uma relação turbulenta, entretanto, acha importante insistir no casamento porque não quer criar seus filhos sem pai. E desabafando, relatou que acreditava que seria mais uma criança a participar de uma relação que, na visão dela, é um “inferno”.

Eu e meu marido só vivíamos brigando, nesse tempo ele ia sair de casa. Até agora a gente volta e meia a gente briga entendeu, mas naquele tempo a gente estava brigando direto, direto, direto, várias vezes. Meu relacionamento estava meio turbulento, nesse tempo. Até hoje a relação não é muito boa só que eu tento relevar por causa dos meus filhos, porque criar filho sem pai, não é? seria mais uma criança para participar desse inferno. (E11)

Em alguns depoimentos, foi possível observar que além de uma relação que as participantes consideravam “turbulentas”, com brigas excessivas, houve casos em que os parceiros tinham outros relacionamentos, como podemos observar nos depoimentos.

Assim a gente tinha um relacionamento meio conturbado. Ele vivia e não vivia junto. Entendeu? Ele era casado no papel e separado de corpos. Bom, isso era o que ele me dizia. Também não sei. (E2)

Na época ele era muito farrista, passava a noite fora e ele não quis. [...]. Minha vida estava uma bagunça, meu marido tinha um monte de mulher na rua. (E5)

É imperioso ressaltar que além da instabilidade em seus relacionamentos e da suspeita de relações extraconjugais, essas duas participantes relataram a evasão da paternidade em gestação anterior e na atual, dentre os motivos para a decisão do abortamento, o que reafirma que os motivos, na maioria das vezes, estão entrelaçados em processo dinâmico e complexo. Ainda houve participantes que relataram uma gestação em um relacionamento casual, dentre os fatores que contribuíram para a decisão do abortamento.

Não ter um relacionamento sério e seguro pesou na decisão. (E13)

Ao que parece, a insegurança gerada pela casualidade da relação, assim como pelos relacionamentos instáveis, fazem com que as mulheres reflitam acerca das responsabilidades de uma maternidade sem apoio paternal, como se a qualidade da relação conjugal estivesse proporcionalmente relacionada com a qualidade da relação paternal. É consenso entre diversos autores que o tipo de relação afetivo sexual exerce grande influência na decisão de interromper ou não uma gravidez (SMIGAY, 1993; RAMIREZ-GALVEZ, 1999; DUARTE et al., 2002; CHUMPITAZ, 2003; RAMIREZ-GALVEZ, 2005; HEILBORN et al., 2012; SANTOS E BRITO, 2014). Embora sejam plurais os modelos de conformação familiar na atualidade, assim como em estudo realizado por Santos e Brito (2014), a ideia de constituir uma família nuclear mostrou-se significativa, sendo revelada, pode-se dizer, com uma visão romântica acerca do enlace conjugal com o parceiro e da concepção de filhos.

As participantes 9 e 12 já tinham terminado a relação quando descobriram a gestação, que aconteceu em uma recaída, sem nenhum compromisso. Em vista disso, E9 se viu insegura diante da gestação e E12 enfatizou que, diante daquela situação, optou por não ter o filho do que ter um filho sem o companheiro.

Nós não estávamos mais juntos, tínhamos terminado. Aconteceu em uma recaída. Mas não tinha mais a ver. Ele não me passou confiança. Fiquei insegura com ele. Fiquei com medo. Medo de ficar sozinha sem ninguém. Aí foi isso. Por isso que fiz. (E9)

Quando a gente terminou, não tinha mais nada, a gente não deu mais certo, quando terminou eu engravidei. Não tinha mais nada sério, aí eu tinha duas opções: ou eu ter sem ele ou não ter não é? eu escolhi não ter. (E12)

Embora se conhecessem há bastante tempo, o companheiro de E6, em virtude da relação casual que mantinham, duvidou da paternidade quando soube da gestação. E por conta disso, decidiu esperar nascer para se posicionar quanto à decisão de assumir ou não a criança. Frente a isso, a participante se desesperou, já que necessitava do apoio financeiro do companheiro para levar a gestação adiante.

Eu achei uma sacanagem dele (parceiro), que eu já conhecia ele já a um maior tempão e fui avisar ele que eu estava grávida. Eu não tenho um caso sério com ele, aí é sempre aquilo, ele falou: ah! Não sei se é meu. Tu acha que eu ia falar uma coisa dessas se o filho não é teu, eu vou falar pra você, vou jogar pra você que o filho é teu? Ele falou pra mim: ah! Então deixa nascer. Ele quis dizer pra mim o que? Deixa vir que quando nascer eu vejo se é realmente meu pra poder ajudar com as coisa. Aí foi quando eu me desesperei, parei até de falar com ele. (E6)

Após ter decidido e feito o aborto, E6 foi questionada por ter realizado o aborto e não ter comunicado ao parceiro. Já que o mesmo não ofereceu o suporte esperado durante a gestação, a participante pediu ajuda para pagar o aborto em clínica clandestina, mas o mesmo não atendeu a esse pedido também. Assim, ela pegou dinheiro emprestado com a sua irmã e o fez, o que surpreendeu o parceiro.

Ele pegou e falou assim: você nem me comunicou pra fazer isso. Ele não foi nem interessado pra saber se eu estava viva, se eu estava precisando de alguma coisa. Ele ficou chateado, porque ele falou que eu tinha que comunicar ele. Mas eu já tinha dito que ia fazer. Mas como ele não emprestou o dinheiro para fazer, ele achou que eu não ia conseguir arrumar. Mas eu peguei com a minha irmã. E ele achou errado eu fazer isso. Uma pessoa dessas, eu não quero saber nunca mais. Agora eu vou pensar mais em mim, tomar meu remédio, que esses garotos novos são assim, quando eles engravidam, eles querem logo meter o pé. (E6)

Mesmo que o companheiro de E6 tenha se excluído de todo o processo de gestação e decisão pelo aborto, ainda assim, condenou a atitude da parceira. Pinto (1998) entende que isso se dá pelos homens considerarem que as mulheres têm a obrigação de assumir a gravidez, ainda que sem a sua presença. Neste mesmo estudo, a autora observa que as falas dos homens carregam um forte julgamento moral relacionado às mulheres que optam pelo aborto, sendo frequente a noção de que uma presumida emancipação social e sexual alcançada pelas mulheres deve ser seguida de sua responsabilização pelas “consequências de seus atos”, o que mostra uma visão de punição relacionada às mulheres.

Perante esse depoimento, e tantos outros de evasão de paternidade e de responsabilidades, como visto neste estudo, há necessidade de se refletir porque o “meter o pé”, como descreveu E6, é facilmente possível para os homens, enquanto as mulheres estão condenadas à maternidade, mesmo quando indesejadas. Não estaria o homem “abortando” também quando nega o apoio à gestação? Mesmo não sendo às únicas responsáveis pela reprodução, a mulher é a única criminalizada pela sociedade e pelas leis restritivas atuais do Brasil. A propósito, Gusmão e Saldanha (2014) acreditam que essa situação fortalece ainda mais a irresponsabilidade masculina, nos casos em que o homem não assume a paternidade, e também resume a mulher apenas à sua função de procriação.

A paternidade, no registro de nascimento, é considerada *paternidade jurídica*, visto que é através dela que se definem os direitos do indivíduo à filiação advinda da presunção “*pater is est*”, em que se pressupõe como pai o marido da mãe, ou aquela adquirida por meio

legal de adoção. Mas, atualmente, o termo paternidade caracteriza um aspecto de relação afetiva proveniente do convívio duradouro, assegurando ao filho algo além do registro civil, como afeto, abrigo, amor e dedicação (RIOS, 2012).

Em sentido mais amplo, segundo Oliveira (2005), paternidade forma um laço jurídico com base na solidariedade efetiva da existência de interesses, de sentimentos, ligados a uma reciprocidade de direitos e deveres, no qual “ser genitor é totalmente diferente de ser pai”. Nesse sentido, o conceito de paternidade deve transcender o ponto de vista da obrigação legal, tornando-se um direito de participar desde a opção de ter ou não filhos, e quando tê-los, acompanhar a gestação, o parto, o pós-parto e a educação da criança (BRASIL, 2008b).

Thurler (2004) afirma que dados sobre não-reconhecimento paterno – formal, legal, por meio do estabelecimento da filiação paterna no Registro Civil de Nascimento – não são produzidos no País. Entretanto, a autora propôs uma estimativa para o não-reconhecimento formal a partir do exame de 183.618 registros civis de nascimento, realizado nos dez Cartórios de Registros Cíveis de Pessoas Naturais do Distrito Federal, correspondentes aos anos de 1961, 1970, 1980, 1990 e 2000. Nesse universo, 21.991 registros não continham a filiação paterna estabelecida: uma incidência de 12%. Por outro lado, estavam sem reconhecimento materno 230 desse universo, o que significa uma incidência de 0,12%. O engajamento da mãe é a regra geral, ocorrendo em 99,88% dos registros. Ou seja, para cada 100 pais que não reconheceram sua criança, foi encontrada uma mãe que deixou de fazê-lo (THURLER, 2004). Mesmo sendo dados da década passada, infere-se que este cenário não esteja muito diferente na atualidade.

O não reconhecimento paterno de crianças brasileiras pode ser interpretado como a persistência de antigas práticas patriarcais, nas quais o arbítrio masculino foi – e tem se mantido – naturalizado. Essas práticas patriarcais ainda comportam a possibilidade real de não reconhecimento da criança pelo pai que deserta, ocorrendo não só a negação de reconhecimento legal, jurídico – que não pode ser secundarizado – mas também pela suspensão, arbitrária e a qualquer tempo, do reconhecimento social e afetivo (THURLER, 2006).

A superação dessas relações sociais patriarcais é um imperativo tanto para a efetivação do direito à igualdade de todas as crianças à filiação paterna – nascidas em relações eventuais ou estáveis, no casamento ou fora dele – e para o desenvolvimento da solidariedade como promotora da igualdade de responsabilidades e direitos entre mulheres e homens relativamente à parentalidade, quanto para a abertura de espaços a novas vivências parentais,

como a pluriparentalidade e a homoparentalidade (THURLER, 2006). Ainda segundo a autora, o reconhecimento paterno deveria se vincular ao exercício da cidadania, situando-se fora do campo do arbítrio e da aleatoriedade. Ligando-se à cidadania, o reconhecimento paterno colocaria implicações sociopolíticas, traduzindo-se em reconhecimento geracional – importante dimensão do reconhecimento, em compromissos transgeracionais de verticalidade – acolhimento, respeito à descendência, cuidados, e também exigências éticas com caráter de horizontalidade – exercício de solidariedade com a mulher-mãe.

Nesse contexto, autores como Pinto (1998), Thurler (2012) e Bensusan (2012) afirmam que a legislação brasileira facilita que os homens de fato possam escapar da paternidade indesejada, enquanto as mulheres estão presas à maternidade quase como um destino natural. Assim, filhos indesejados podem fazer parte das experiências de vida de homens e de mulheres, no entanto, os homens têm uma escolha: a de serem ou não pais. Podem ainda escolher o nível de envolvimento com a paternidade, opção negada às mães. Enquanto a evasão da maternidade é considerada uma atrocidade que beira a monstruosidade, uma afronta ao pretense “instinto materno” presente em todas as mulheres, inexistente o “instinto paterno”. À escolha pela paternidade, segue-se uma maternidade quase que compulsória.

Com a responsabilidade do aborto voltada unilateralmente para a mulher e com o facilitado distanciamento masculino desse processo, as diferenças e desigualdades de gênero são ainda mais acentuadas. Sobre isso, Villela e Barbosa (2011) pressupõem que a criminalização do aborto atente contra a vida e a saúde das mulheres, além de humilhá-las e colocá-las em um patamar de inferioridade em relação aos homens.

Estudos sobre a participação masculina no aborto revelam que os homens consideram que o seu papel nesse processo é secundário, sendo eles apenas meros acompanhantes. Faz parte dos seus discursos a noção de que compete às mulheres decidirem sobre a continuidade ou não das gestações, devido à materialidade da gravidez dar-se no corpo feminino. Entre esses estudos, podemos citar Pinto (1998), Freitas et al. (2007), Dantas (2011), Petracci (2012), Heilborn (2012), Vigoya e Navia (2012) e Gusmão e Saldanha (2014), que enfatizam que esse comportamento masculino revela a confusão que se faz em relação à responsabilidade compartilhada, respectiva a eventos reprodutivos e ao direito diferenciado que as mulheres deveriam ter em relação ao aborto. É possível que esse distanciamento do homem, percebido durante o período gestacional, possa ser conferido pela cultura, que responsabiliza somente a mulher pelo ser que se forma.

Percebeu-se que as questões relacionadas ao parceiro, que acabaram desencadeando na decisão pelo abortamento induzido, podem ser facilmente resumidas pela insegurança de uma maternidade solitária, na uniresponsabilização feminina perante o cuidado e o sustento de uma criança. Para elas, pensar no aborto, é pensar e refletir a partir das relações homem/mulher, homem/filho. E quando o “sonho dourado” de uma relação homem/mulher capaz de compartilhar a responsabilidade de um filho não é possível, o aborto passa a ser a saída, mesmo com a presença do estigma associados à prática.

❖ **CATEGORIA II** **VIVENCIANDO O ESTIGMA DO ABORTAMENTO INDUZIDO E O PESO DO** **‘HOMICÍDIO’**

Contrariando a lógica socialmente imposta da maternidade como fim último da mulher, o abortamento induzido encontra-se permeado de questões morais e religiosas gerando a reprovação social para quem o realiza, e mais ainda em contextos de ilegalidade da sua prática, como é o caso do Brasil. Nessa lógica, abortar equivale negar a maternidade e a “natureza feminina” de gerar um novo ser humano; significa transgredir, o papel cultural da mulher de reprodutora na sociedade.

Devido a esse valor cultural atribuído à gestação e à maternidade, Valpassos (2013) afirma que há uma névoa de tensão que cerca o aborto, e que é composta por algo mais do que sua classificação enquanto crime. O autor acrescenta que diversas são as ações enquadradas sob a definição de “crime”, com suas penalizações estabelecidas no Código Penal que, no entanto, são abertamente discutidas por aqueles que cometem os delitos. A título de ilustração, o autor convida os leitores a refletirem sobre os usuários de maconha. Mesmo que o consumo da droga não seja divulgado, é algo que pode facilmente ser debatido em uma reunião social, tal como um “happy hour”, em que as pessoas podem vir a narrar suas experiências com a substância, sejam elas pertencentes ao espectro do passado ou mesmo um hábito do presente. Entretanto, o mesmo não acontece com relação às pessoas que interromperam a gravidez. O que se observa é uma repreensão moral à ação de abortamento (VALPASSOS, 2013). Segundo Boltanski (2012), dentre as práticas relacionadas ao polo feminino o aborto é, sem dúvida, uma das mais afastadas do espaço público, realizadas ao abrigo dos olhos e, em geral, unicamente entre mulheres. Caracterizado como objeto de

reprovação, as reações vão da desaprovação chocada à mais violenta indignação acerca desse ato "vergonhoso" ou "horrrível" (BOLTANSKI, 2012).

Diante disso, sendo a opinião pública desfavorável ao aborto, na tentativa em evitar julgamentos, discriminações, reprovação social e condenação moral, a situação da gestação e/ou aborto não é divulgada amplamente. Como podemos observar no quadro demonstrativo a seguir, as participantes do estudo compartilharam apenas com pessoas de “confiança” como familiares e amigas íntimas, algumas vezes, deixando o próprio parceiro de fora.

Apoio recebido durante o processo abortivo

Corpus	Quem soube do aborto	Quem acompanhou o processo abortivo	Se sentiu apoiada por
E1	Amiga	Ninguém	Ninguém
E2	Irmã	Irmã	Irmã
E3	Parceiro e Mãe	Parceiro e Mãe	*
E4	Parceiro e Mãe	Mãe	*
E5	Parceiro	Ninguém	*
E6	Parceiro e Cunhada	Ninguém	Ninguém
E7	Parceiro e Família dele	Parceiro	*
E8	Parceiro	Ninguém	*
E9	Parceiro e Pai	Parceiro	Pai e Parceiro
E10	Irmão e Irmã	Irmã	Irmão e Irmã
E11	Parceiro e Amiga	Amiga	Ninguém
E12	Ninguém	Ninguém	Ninguém
E13	Amiga	Amiga	Ninguém
E14	Parceiro e Mãe	Parceiro	Parceiro e Mãe

* Participantes que foram pressionadas para o abortamento induzido

A preocupação em não tornar pública a situação, para além dessas pessoas de confiança, ficou evidente nos depoimentos:

Não queria que mais ninguém soubesse. (E9)

Isso é uma coisa que só se divide com a família. Eles me entenderam e me apoiaram. Mas nem todo mundo tem ajuda para isso não é? (E10)

Corroborando o exposto, Valpassos (2013) afirma que as pessoas não falam publicamente sobre a experiência do aborto; muito pelo contrário, elas a tratam como um segredo. É um tema de foro íntimo, limitado à própria pessoa ou, quando muito, a um

pequeno círculo de “pessoas de confiança” (VALPASSOS, 2013). Segundo Norris et al. (2001), o silêncio é um mecanismo importante para indivíduos que lidam com o estigma do aborto, pois se o aborto é desconhecido, ninguém pode ser estigmatizado devido a ele. Dessa maneira, há um dilema sobre falar ou calar (NORRIS et al., 2001). Observa-se que o segredo é a única arma para desviar os olhares e os julgamentos devido a essa situação que carrega um estigma tão forte.

Goffman (1963) é pioneiro no debate sobre a natureza do estigma. Para ele, o estigma é definido como um atributo negativo (depreciativo) que torna o sujeito diferente, diminuído ou possuidor de uma desvantagem. Assim, é estabelecida uma relação entre certos atributos e estereótipos que fomenta manifestações de discriminação entre os sujeitos ou grupos portadores das marcas tidas como indesejáveis. O autor afirma que um grupo de indivíduos compartilham alguns valores e aderem a um conjunto de normas sociais referentes à conduta e aos atributos pessoais, então, pode-se chamar de “destoante” qualquer membro individual que não compartilhem dessas normas, e denominar como “desvio” a sua peculiaridade (GOFFMAN, 1963). Ou seja, a mulher que transgredir a maternidade e opta pelo abortamento é destoante, o abortamento é o desvio e seu destino é ser alvo de discriminação.

Alguns autores têm estudado a respeito do aborto e do estigma. Para Norris et al. (2001), o estigma social do aborto tem como transfundo tanto os contextos legais que criminalizam e penalizam a prática, como as normas culturais e os valores religiosos que a censuram e interditam (NORRIS et al., 2001). Corroborando o exposto, Rameiro (2014) afirma que há uma perversa associação de fatores jurídicos, religiosos, morais e culturais que proíbem e estigmatizam essa prática ou a intenção de fazê-la (RAMEIRO, 2014).

Zamberlin (2015) realizou uma revisão bibliográfica sobre o estigma relacionado com o aborto. A autora destaca que emerge claramente dos estudos analisados, um condicionamento de gênero sobre a maternidade como um destino para as mulheres. Sendo assim, o aborto torna-se um elemento perturbador das expectativas femininas e, portanto, é sujeito à condenação social. Para a autora, embora o aborto induzido seja estigmatizado em muitas partes do mundo, independentemente do estatuto legal, no contexto latino-americano, onde as leis restritivas e a religião católica predominam, torna-se um terreno fértil que promove o estigma e aumenta todas as suas dimensões. O estigma força o silêncio em torno do aborto, e as experiências das mulheres são marcadas por solidão, isolamento e exclusão, com extremos de violência institucional.

Adesse (2015), valendo-se de uma revisão integrativa, fez um levantamento das publicações com a combinação dos termos “aborto” e “estigma social” (usados como descritor e palavra-chave), percebendo um aumento na quantidade de estudos entre 2011 e 2014, período que coincide com a entrada do termo “estigma social” como um descritor nas bases científicas. Nesses estudos, a relação entre aborto e estigma social é abordada sob uma perspectiva crítica, apontando que nos campos social, médico e jurídico, mesmo em contextos com leis e protocolos mais liberais, a questão do abortamento encontra-se ainda circundada por preconceitos e discriminações.

Se mesmo em contextos de leis e protocolos mais liberais, a questão do abortamento ainda encontra-se circundada por preconceito e discriminações, o que podemos pensar do Brasil onde, além de todas as questões sociais e culturais arraigadas ao abortamento, ainda vivemos com sua criminalização, o que fomenta a estigmatização da mulher que o pratica. Foi possível observar que mesmo as participantes que foram pressionadas para realizar o abortamento, optaram pelo segredo. Ao questioná-las se além das pessoas que as pressionaram, alguém soube do abortamento, responderam enfaticamente:

Amizade não. Deus me livre. Só meu marido e minha mãe que me levaram lá para certificar que eu não ia desistir. Só eles. Passei muito tempo da minha vida sem tocar nesse assunto. E não sei nem como estou contando para você. Queria levar esse segredo para o túmulo. (E3)

Não. Graças a Deus. Não conto por nada. (E7)

Isso pode ser explicado pelo fato de que mesmo que essa decisão e vontade não tenham partido delas, socialmente, a discriminação e o estigma da “mulher que aborta” recairiam sobre elas, e não sobre seus companheiros ou familiares que realizaram a pressão para que tal fato acontecesse.

Assim como o silêncio e o medo da estigmatização, foi possível observar nas histórias das participantes uma expressão de revolta e ressentimento para com quem discrimina, fala, julga, mas não estende a mão para ajudar.

As pessoas gostam de falar dos outros, mas não olham seu umbigo. Não falei porque o povo fala muito e ninguém ajuda nada. (E1)

Não quis falar com ninguém. Para enfiar o dedo na sua cara tem um monte, mas para comprar uma fralda não tem ninguém. (E2)

(...) Ali onde eu moro, eu não contei para ninguém. Porque ali se eu falar, Deus que me livre, o pessoal 'taca' pedra até não querer mais, porque ninguém presta, mas para falar da vida dos outros, todo mundo é santo, entendeu? (E11)

A maioria das participantes optou por compartilhar sua gestação e/ou aborto com pessoas ou grupos extremamente restritos. Entretanto, uma participante (E12) resolveu vivenciar todo esse processo solitariamente. Não confiou em uma amiga, familiar ou companheiro como fizeram as outras. Ao invés disso, sua opção foi não escutar julgamentos, críticas ou discriminação:

Preferi fazer tudo sozinha, mesmo sabendo que era arriscado, preferir fazer tudo sozinha a ser criticada. Foi melhor mesmo ter feito aquilo. Não precisar escutar o que você não quer. (E12)

Adesse (2015) afirma que os estudos sobre estigma ajudam a jogar luz no ciclo do aborto inseguro, entender as consequências emocionais da necessidade, ainda presente para as mulheres de nossa sociedade, de mantê-lo em segredo por longo período de tempo, contribuindo para um isolamento social e sanitário.

A decisão de compartilhar com um ou mais membros do núcleo familiar e de amizade, foi uma tentativa de se sentirem apoiadas e acolhidas. Todavia, isso não foi garantido e restou-lhes um aborto solitário e desamparado. Apesar de 13 (92,8%) participantes compartilharem a experiência do abortamento com pessoas íntimas e de confiança, apenas 4 delas (28,5%) afirmaram ter se sentido apoiadas na ocasião. A falta de apoio de familiares e/ou amigos para o abortamento induzido, também foi observada nos resultados de outros estudos, tais como o de Rebouças (2010) e o de Ribeiro (2014). Inclusive, em uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, observou-se que uma em cada três mulheres não contou com qualquer tipo de apoio para realizar o aborto, e duas a cada três afirmaram ter tomado sozinhas a decisão pela interrupção da gravidez (FARIA, 2013).

Norris et al. (2001) afirmam que o estigma do abortamento induzido pode se manifestar sob diferentes formas e por diferentes pessoas. Não só por amigos, familiares e comunidade, mas também por quem as assiste, no caso de hospitalização após o procedimento. Dessa maneira, a estigmatização social do aborto, além de fazer com que as mulheres vivam esse momento tão delicado solitariamente, ainda pode colocar em risco suas vidas, quando advém de profissionais de saúde que deveriam acolhê-las e prestar-lhes uma assistência livre de preconceitos e julgamentos, sobretudo, pautada nos princípios da Bioética: beneficência/ não maleficiência, autonomia e justiça.

A beneficência significa “fazer o bem”; a não maleficiência significa “evitar o mal”. Desse modo, sempre que o profissional propuser um tratamento a um paciente, ele deverá reconhecer a dignidade do paciente e considerá-lo em sua totalidade, visando oferecer-lhe o melhor tratamento, tanto no que diz respeito à técnica quanto no que refere ao reconhecimento das suas necessidades físicas, psicológicas ou sociais. A autonomia é a capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Para que o respeito pela autonomia das pessoas seja possível, duas condições são fundamentais: a liberdade e a informação. Isso significa que, em um primeiro momento, a pessoa deve ser livre para decidir, para isso, ela deve estar livre de pressões externas, pois qualquer tipo de pressão ou subordinação dificulta a expressão da autonomia. Para permitir o respeito da autonomia das pessoas, o profissional deverá explicar qual será a proposta de tratamento e é preciso ter certeza que o paciente entendeu as informações que recebeu. O princípio de justiça se refere à igualdade de tratamento. Também se pode acrescentar outro conceito ao de justiça: o conceito da equidade que representa dar a cada pessoa o que lhe é devido segundo suas necessidades. De acordo com esse princípio, é preciso respeitar com imparcialidade o direito de cada um. Não seria ética uma decisão que levasse um dos personagens envolvidos (profissional ou paciente) a se prejudicar (JUNQUEIRA, 2011).

Em seu livro (FAÚNDES; BARZELATTO, 2004), Faúndes conta que em 1950, quando era interno de medicina, a cultura prevalente no meio médico daquela época era tratar todas as mulheres com abortamento como se fossem criminosas. Acrescenta ainda que o pessoal do sistema público de saúde achava que tinha autoridade para acusar, julgar e condenar à pena de uma curetagem sem anestesia de nenhum tipo, cada uma das mulheres com complicações de aborto, e se alguma delas tivesse coragem de se queixar, eram agredidas verbalmente. Elas tinham que pagar por haver desfrutado dos prazeres do sexo sem assumir a responsabilidade da maternidade.

Esse tipo de pensamento e convicção que ferem severamente os princípios da bioética, não é privativo de um passado distante, pois decorrido mais de meio século, ainda é possível encontrar no sistema público de saúde, esse tratamento ‘penalizador’ aplicado junto a mulheres em situação de abortamento induzido. Após o abortamento induzido, metade das participantes (n=7; 50%) foi hospitalizada, todas em Unidades de Saúde da rede pública do Rio de Janeiro, sendo que na tentativa de se desviar desse tipo de tratamento repleto de

estigmas, na maioria dos casos a indução do abortamento foi omitida. Mais uma vez, como uma defesa pessoal, o silêncio se fez presente:

Cheguei lá e falei que eu tinha caído no banheiro (...). (E5)

Eles ficaram perguntando se eu tomei alguma coisa, eu falei que não, porque os outros falam que quando fala que botou, eles maltratam. (E12)

Corroborando o exposto, Bispo e Souza (2007) destacam que a relação profissional de saúde/usuárias, perpassa por relações de poder em que as mulheres, frente à violência a que são submetidas nos serviços de saúde, desenvolvem reações que são verdadeiras estratégias de resistência, devido ao medo de serem maltratadas, de não receberem atendimento, de não terem condições financeiras para serem atendidas em outra instituição. As reações encontradas pelos autores foram silêncio, grito, omissão de informações ao profissional e mentiras (BISPO; SOUZA, 2007). Destaca-se que esse sentimento de medo muitas vezes é devido à informações antecipadas sobre o atendimento que é prestado a quem aborta. Motta (2005) complementa que mulheres em situação de abortamento ficam silenciosas nas Unidades de Saúde, não falam muito sobre o que lhes ocorreu, e quando o fazem, justificam-no frequentemente como resultado de acidentes e quedas, por exemplo.

Adesse (2015) em sua pesquisa, afirma que foi recorrente nas falas dos profissionais de saúde, a convicção de que há um movimento intencional das mulheres que abortam em ocultar sua situação, e que por isso eles as perseguem, insistindo e inquirindo-as em busca da verdade. Ainda segundo a autora, os profissionais de saúde relataram que a *honestidade* das mulheres de revelarem a indução do abortamento configura-se como *um facilitador* para uma intervenção técnica mais eficaz.

As estratégias de silêncio, omissão e mentira nas Unidades de Saúde foram ineficazes para evitar constrangimentos e assistência centrada em preconceitos e estigmas por parte dos profissionais de saúde, visto que eles, ao perceberem indícios de que as mulheres induziram o próprio abortamento, praticam a violência institucional de diversas maneiras:

Eu falei para ela (a médica): - Se eu falar a verdade, você vai me maltratar. Ela falou: - Quem sou eu para te julgar?! Mas, também não me tratou bem, entendeu? Me largou lá, sofrendo sozinha. (E5)

Eu não disse a verdade. Não falei que induzi. Mas eles sabem não é? Acho que deve ficar resíduo da medicação. Sentia o ar de reprovação no olhar de cada um. (E13)

Segundo Minayo (2010), buscar introduzir uma reflexão sobre as articulações entre o tema da violência e as repercussões na saúde dos brasileiros, permite entender melhor a violência institucional - aqui nos casos de abortamento - como um fenômeno complexo de imbricamento entre as relações sociais, como também construídas no interior das consciências e das subjetividades. Esta violência, segundo D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002), é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), e até mesmo o abuso sexual. Ribeiro (2014) acrescenta ainda, como exemplos de violência institucional, o abuso de poder, a omissão de informações, a demora na resposta a demandas e o tratamento clínico inadequado.

Outras pesquisas também apontam e consideram como um tipo de violência, o uso inadequado de tecnologia, com procedimentos algumas vezes desnecessários em face das evidências científicas atuais (SANTOS 2014; ADESSE, 2015). Os procedimentos para esvaziamento uterino, por exemplo, não são realizados conforme preconizado pelas normas internacionais e nacionais. A aspiração manual intrauterina (AMIU) é o procedimento de escolha para tratamento do abortamento, segundo essas normas (BRASIL, 2011; OMS, 2013). Entretanto, a utilização da curetagem, que deveria ser exceção, é o procedimento geralmente utilizado, independente do quadro clínico apresentado pelas mulheres e da idade gestacional.

Na Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (BRASIL, 2011), o acolhimento e a orientação são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Segundo essa norma, a capacidade de escuta sem pré-julgamentos e imposição de valores morais, são alguns dos pontos básicos do acolhimento. Entretanto, é possível observar em alguns relatos que, ao buscar os serviços de saúde, as mulheres ainda vivem situações de violência institucional. A esse respeito, Adesse (2015) acredita que o documento ainda não tem sido capaz de se contrapor aos valores negativos associados ao aborto e à mulher que aborta. Segundo a autora, a concepção médico-curativa hegemônica das práticas de saúde, e a formação ainda muito biomédica dos obstetras que atuam nas maternidades públicas, comprometem as iniciativas de mudança que preconizam a maior autonomia das mulheres e respeito às suas decisões de interromper uma gravidez.

Dentre as participantes que foram hospitalizadas após o procedimento de abortamento induzido (n=7, 50%), cinco delas (71,4%) relataram ter sofrido algum tipo de violência

institucional. Foi possível perceber, neste estudo, que a negligência, a demora no atendimento e o tratamento ríspido dos profissionais de saúde, configuraram uma punição para essas mulheres, como se pode observar nos trechos a seguir:

Eles te largam de lado, não é? Falaram: -Ah não queria deixa morrer? Fui obrigada a ouvir um monte de coisa. (E4)

O médico falou:- Não quis tirar uma vida? Agora você aguenta. Aí, quando ele viu que eu estava muito ruim, muito ruim mesmo, aí foi lá e me atenderam. Mas também tudo na ignorância. (E10)

O estigma do abortamento induzido, quando manifestado por um profissional de saúde, pode ter consequências catastróficas, muitas vezes interferindo diretamente na assistência prestada a essas mulheres, sobretudo quando ele retarda excessivamente o atendimento e negligencia os cuidados necessários. Alguns autores, como Adesse (2006; 2015), Menezes e Aquino (2009), De Zordo (2012), Santos (2014) e Ribeiro (2014), discutem a respeito da assistência prestada por profissionais de saúde a mulheres em situação de abortamento, destacando a preterição sofrida por elas, sobretudo nas Maternidades, onde a prioridade de assistência e cuidados é para a mãe com seus recém-nascidos. Segundo De Zordo (2012), as mulheres com abortos incompletos no hospital, eram consideradas *clandestinas* por duas razões principais, citadas pelos ginecologistas: 1- porque ocupavam os leitos que deveriam ser reservados às mulheres grávidas, e 2- porque a missão da obstetrícia é *salvar a vida*.

A negligência e a demora no atendimento não foram às únicas “punições” relatadas pelas participantes. A violência verbal também fez parte da vivência de algumas delas. O conteúdo dessa violência foi forte e fez com que a maioria delas se emocionasse ao relatar. Enquanto pesquisadora, pude perceber que foi o momento da entrevista que mais abalou as participantes. Em seus relatos, é possível observar as difíceis lembranças deixadas por esses momentos:

Saiu na cama, estava deitada aí veio uma dor forte e saiu, elas (enfermeiras) ficaram falando que estava vivo (...). As meninas falavam que não iam fazer nada: - Normal, não queria que morresse?! Deixar morrer. (E4)

A mulher (enfermeira) falou pra mim: - Minha vontade é de te levar no necrotério, porque quando eu fui levar ele para pesar, o coraçãozinho dele ainda estava batendo, e tinham quatrocentos gramas com quatro meses, ele era grandão, era um menino. Ele nasceu vivo, só uma perninha dele que estava soltando que ela falou. (E5)

Apesar da violência institucional relatada pelas participantes não ter sido restrita à equipe de enfermagem, chamam atenção especial esses relatos pela discriminação explicitada em palavras, atitudes de caráter condenatórias e preconceituosas com a intenção de puni-las. O Código de Ética de Enfermagem prescreve que, durante o processo de assistência à mulher, as questões filosóficas e religiosas dos profissionais não devem interferir no atendimento. No Artigo 23, por exemplo, é preconizado que a assistência de enfermagem seja prestada à clientela sem discriminação de qualquer natureza (COFEN, 2000). Entretanto, nem sempre isso é garantido a essas mulheres. Corroborando o exposto, Lemos et al. (2014) acrescentam que o cuidado à mulher que interrompe a gravidez é garantia de um direito que o indivíduo tem à saúde – que é constitucional. Assim, no exercício da prática profissional de enfermagem os valores pessoais não podem estar acima da Lei, nem dos direitos de cidadania.

Em estudo recente, Wiese e Saldanha (2014) investigaram as crenças de 15 profissionais de Saúde (médicos ginecologistas/obstetras, enfermeiros e psicólogos) e de 10 profissionais de Direito (juízes de direito e promotores de justiça) sobre o aborto induzido. A maioria dos entrevistados, entre eles, 10 profissionais de saúde, demonstraram crenças contrárias à descriminalização da prática do aborto induzido e apresentaram narrativas em torno da sacralidade e heteronomia da vida, permeadas por crenças de cunho religioso, da independência do feto enquanto outra pessoa, da consideração do aborto enquanto homicídio e crime, bem como da culpabilização e responsabilização da mulher por seus atos.

Chama atenção dos autores que tais crenças ancoram-se numa perspectiva criminalista, na qual o aborto foi considerado delito de maior gravidade, sendo comparado ao homicídio. Entretanto, verifica-se que em momento algum são utilizadas as expressões matar ou assassinar alguém para descrever o crime de aborto, segundo o Código Penal (BRASIL, 1940). Wiese e Saldanha (2014) destacam ainda que os profissionais de saúde enfatizaram a necessidade de punição a essas mulheres, inclusive com situações vexatórias que acabem por expô-las. Mas punições nesse sentido já são sofridas pelas mulheres que recorrem aos serviços de saúde apresentando complicações pós-aborto inseguro.

A classificação do aborto enquanto destruição da vida de uma criança, faz com que sejam revelados valores pessoais, morais e religiosos, dos profissionais de saúde, e esses acabam considerando uma assassina e pecadora aquela mulher que anseia por cuidados, destarte colocando-se no papel de verdadeiros juízes:

Ela (médica) me mandou bater uma ultra, eu bati a ultra e na ultra ele estava vivo. Ela falou: - Vou te dar uma injeção para

segurar. Foi quando eu falei: - Não, tomei Citotec agora eu vou até o final. E ela: - Então é problema seu. Me jogou lá em um quarto, e ele nasceu. (E5)

E o que eles falaram para você? Nunca vou esquecer: - Pode mentir quanto você quiser, mas Deus tudo sabe e tudo vê. Essa frase ficou ecoando na minha cabeça. Ele fazia (a curetagem) e falava. Mas depois que escutei isso, fiquei tão abalada que não consegui prestar atenção em mais nada. Ele ficava conversando com um outro, conversava sobre isso e chegaram até a rir algumas vezes. (...) O que mais me doía era a forma como as pessoas falavam comigo. (E13)

A ideia de maus tratos ficou na lembrança das participantes. Ainda houve situações de proibição de visitas e realizar procedimentos de forma abrupta, machucando-as. Para Adesse (2015), esse estigma relacionado ao abortamento é o pano de fundo dos critérios hierárquicos que determinam quem tem prioridade de acesso ao leito obstétrico, da pouca preocupação com a privacidade da mulher que aborta e com seus conflitos emocionais ao ser internada ao lado de uma parturiente, da negligência com os seus direitos legais, como o de ter perto de si o seu acompanhante. Questões como essas configuram violência do tipo institucional, praticada por meio de constrangimentos e despersonalização no atendimento às mulheres:

Ninguém me visitou, não deixaram ninguém me vê. (...) Nem visita eu tive direito, assim fui maltratada, porque eles tipo me largaram lá, não me deram muita importância não, vinha só o médico e me dava um toque com muita ignorância. (E5)

O médico só faltou me matar. Viu que era aborto, não é? Judiaram de mim bastante. (E10)

O SUS, em um de seus pilares, afirma que a assistência seja equitativa e universal. Contudo, diversos autores reconhecem e discutem esse tratamento sob a forma de ‘punição’ e assistência discriminatória ofertada pelos profissionais de saúde às mulheres em situação de abortamento, caracterizando a trajetória desumana dessas mulheres que recorrem a aos serviços de saúde apresentando alguma complicação pós-aborto.

Motta (2005), Mariutti, Almeida e Panabianco (2008) e Bertoni e Oliveira (2010) evidenciaram, em seus estudos, como a atenção está centrada em aspectos físicos, de forma técnica e impessoal, com pouca escuta e atenção às necessidades dessas mulheres, muitas vezes desrespeitando seus direitos legais. Essa (des)assistência, entendida por Lemos et al. (2014) como a privação da assistência requerida, ou assistência puramente técnica e impessoal, é pautada por valores morais e religiosos intolerantes, e certamente há variados

aspectos que fazem com que as mulheres sejam maltratadas, violentadas verbalmente e, enfim, descuidadas pelos próprios profissionais de saúde, que tem por ofício cuidar. Estes aspectos norteiam o chamado senso comum que orienta os valores e as opiniões vigentes sobre o aborto. Demais estudos também corroboram com essa mesma perspectiva de uma desatenção ofertada a essas mulheres que procuram um serviço de saúde após um abortamento induzido (BENUTE ET AL., 2012; DE ZORDO, 2012; CACIQUE, PASSINI JUNIOR E OSIS, 2013; SANTOS, 2014; RIBEIRO, 2014; ADESSE, 2015).

Gesteira, Diniz e Oliveira (2008) analisaram o discurso de profissionais da equipe de enfermagem com relação à assistência prestada às mulheres em processo de abortamento provocado. Chamou a atenção dos autores, primeiramente, o fato de que esses profissionais entendiam o abortamento induzido como crime e pecado, mesmo quando se tratava de um aborto legal. Somado a isso, perceberam uma assistência discriminatória prestada pela equipe de enfermagem. Além da prioridade de assistência às parturientes, puérperas e gestantes de alto risco, em detrimento da assistência às mulheres que abortam, os autores observaram discursos de censura, julgamento, reprovação e, sobretudo, de punição.

Costa, Viana e Souza (2012) acrescentam que não obstante ser crime, a punibilidade do aborto é raramente imputada aos agentes no serviço de atendimento público de saúde, devido à observância do sigilo médico. Dessa forma, a impossibilidade da aplicação da punição oficial, legal, gera a punição informal dos agentes do aborto, em especial às pacientes que chegam ao serviço público de saúde em abortamento provocado. Tais tratamentos provocam nessas mulheres sentimentos de “estado imoral” no qual a criminalização informal, funciona junto com a criminalização formal, no seu sentido legal, para produzir sentimentos de “vergonha”, “desonra” e medo de exclusão social nas mulheres que almejam ou que, por qualquer ensejo, buscaram abortar. O fato é que a criminalização informal do aborto provocado vem confirmar que há outros sistemas normativos, além do jurídico, como o sistema normativo moral. Os autores acrescentam ainda que as normas morais, sociais, religiosas e educacionais, apesar de não terem a coercitividade oficial das normas jurídicas, são coercitivas de outro modo, muitas vezes bem mais rígido e penoso para quem as transgrida. Para além dos maus-tratos na relação profissional/usuária, McCallum, Reis e Menezes (2006) discutem como a discriminação é também simbólica e está institucionalizada na estrutura física, nos espaços destinados às mulheres que abortam e na forma de organização do atendimento.

Chama a atenção o fato de que as duas participantes que foram hospitalizadas, e que não relataram nenhum tipo de violência na Unidade de Saúde, não foram ‘responsabilizadas’ por seus abortamentos. A participante que concedeu a entrevista 8 e que relatou a violência física de seu parceiro para obrigá-la a abortar, chegou para o atendimento com as marcas das agressões físicas e muito chorosa devido à situação. Quando interrogada, contou como aconteceu seu aborto. Ela considerou o tratamento que lhe foi dispensado muito bom e os profissionais zelosos e atenciosos. A participante que concedeu a entrevista 12, com medo de ser maltratada no hospital, disse que o aborto foi espontâneo. Sentiu-se muito aliviada quando fizeram a ultrassonografia e seu colo do útero estava fechado e sem resíduos ou sinais de indução do abortamento. Relata que alguns profissionais chegaram a demonstrar pena e ficaram consolando-a, dizendo que ainda era muito nova e que poderia engravidar novamente.

Me trataram bem, a curetagem foi sem dor nenhuma graças a Deus, me trataram bem. Depois que fizeram, toda hora vinham perguntar se estava tudo bem. (E8)

Deus é tão maravilhoso comigo que quando chegou lá, meu útero estava fechado, não tinha sangramento, não tinha nada, eles não descobriram que eu tomei. Meu útero fechadinho. (E12)

Ao acreditarem que nenhuma das duas participantes foi ‘responsável’ por seus abortamentos, percebe-se que os profissionais ficaram em posição de proteção a ambas, considerando suas fragilidade e necessidades, e demonstrando comoção perante suas perdas, o que leva à discussão da naturalização do papel feminino da maternidade, como se todas as mulheres precisassem e quisessem ser mães, e quando isso era interrompido de alguma forma, por motivos que não dependiam delas, elas mesmas passavam a ser dignas de pena.

O estigma do abortamento induzido, assim como todos os valores morais que envolvem essa prática, envolvem inclusive as próprias mulheres que o fizeram. A ideia de merecer um tratamento ríspido, hostil e imbricado de julgamentos pelo ‘mal’ que fizeram, estava presente no relato de algumas participantes, como se pode observar, a seguir:

Mas eu também não tiro o direito dele (do medico) porque eu também mereci. (E10)

Ele estava certo, não é? Tive que ficar calada. (E13)

Foi como se reconhecessem que mereciam escutar o que escutaram, e receber o tratamento que receberam, sobretudo porque era um ‘direito’ dos profissionais de saúde oferecerem uma assistência punitiva, pois elas tinham que pagar de alguma forma pelo

‘pecado’ que haviam cometido. Esse tipo de sentimento de culpa e dívida, devido à indução do abortamento, foi demonstrado durante as entrevistas e relatado pela maioria das participantes.

O abortamento induzido, como vimos, é um tema envolto por um grande estigma devido aos mais diversos valores e preconceitos sociais. Isso imputa à mulher que o realiza um pesado fardo, sobretudo porque o abortamento é inadmissivelmente moral, e a ideia que se dissipa e que também as atinge, é a de que elas são pessoas criminosas, já que “assassinaram” seus próprios filhos, vidas inocentes. Pedrosa e Garcia (2000) afirmam que decidir-se por induzir um abortamento implica em juízo ético de valor, através do qual se enunciam que atos, sentimentos, intenções e comportamentos são condenáveis ou incorretos do ponto de vista moral.

É como se eu tivesse matando uma pessoa que não pediu. Como não, eu estou matando uma pessoa que não pediu para vir ao mundo. Por um erro meu eu estou assassinando, né? Estou matando uma vida inocente. (E1)

Não raramente foram observados relatos do tipo: “Eu matei”, “Sacrifiquei a vida de um inocente”, “Acabei com a vida do meu filho”, “Assassinei uma criança”, “Interrompi a vida de um Ser humano”. Corroborando o exposto, Bertolani e Oliveira (2010) afirmam que nos eventos em que o abortamento é provocado pela mulher, essa sensação de ter “matado” é real e recheada pelas interferências sociais, religiosas e morais, nas quais a mulher tem de encarar quando decide, independentemente do motivo, interromper o estado gravídico. Como foi dito, a procriação é tida como a principal função social da mulher. Logo, o aborto provocado é tido, principalmente pelas religiões - em especial as Cristãs, no caso da América Latina e, mais especificamente no Brasil, a Católica - como o assassinato de uma vida indefesa, um ato de covardia, um pecado gravíssimo, recebendo punições rigorosas da “consciência” daquelas que o praticam (PEDREBON, 2007).

Meu caminho quando eu desencarnar é direto para o umbral. (...) Eu estou condenada. Eu falo por mais bem que eu faça, por mais caridade que eu faça eu não me perdoo. (E3)

Isso é um pecado que eu vou carregar para o resto da minha vida, vou pagar ainda pelo que eu fiz. (E11)

Uma assassina de um filho. Será que tem pecado pior? (E13)

A ideia de pecado quase que inevitavelmente foi acompanhada do sentimento de culpa, com a certeza de que um dia pagariam de alguma forma pelo que fizeram, como se o castigo divino pelo abortamento induzido fosse o único destino dessas mulheres. Para Rebouças e Dutra (2011), a culpa é associada ao castigo porque ao transgredir, é comum o sentimento de culpa, e também porque para toda transgressão existe uma punição. Os autores acrescentam que a Igreja Católica brasileira, desde o período Colonial, foi responsável por reger os costumes, as tradições, inclusive, a sexualidade e o matrimônio, inculcando nas pessoas quais os valores e os comportamentos considerados aceitáveis para que se tornassem bons cristãos. Caso pecassem, receberiam a penitência ainda em vida.

Abortei por causa de um emprego que na época era meu sonho. E hoje eu estou trabalhando com faxina. Será que essa situação não é a resposta da lei do retorno? Sempre penso isso. (E14)

A lei do retorno, como relata a participante que concedeu a entrevista 14, é tipo “aqui se faz, aqui se paga”, pensamento esse que fez parte da maioria das entrevistas. A culpa/dívida é a forma cotidiana, ou seja, impessoal, de sentir o débito existencial. Isso acontece porque essas mulheres sentem que devem “obediência” à sociedade e à religião. Dessa maneira, o abortamento induzido é vivenciado como uma dívida aos valores morais e religiosos, e sendo assim, elas tem convicção de que serão castigadas, pois se sentem como “credoras” que devem pagar pelo que fizeram (REBOUÇAS; DUTRA, 2011).

Algumas vezes foi possível observar uma associação do castigo com a maternidade. O medo de serem punidas, através de doença ou sofrimentos de seus filhos, foi algo comum entre as participantes. A ideia é que se elas pecaram “assassinando” um filho, o castigo viria da mesma forma, em cima dos filhos que possuem.

Todo dia quando eu acordo, peço muito a Deus pelos meus filhos entendeu, principalmente pelo Luís, pelo mais frágil. Às vezes quando acontece alguma coisa assim com ele eu acho que é isso entendeu pelo que eu fiz de errado. (E11)

Cometi um crime e não vou me perdoar nunca. Mereço tudo que acontece comigo. Por isso não reclamo de nada. Só clamo a Deus para poupar meus filhos. (E14)

Outra associação comum do castigo com a maternidade, dentre as mulheres que ainda não eram mães, foi o medo de não conseguir engravidar futuramente. E novamente o castigo seria dado de acordo com o pecado: já que “assassinou” um filho, Deus não daria mais a oportunidade de ter outro.

Pode ser castigo. Tenho medo porque eu tive a oportunidade e não fui. Aí, de repente, quando eu me sentir madura, tenho medo de ficar tentando, tentando e não engravidar. Eu fico com um pouquinho de medo disso. (E9)

O medo de vivenciar um 'castigo' após o abortamento induzido, também foi encontrado no estudo de Benute (2009), em que o autor afirma que isso pode ser entendido sob o prisma da autopunição. Todavia, chamou a atenção do autor o fato de que parte das mulheres que sofreram o abortamento espontâneo também acreditava que receberiam um castigo, pois, além de crer que fugiram dos padrões socialmente aceitáveis, já que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, todas teriam então uma 'função' maternal que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho. Nesse caso, as mulheres que vivenciaram o abortamento espontâneo, também não conseguiram corresponder às próprias exigências internas. Os desvios dessas necessidades internas desencadeiam a culpa e convidam a uma busca interna de respostas. A culpa por não conseguir levar a gestação adiante e o medo de ser castigada, tanto em mulheres com abortamentos induzidos, quanto com abortamentos espontâneos, também foi um achado no estudo de Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005).

Isso evidencia o quão arraigado é o estigma do abortamento na sociedade. Independente do motivo que as fizeram abortar, quando é induzido, são criminosas e assassinas que tiveram coragem de assassinar o próprio filho, e por isso merecem ser castigadas. E quando se trata de um abortamento espontâneo, são mulheres incompetentes, que não conseguiram corresponder aos padrões sociais femininos, sobretudo protegendo seus filhos. A situação se torna ainda mais torturante quando essa visão passa a ser uma visão delas também, pois a autocondenação e a certeza de um débito moral e religioso com a sociedade se fazem presentes, trazendo diversas implicações emocionais para suas vidas.

Os relatos das participantes refletem essas implicações emocionais que, além da culpa e dívida, são repletos de sentimentos e sensações negativas tais como tristeza, depressão, trauma, sofrimento, desolação, entre outros. Para a maioria das mulheres, reviver essa experiência ainda é muito dolorido, e mais que isso, para muitas delas é um processo continuamente revivido, isso porque é uma lembrança sempre presente em suas vidas. E quando eu pedi que falassem o que vem em suas cabeças quando lembram dessa experiência, a maioria se emocionou.

Vem uma saudade de uma pessoa que você não conheceu, mas que você tinha que conhecer e que você ama (choro). Eu sempre penso: eu tive três filhos. (E3)

Na cabeça não. Vem aqui (mão no coração) um aperto. Uma dorzinha. Muito ruim. Uma sensação. É o peito se apertando. A

voz parece que quer calar. A lágrima parece que quer cair. É mais ou menos por aí. (choro). (E7)

Horrível, péssimo, até hoje fica a lembrança, lembrança de tudo não é?, tudo, voltando tudo. (E8)

Para as participantes do estudo, a vivência do abortamento induzido representou um dilema entre duas convicções: 1- De que era uma conduta moralmente incorreta, o “homicídio” de um filho, um pecado; 2- As circunstâncias de vida em que ocorrera a gravidez não lhes permitiria levar a gestação adiante, seja por necessidade própria ou vontade de outrem. A segunda convicção citada pareceu amenizar a dor e o peso da primeira.

Tristeza, arrependimento, mas naquela época se eu quisesse também, não sei o que ia acontecer comigo, se ele (companheiro que obrigou o aborto) ia me matar. (E8)

Fiquei muito abalada, sentia aquela bolinha de sangue saindo de dentro de mim, fiquei um bom tempo tendo insônias, e pensando se algum dia eu conseguiria me perdoar. O que me acalmava era a certeza de que se tivesse tido, era mais uma criança para sofrer. (E13)

Apesar disso, para a maioria das participantes, a vivência do abortamento induzido e de todas essas implicações morais, éticas, sociais e religiosas que envolvem o tema, resumiu-se a um sentimento: “arrependimento”. Não foram raros relatos com a ideia de que suas vidas hoje seriam melhores se não tivessem induzido o abortamento, e ainda demonstravam a sensação de estar faltando um membro na família, qual seja, o filho que não veio. O arrependimento pareceu ter como gênese primária a culpa, e exemplificam a condenação interna assumida pelas mulheres e que podem ser entendidas como resultantes das normas sociais acerca do comportamento feminino.

Paradoxalmente, os sentimentos se mesclavam, e algumas participantes, mesmo sendo minoria (n=2; 14,3%), avaliaram a vivência do abortamento induzido como algo que apesar de ter sido uma experiência difícil, lhes trouxe um saldo positivo: alívio naquelas circunstâncias de suas vidas. Algumas até afirmaram que fariam novamente se, por acaso, estivessem em situação parecida com a das que viveram na situação do abortamento induzido. O número pequeno de participantes que relataram um saldo positivo após a vivência do abortamento induzido, pode ser justificado pelo conflito de dever estabelecido moralmente, gerado não só pela ilegalidade do procedimento no País, mas também pela expectativa social da maternidade e pelo estigma que envolve o aborto, fato esse que pode intrincar nessa “confissão”. Todavia, é possível inferir que essa é uma opção sempre traumática, ou no

mínimo conflituosa, e de maneira nenhuma um percurso de felicidade para a mulher, sobre quem recai o estigma, a dívida social e o peso do “homicídio”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os contextos e fatores desencadeantes para o abortamento induzido envolvem aspectos particulares e individuais, de modo geral fundamentados em questões emocionais, sociais e econômicas. A falta de autonomia feminina chama especial atenção nesse estudo, seja por questões financeiras, ou por relações de poder que impedem a mulher de vivenciar o protagonismo na decisão pelo abortamento. Questões relacionadas ao parceiro, sobretudo a insegurança de uma maternidade solitária, também contribuíram para a decisão do abortamento induzido.

É imperioso destacar que a autonomia feminina infere uma justiça social, pois coloca mulheres e homens em um mesmo patamar e as qualifica como um ser investido de direitos, entre eles, os direitos sexuais e reprodutivos. No campo da saúde, espera-se que o profissional oriente sua prática pautada nos princípios da Bioética e também é necessário e possível o empoderamento dessas mulheres, como exemplo, na Atenção Primária à Saúde, a realização de práticas educativas sobre saúde sexual e reprodutiva baseadas em uma perspectiva de igualdade de gênero. Entretanto, trata-se de uma questão complexa, interdisciplinar e intersetorial que somente o setor saúde não tem meios de realizar essa mudança de paradigma.

Ao retomar as considerações iniciais, onde apresento a oferta de métodos de contracepção como assertiva para a prevenção de um abortamento induzido, percebo o quão complexo é essa questão. Engana-se quem pensa que o número de abortamentos induzidos está relacionado somente à oferta ou o acesso aos métodos. Alguns abortamentos vão sempre acontecer, pois os motivos dessa decisão vão muito além de uma gestação não desejada, até porque muitas vezes ela é desejada, entretanto a voz feminina ainda não tem vez.

A maternidade como papel social feminino, cria uma rede complexa que envolve o abortamento induzido composta por algo mais que sua classificação enquanto crime. Há uma perversa associação de fatores jurídicos, religiosos, morais e culturais que proíbem e estigmatizam essa prática, pouco se considerando o contexto da vida que levam essas mulheres a abortar. Em função disso, na tentativa de evitar julgamentos, discriminações, reprovação social e condenação moral, a situação da gestação e/ou aborto não é divulgada amplamente e essas mulheres vivenciam seus abortos de maneira bastante solitária, sobretudo se defendendo com a arma do silêncio. Infere-se que esse ciclo de silêncio que permeia o aborto resulta em uma invisibilidade do tema, e torna a vivência ainda mais difícil para as

mulheres, que se submetem a procedimentos inseguros e em contextos solitários, na tentativa de evitar a discriminação e rotulação, resultante do estigma do aborto.

A estigmatização social do aborto, além de fazer com que as mulheres vivam esse momento tão delicado solitariamente, ainda pode colocar em risco suas vidas quando advém de profissionais de saúde que deveriam acolhê-las e prestar uma assistência livre de preconceito e julgamento. As estratégias de silêncio, omissão e mentira nas Unidades de Saúde não foram eficazes para evitar constrangimentos e assistência centrada em preconceitos e estigmas, caracterizados por violência obstétrica e institucional. Apesar de existir uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento que preza pela capacidade de escuta sem pré-julgamentos e imposição de valores morais, isso não foi garantido às mulheres hospitalizadas após o abortamento. O sofrimento dessas mulheres poderá ser minimizado se houver uma mudança de atitude da equipe de saúde em relação a ela. É necessária uma reflexão sobre a interferência de valores pessoais na assistência às mulheres em abortamento garantindo um atendimento livre de julgamentos, rotulações e estigmas.

Práticas educativas em sexualidade, de forma participativa e reflexiva que empoderem as mulheres quanto a vida sexual e reprodutiva podem ser ações prioritárias da enfermagem na atenção primária, para a prevenção de uma gravidez não prevista e conseqüentemente um aborto. Outra ação é oferecer um aconselhamento de planejamento reprodutivo no pós-aborto. Na atenção hospitalar pós-abortamento, o profissional de enfermagem deve apoiar suas clientes sendo empático e tornando-as mais seguras para demonstrar a sua dor. Esse cuidado deve ser dobrado quando essas mulheres enfrentam essa situação sem o apoio da família e amigos. Muito provavelmente, a pessoa mais próxima delas, naquele momento, pode ser um profissional de enfermagem e para elas, uma escuta interessada e qualificada já pode representar um apoio durante a sua vivência pelo abortamento induzido. É essencial, portanto, que os enfermeiros percebam, frente a uma cliente que praticou aborto, uma oportunidade de oferecer o devido cuidado atendendo todas as necessidades físicas e emocionais, sensibilizado pelo seu sofrimento e respeitoso quanto suas decisões.

Em função de todo esse estigma que circunda o abortamento induzido, assim como da valorização cultural da maternidade, as mulheres após esse procedimento, passam a vivenciar a culpa pelo “homicídio” de um filho e, conseqüentemente, contraem uma dívida com a moralidade social. Sendo assim, aceitam e esperam o castigo divino pelo seu pecado, pois acreditam ser esse seu único destino. A vivência de todo esse processo cria marcas profundas e inesquecíveis.

A forma como é conduzida a discussão pública, assim como a legislação restritiva que marginaliza as mulheres que recorrem ao abortamento, junto com elementos de uma cultura patriarcal podem ser a causa do estigma e de uma vivência perversa durante todo esse processo. Há uma necessidade de mudança de valores no que diz respeito aos aspectos da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, essa mudança pode começar pela maneira como se ensina esta temática na formação profissional em saúde, as dimensões epidemiológicas e sociológicas do aborto devem ser abordadas, e não só os aspectos clínicos de atenção ao abortamento. Políticas e leis que garantam autonomia feminina, igualdade de gênero e mais respeito a essas mulheres, precisam ser urgentemente discutidas e sair do plano teórico para se tornar realidade. O primeiro passo para isso é garantir que as vozes femininas sejam ouvidas, e suas necessidades identificadas e utilizadas como ponto de partida. Este é um desafio posto também para o âmbito da pesquisa, dos movimentos sociais e, sobretudo das práticas profissionais na atenção à saúde, e neste âmbito a educação permanente em saúde com discussões em equipe sobre esta temática é um desafio para os gestores em saúde.

REFERÊNCIAS

ADESSE, L. Assistência à mulher em abortamento: A necessária revisão de práticas de má conduta, preconceito e abuso. In: DESLANDES, S.F. Humanização dos cuidados em saúde. Conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 416p.

ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. **Revista Radis–Comunicação em Saúde**, v. 66, p.10-15, 2008.

ADESSE, L. Aborto e estigma: um estudo sobre a assistência às mulheres em situação de abortamento no sistema público de saúde. **Tese** (Doutorado em Ciências). Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, 2015.

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE (AGI). Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana. New York: The Alan GuttmacherInstitute. 1994.

ALVARES, D.; CALCIAN, N. Câmara aprova projeto que dificulta aborto legal e pune venda de abortivos. Jornal Folha de São Paulo, 21 out 2015. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/10/1696664-camara-aprova-projeto-que-dificulta-aborto-legal-e-pune-venda-de-abortivos.shtml>. Data de acesso: 02/11/15.

AQUINO, E.M.L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1765-76, 2012.

BANDEIRA, L. A violência doméstica: uma fratura social nas relações vivenciadas entre homens e mulheres. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP, 2013. 504p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENSUSAN, H. Quem pode fugir dos filhos indesejados? **Rev. Estudos Feministas**. Florianópolis, v.20, n.1, p. 322-324, jan-abr., 2012.

BENUTE, G.S.G. et al .Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 55, n. 3, p. 322-27, 2009.

BENUTE, G.R.G.; NONNENMACHER, R.M.Y.N.; NOMURA, R.M.Y.; LUCIA, M.C.S.; ZUGAIB, M. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v; 34, n. 2, p. 69-73, 2012.

BERTOLANI, G.B.M; OLIVEIRA, E.M.D. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010.

BIRN, A.E.; NECOCHEA, L.R. Footprints on the future: looking forward to the history of health and medicine in Latin America in the 21st Century. **Hispanic American Historical**

Review, v. 91, n. 3, p. 503-27, 2011.

BISPO, C.F.B.; SOUZA, V.L.C. Violencia institucional sufrida por mujeres internadas en proceso de abortamiento. *Rev Baiana Enfermagem*, Salvador, v.21, n.1, p.19-30, jan/abr, 2007.

BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. A mulher em situação de abortamento: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 59-71, 2003.

BOLTANSKI, L. As dimensões antropológicas do aborto. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 7, p. 205-245, Abr., 2012.

BORSARI, C.M.G. **Aborto provocado**: vivência e significado. Um estudo fundamentado na Fenomenologia. 2012. 122p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BORSARI, C.M.G. et al .Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n 1, p. 27-32, 2013.

BORSARI, C.M.G. et al .O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **Femina**, v. 40, n, 12, p.63-8, Março/Abril, 2012.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**.2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

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. Brasília, 2005b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**, n. 2: temática saúde da mulher, v.1. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. 9. ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2008a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Magnitude do Aborto no Brasil**. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao abortamento**. Norma técnica. 2. edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos- Caderno nº4. Brasília- DF, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma Técnica. 3.Ed. atualizada e ampliada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 6. Brasília, 2012^a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE **Resolução nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao Abortamento**. Norma Técnica. 2. ed. 2.reimp. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n. 4. Brasília – DF, 2014a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Relação de cursos recomendados e reconhecidos por região e por área**. [citado em 1º dez 2014b] Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet>.

CACIQUE, D. B.; PASSINI JUNIOR, R.; OSIS, M.J.M.D. Opiniões, conhecimento e atitudes de profissionais da saúde sobre o aborto induzido: uma revisão das pesquisas brasileiras publicadas entre 2001 e 2011. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 916-936, Sept. 2013.

CECATTI, J.G. et al. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 32, n. 3, p. 105-11, 2010.

CFEMEA, **Saúde Reprodutiva das Mulheres** – direitos, políticas públicas e desafios / Carmen Hein de Campos e Guacira Cesar de Oliveira. Brasília: CFEMEA: IWHC, Fundação H.Boll, Fundação Ford, 2009. 124p. – (Coleção 20 anos de cidadania e feminismo; 3)

CFEMEA. Proposições relacionadas ao tema do aborto que tramitam no Congresso Nacional.

Brasília: CFEMEA, 2013. [Não publicado].

CHAVES, J.H.B. et al. A interrupção da gravidez na adolescência: aspectos epidemiológicos numa maternidade pública no nordeste do Brasil. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 1, p. 246-56, 2012.

CHUMPITAZ, V.A.C. Percepções Femininas sobre a Participação do Parceiro nas Decisões Reprodutivas e no Aborto Induzido. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) Rio de Janeiro: Fundação Instituto Oswaldo Cruz, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN-240/2000**, de 30 de agosto de 2000 [Internet]. Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7069§ionID=34>

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.989/2012**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1989_2012.pdf.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução nº258/1997**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_11.htm.

COOK, B.M.; DICKENS, M.F.; FATHALLA. **Saúde reprodutiva e direitos humanos: integrando medicina, ética e direito**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004. 608p.

COSTA, A.M. **Planejamento Familiar no Brasil**. Bioética, Brasília, v. 4, n. 2, p. 209-217, 2000. Disponível em <<http://www.portalmedico.org.br/revista/bio2v4/planeja.html>> Acesso em 12/08/2014

COSTA, M.D.L.; VIANA, A.J.B.; SOUSA, E.S.S. O aborto provocado e direitos sociais; Problematizando a assistência em saúde oferecida às mulheres em situação de abortamento. In: 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas Sobre a Mulher e Relações de Gênero- REDOR. UFBB, 2012. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/17redor/17redor/schedConf/presentations> Acesso em 23/11/2015

COSTA, R.G.; HARDY, E.; OSIS, M.J.D.; FAÚNDES, A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. **Cad Saúde Pública**, v. 11, n. 1, p. 97-105, 1995.

DANTAS, L.C.N.; DINIZ, N.M.F.; COUTO, T.M. Percepção dos homens sobre o processo de abortamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 2, p. 342-50, 2011.

DE ZORDO, S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1745-1754, July 2012.

DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. **CadSaúde Pública**, v. 23, p. 1992-3, 2007.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1795-04, 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Cien Saúde Colet**, v. 15, n. Supl 1, p. 959-966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671-81, 2012.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v.359, n.11, p.1681-5, 2002.

DOMINGUES, R. Entre normas e fatos, o direito de decidir. O debate sobre o aborto à luz dos princípios constitucionais. In: MAIA, M.B. (Org.) **Direito de decidir**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

DUARTE, G.A. et al .Aborto e legislação: opinião de magistrados e promotores de justiça brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 406-20,2010.

DUARTE, G.A.; ALAVARENGA, A.T.; OSIS, M.J.M.D.; FAÚNDES, A.; HARDY, E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 271-77, 2002.

FARIA, E.C.R.; DOMINGOS, S.R.F.; MERIGHI, M.A.B.; FERREIRA, L.M.G. Abortamento na adolescência: vivência e necessidades de cuidado. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 20-26, 2012.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado**: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP, 2013. 504p.

FAÚNDES, A. et al . Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 29, n. 4, p. 192-99, 2007.

FAÚNDES, A.; BARZELATTO, J. **O drama do aborto**: em busca de um consenso. Campinas: Komedi, 2004. 304p.

FLACSO. **Main Results**: Study of Public Opinion about Abortion. Santiago: FLACSO; 2011. At: <http://Issuu.com/flacso.chile>

FNUAP. **Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento** - 1994. [S. l.]: 1995.

FONTANELLA, B.J.B. et al . Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, Feb. 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

v. 24, n. 1, Jan., 2008.

FONT-RIBERA, L.; PEREZ, G.; SALVADOR, J.; BORREL, C. Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. **J Urban Health**, v. 85, p. 125-35, 2008.

FREIRE, N. Aborto seguro: um direito das mulheres? [internet]. **Revista Ciência e Cultura**, v. 64, n. 2, p. 31-2, 2012.

FREITAS, W.M.F.; COELHO, E.A.C.; SILVA, A.T.M.C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 137-45, 2007.

FUSCO, C.L.B.; ANDREONI, S.; SILVA, RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza. São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n. 1, p. 83-5, 2008.

FUSCO, C.L.B.; SILVA, R.S.; ANDREONI, S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.4, p.709-719, 2012.

GALEOTTI, G. **História do aborto**. Lisboa: Edições 70, 2007.

GESTEIRA, S.M.A.; BARBOSA, V.L.; ENDO, P.C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p.462-467, 2006.

GESTEIRA, S.M.dos A.; DINIZ, N.M.F.; OLIVEIRA, E.M. de. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 449-453, 2008.

GESTEIRA, S.M.A.; DINIZ, N.M.F.; OLIVEIRA, E.M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enferm**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 449-453, 2008.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S103-S112, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1963. Brasil, 1980.

GUSMÃO, C.S.D.; SALDANHA, A.A.W.S. Identidade masculina hegemônica e o impacto na penalização feminina do aborto provocado e saúde reprodutiva. **Saúde, Gênero e Direito**. n. 02, p..229-51, 2014.

HARTMANN, B. "Population control II: the population establishment today". **International Journal of Health Services**, v. 27, n. 3, p. 541-557, 1997a.

HARTMANN, B. "Population control: birth of an ideology". **International Journal of Health Services**, v. 27, n. 3, p. 523-540, 1997b.

HEILBORN, M.L. et al. Itinerários abortivos em contexto de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 7, p. 1699-1708, 2012.

HEILBORN, M.L. Heterossexualidades, contracepção e aborto uma pesquisa em quatro capitais latino-americanas. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, v. 12, p. 127-134, 2012.

HEILBORN, M.L.; CABRAL, C.S.; BRANDÃO, E.R.; CORDEIRO, F.; AZIZE, R.L. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, v. 12, p. 224-57, 2012.

ICPD. **Programme of Action of the International Conference on Population and Development**. At: http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Planning/Global/Youth/icpd-poa-94reprint_eng.pdf. Acessado em 12 de outubro de 2014.

JANNOTTI, C.B.; SEQUEIRA, A.L.T.; SILVA, K.S. Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez., 2007.

JUNQUEIRA, C.R. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. Módulo Bioética. Universidade Federal de São Paulo- Pró-Reitoria de Extensão, 2011. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_bioetica/Aula01.pdf

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da Filosofia**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LANGER, A.; NIGENDA, G. Sexual and Reproductive Health and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. **New York: Population Council/ Inter-American Development Bank**; 2000. At: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1448791>>. Acesso em 13 de outubro de 2014.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. **Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna**, 2003.

LEMOS, A. Atenção Integral à Saúde da Mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **R. Enferm. Centro Oeste Mineiro**, v. 1, n. 2, p. 220-227, 2011.

LEMOS, A.; MOUTA, R.J.O.; MESQUITA, R.F.; AGUIAR, Z.A.S.; AZEVEDO, L.G.F.; TYRREL, M.A.R. Aborto: (des)velando o (des)cuidado. **Rev. Enf. Profissional**, jan/abr, 1 (1): 106- 116, 2014.

LIMA, B.G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **Rev Panam Salud Publica**, v. 7, n. 3, p. 168-72, 2000.

LIMA, S.D.L.M. **Direitos Sexuais e Reprodutivo das Mulheres**: expressões das políticas

públicas no município de Fortaleza. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2013.

MADEIRO, A.P.; RUFINO, A.C. Aborto induzido entre prostitutas: um levantamento pela técnica de urna em Teresina - Piauí. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1735-43, 2012.

MAJOR, B; APPELBAUM, M; BECKMAN, L; DUTTON, M.A; RUSSO, N.F; WEST C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. **Am Psychol**, v. 64, n. 9, p. 863-90, 2009.

MALARCHER S. et al. **Unintended pregnancy and pregnancy outcome: equity and social determinants**. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. [p. 177-97].

MARIUTTI, M.G.; ALMEIDA, A.M.D.; PANOBIANCO, M.S. Nursing care according to women in abortion situations. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15. n. 1, p.20- 26, 2007.

MCCALLUM, C.A.; REIS, A.P.; MENEZES, G.M.S. O atendimento ao aborto em uma unidade pública de saúde: as perspectivas de jovens usuárias e profissionais de saúde. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade Estadual de Santa Catarina; 2006.

MEDEIROS, R.D. et al. Opinião de estudantes dos cursos de Direito e Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sobre o aborto no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, v. 34, n. 1, p. 16-21, 2012.

MELLO, F.M.B.; SOUSA J.L.; FIGUEROA, J.N. Magnitude do aborto inseguro em Pernambuco, Brasil, 1996 a 2006. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 87-93, 2011.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, T.E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Williams & Wilkins; 2011.

MENEZES, G.; AQUINO, E. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: Avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl.2, p., 2009.

MOTTA, I.S.D. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Rev. bras. Saúde matern. Infant.**, v. 5. n. 2, p. 219-228, 2005.

MENDES. K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEZES, T.C.; AMORIM, M.M.R.; SANTOS, L.C.; FAÚNDES, A. Violência física doméstica e gestação: resultados de um inquérito no puerpério. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 25, n. 5, p. 309-16, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São

Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. 132 p.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-6, mar., 2012.

MOTTA, I.S. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e a mulher em abortamento incompleto: "o olhar da mulher". **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 5, n. 2, p. 219-228, 2005.

NADER, P. R. et al. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra- ES. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.10, n.4, p. 615-624, dez. 2007.

NOMURA, R.M.Y. et al .Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 57, n. 6, p. 644-650, 2011.

NORRIS, A.; BESSET, D.; STEINBERG, J.R.; KAVANAUGH, M.L.; DE ZORDO S.; BECKER, D. Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences. **Women's health issues**, v. 21, m. 3, p. 49-54, 2001.

NUNES, M.D.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2311-18, 2013.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático Categorial: Uma Proposta de Sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out./dez., 2008.

OLIVEIRA, M.S.; BARBOSA, I.F.J.; FERNANDES, A.F.C. Razões e sentimentos de mulheres que vivenciaram a prática do aborto. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 23-30, set./dez., 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro**: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. 1.ed. Genebra: OMS; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **O aborto inseguro** : Estimativas globais e regionais da incidência do aborto inseguro e mortalidade associadas em 2008. Genebra: OMS , 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Abortamento seguro**: Orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde. 2.ed. Genebra: OMS; 2013.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Declaração do Milênio. Cimeira do Milênio. Nova Iorque, 6-8 de Setembro de 2000.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU). Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y Caribe. Santiago de Chile; 2005.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, May, 2011.

PEDREBON, L. **Aborto no Brasil: a negligência que vitimiza**. Dissertação [Mestrado em Serviço Social]. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. 2007.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. “Não vou esquecer nunca!”. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 50-58, dez., 2000.

PEREIRA, V.N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **SaúdeSoc**, v. 21, n. 4, p. 1056-62, 2012.

PETCHESKY, R.; JUDD, K. (org) *Negotiating Reproductive Rights*. International Reproductive Rights Research Action Group – IRRRAG, New York, Zed Books, 1998.

PETRACCI, M.; PECHENY, M.; MATTIOLI, M.; CAPRIATI, A. El aborto en la trayectoria de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 12, p. 164-197, 2012.

PINTO, E.A. Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino. In: ARILHA, M.; UNBEHAUM, S.G.; MEDRADO, B. **Homens e masculinidade: outras palavras**. São Paulo: ECOS/ 34, 1998.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. Porto Alegre: ARTMED, 2011.

RAMEIRO, A.P.F. Notas sobre aborto numa perspectiva feminista. **DIÁLOGO**, Canoas, n. 25, p. 107-121, abr. 2014.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M.C. **Os impasses do corpo: ausências e preeminências de homens e mulheres no caso do aborto voluntário**. Dissertação [Mestrado em Antropologia Social]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, São Paulo, 1999.

RAMÍREZ-GÁLVEZ, M.C. Preeminências femininas e ausências masculinas no aborto voluntário. In: ÁVILA, M.B.; PORTELLA, A.P.; FERREIRA, V. **Novas legalidades e democratização da vida social: família sexualidade e aborto**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. [p. 241-251].

REBOUÇAS, M.S.S. **O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões Fenomenológico-Existenciais**. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Rio Grande do Norte. Departamento em Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2010.

REBOUÇAS, M.S.S.; DUTRA, E.M.S. Não nascer: algumas reflexões fenomenológicas-existenciais sobre a história do aborto. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.16, n.3, p.419-428, Sept. 2011.

RIBEIRO, J.C. Na zona selvagem: Relato de mulheres sobre a experiência do aborto clandestino. **Dissertação** (Mestrado em Sociologia)- Universidade de Brasília, 2014.

RICHARDS, L.; MORSE J.M. **User's guide to qualitative methods**. 2nd ed. Thousand

Oaks: Sage Publications, 2007.

RICHARDSON, E.; BIRNA, AE. Saúde e direitos sexuais e reprodutivos na América Latina: uma análise de tendências, compromissos e conquistas. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 6, p. 49-62, 2013.

RODHEN, F. **A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003

SANTOS, D.L.A.; BRITO, R.S. Processo decisório do aborto provocado: vivência de mulheres. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1293-1313, 2014.

SANTOS, L.L.N. Percepções de profissionais de saúde sobre o cuidado ao abortamento em Salvador- BA. 2014. 58f. **Dissertação** (mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014.

SANTOS, T.F.; ANDREONI, S. SILVA, R.S. Prevalência e características de mulheres com aborto provocado - Favela México 70, São Vicente - São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 123-33, 2012.

SANTOS, V.C. et al. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. Bioét.** (Impr.) v. 21, n. 3, p. 494-508, 2013.

SCHOR, N.; ALVARENGA, A.T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Rev Bras CrescDesenv Hum**,v. 4, n. 2, p. 7-12, 1994.

SEDGH, G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**, v. 379, n. 9816,p.625-632, feb., 2012.

SILVA, C.G. et al. Religiosidade, juventude e sexualidade: entre a autonomia e a rigidez. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 683-692, dec., 2008.

SILVA, D.F.O. et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de Misoprostol?. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, v. 10, n. 4, p. 441-47, 2010.

SILVA, L.A.F.; BIANCO, M.H. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. **Salusvita**, v. 28, n. 3, p. 245-255, 2009.

SILVA, M.; PAIVA, M.; SILVA, L.; NASCIMENTO, M. Doença respiratória aguda na criança: uma revisão integrativa. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 260-6, abr/jun; 2012.

SINGH, J.S. **Creating a New Consensus on Population**. The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment. 2nd ed. London: Earthscan, 2009.

SINGH, S. **The global magnitude and consequences of unsafe abortion**. Alexandria: Regional Meeting on Postabortion Care, 2010.

SINGH, S.; MONTEIRO, M.; LEVIN, J. **Trends in hospitalization for abortion complications and the potential impact of Misoprostol use**: the case of Brazil. In: IUSSP Seminar on the Health, Social and Economic Consequences of Unsafe Abortion; 2010; México.

SMIGAY, K.E. **Paternidade negada**: uma contribuição ao estudo do aborto provocado Dissertação [Mestrado em Filosofia e Ciências Humanas]. Belo Horizonte: Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG; 1993.

SOARES, M.C.S. Práticas de enfermagem na atenção às mulheres em situação de abortamento. **Rev RENE**, v. 13, n. 1, p. 140-6, 2012.

TEODORO, F.M.L. **Aborto eugênico**: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação. Curitiba: Juruá. 2007. [p.61-73].

THURLER, A.L. **Paternidade e deserção**: criançassemreconhecimento, maternidadespenalizadaspelo sexismo. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade de Brasília, 2004.

THURLER, A.L. Outros horizontes para a paternidade brasileira no século XXI? **Soc. Estado**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 681-707, dec., 2006.

THURLER, A.L. Em nome da mãe: o não reconhecimento paterno no Brasil. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 313-337, jan./abril, 2012.

TORRES, J.H.R. **Aborto e Constituição**. 1. ed. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

VALPASSOS, C.A.M. Narrativas sobre Abortos: Uma pesquisa sobre segredos. *Interseções* [Rio de Janeiro] v. 15 n. 2, p. 463-477, dez., 2013,

VEIGA, D.S. Luto e aborto espontâneo. **Psicópio: Rev Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v. 4, n. 8, p. 67-9, 2009.

VIEIRA, L.M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1201-08, 2007.

VIGOYA, M.V.; NAVIA, A.F. El lugar de las masculinidades en la decision del aborto. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 12, p. 135-163, 2012.

VILLELA, WV. Barbosa, RM. **Aborto, saúde e cidadania**. São Paulo: EdUnesp, 2011.

WIESE, I.R.B.; SALDANHA, A.A.W. Aborto induzido na interface da saúde e do

direito. **Saude Soc.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 536-547, Junho, 2014 .

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Millennium Development Goals Report 2010. New York: United Nations, 2010.

ZAMBERLIN, N. El estigma asociado al aborto como objeto de estudio: los primeros pasos en América Latina. In: Estigma Y Aborto. CLACAI; CEDES; PROMSEX; Population Council, 2015. Disponível em:
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/675>

A P Ê N D I C E S

APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTA**QUESTIONÁRIO****I – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS**

Identificação:

Idade:

Naturalidade:

Religião: Praticante? ()Sim ()Não

Escolaridade:

Estado conjugal:

Ocupação:

Renda total do domicílio:

Quantidade de pessoas no domicílio:

II- DADOS GINECO-OBSTÉTRICOS

Quantidade de filhos:

Idade na primeira gestação:

Quantidade de aborto induzido:

Idade em que o abortamento induzido foi praticado:

Idade gestacional em que o abortamento induzido foi praticado:

ANTES DO ABORTO

Utilizava algum método anticoncepcional ?

()Sim. Qual? _____ ()Não

Houve falha do método anticoncepcional? *Gestação em que foi realizado o abortamento.

() Sim ()Não

Participou de algum planejamento reprodutivo em algum momento de sua vida?

() Sim ()Não

Se resposta anterior negativa: Você tinha conhecimento de onde o planejamento reprodutivo era oferecido?

()Sim () Não

APÓS ABORTO

Após o abortamento induzido você já engravidou novamente? Sim Não

Caso a resposta anterior seja positiva: A nova gestação foi planejada?

Sim Não

Utiliza algum método anticoncepcional hoje?

Sim. Qual? _____ Não

Já participou de algum planejamento familiar?

Sim Não

Se resposta anterior negativa:

Sabe onde é oferecido? Sim Não

Tem interesse em participar? Sim Não

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- * Contexto socioeconômico da época do abortamento
- * Fatores que levaram a decisão do abortamento induzido
- * Estratégias utilizadas para a indução do abortamento
- * Apoio Social
- * Vivência no processo do abortamento induzido

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “A Vivência de mulheres no abortamento induzido”, que tem por objetivos: 1. Identificar os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido; 2. Analisar a vivência da mulher na experiência do abortamento induzido. Você tem o direito de escolher não participar deste estudo. Se você não quiser participar, isto não irá interferir na sua vida.

Se você optar por integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual, e a utilizaremos como parte do objeto de pesquisa.

Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e pela minha orientadora e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação, assim, seu nome não será divulgado. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados desta pesquisa e seus subprodutos. As gravações serão guardadas pelo prazo de cinco (5) anos, e após esse período, serão desprezadas.

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, caso isto ocorra, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. **Esta pesquisa oferece riscos mínimos a você, ela irá buscar entender sua vivência sobre o aborto.**

Sua entrevista ajudará a discutir e refletir sobre o tema, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações que podem auxiliar a população.

Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Esta pesquisa está sendo realizada no município do Rio de Janeiro. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo a mestrande Alana Villar a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Adriana Lemos. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone (21) 99661-2404, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste Consentimento para

guardar com você, e fornecerá nome, endereço, telefone de contato e e-mail apenas para que a equipe do estudo possa contactá-la, em caso de necessidade.

Nome:	Telefone:
Endereço:	
E-mail:	

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, / / .

Sujeito da Pesquisa

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

Alana Stéphanie Esteves Villar/ alanavillar@hotmail.com; Tel: (21)99661-2404

Comitê de Ética em Pesquisa/UNIRIO – cep.unirio09@gmail.com; Tel: (21) 2542-7771

APÊNDICE C - QUADRO SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO NA ANÁLISE DE CONTEÚDO

TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES DE REGISTRO															TOTAL UR	TOTAL CORPUS
	CORPUS																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14			
QUESTÕES FINANCEIRAS				2	4	9	2		2		1	1	7	6	34	9	
ABORTAMENTOS CONTRARIADOS			34	14	7		8	47							110	5	
QUESTÕES RELACIONADAS AO PARCEIRO	2	8			13	17			13		13	9	6	1	82	9	
O SILÊNCIO E O (NÃO) APOIO	10	11	4		3	3	2	7	1	6	16	3	6	5	77	13	
VIOLÊNCIA HOSPITALAR				7	16	1	1			15		8	14		62	7	
ARREPENDIMENTO	2		3	1	3		2	6		1		5		2	25	9	
DEPRESSÃO E TRISTEZA	1		7				2	2	1			1	1	2	17	8	
CULPA			4	2	1		1	2	1	2	1	1	1	2	18	11	
DÍVIDA			3		1				1	1	6	1	2	9	24	8	
IDEIA DE "HOMICÍDIO"	4		2	2	1		1	1	1	5	4	3	4	2	30	12	
TOTAL	19	19	57	28	49	30	19	65	20	30	41	32	41	29	479	14	

Fonte: Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008)

**APÊNDICE D - QUADRO SÍNTESE NA CONSTRUÇÃO DE
CATEGORIAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO**

TEMAS / UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	Nº	%	CATEGORIAS	Nº	%
	UR/ TEMA	UR/ TEMA		UR/ CATEGORIA	UR/ CATEGORIA
QUESTÕES FINANCEIRAS	34	7,1	A FALTA DE AUTONOMIA FEMININA E QUESTÕES RELACIONADAS AO PARCEIRO COMO FATORES DESENCADEANTES PARA O ABORTAMENTO INDUZIDO	226	47,2
ABORTAMENTOS CONTRARIADOS	110	23,0			
QUESTÕES RELACIONADAS AO PARCEIRO	82	17,1			
O SILÊNCIO E O (NÃO) APOIO	77	16,1	VIVENCIANDO O ESTIGMA DO ABORTAMENTO INDUZIDO E O PESO DO "HOMICÍDIO"	253	52,8
VIOLÊNCIA HOSPITALAR	62	12,9			
ARREPENDIMENTO	25	5,2			
DEPRESSÃO E TRISTEZA	17	3,5			
CULPA	18	3,8			
DÍVIDA	24	5,0			
IDEIA DE "HOMICÍDIO"	30	6,3			

Fonte: Modelo elaborado por OLIVEIRA, D.C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. *Rev Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008)

A N E X O

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / UNIRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIVÊNCIA DE MULHERES NO ABORTAMENTO INDUZIDO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Pesquisador: Alana Stéphanie Esteves Villar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31085214.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 722.021

Data da Relatoria: 18/07/2014

Apresentação do Projeto:

Tem por objeto de pesquisa vivência de mulheres na realização do abortamento induzido, por meio de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados irá ocorrer sob o critério de exclusão de mulheres menores de 18 anos.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar os fatores que influenciam a mulher na prática do abortamento induzido e;
Descrever e analisar a vivência da mulher na experiência do abortamento induzido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto aponta riscos mínimos e benefícios em atendimento a Resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da Saúde da Mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os Termos Obrigatórios em atendimento a Resolução 466/12.

Atendeu a pendência.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com