

NÚBIA MILANEZ

**A EXPERIÊNCIA DE MULHERES E A DECISÃO PELO ABORTO PROVOCADO
EM UMA REGIÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração: Política e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira.

VITÓRIA

2014

Dedico este trabalho...

A Deus, por me sustentar e dar-me sabedoria mesmo diante da minha pequenez.

À minha mãe Laurita, por me ensinar a buscar o meu último limite para não desistir jamais. A meu pai Jocelino, pelo apoio e zelo. Ambos possuem uma história de vida e são exemplos para mim.

À minha irmã Denise, pelo incentivo, carinho e paciência. A meu noivo Eder, pelo amor, constância, serenidade a mim dedicados e por me encorajar nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, que me iluminou na caminhada da pesquisa, capacitou-me e me fortaleceu em todos os momentos, guiando-me por caminhos, muitas vezes, difíceis, proporcionando meios para alcançar os meus objetivos.

Aqueles que são luz e calor na minha vida e não medem esforços, incentivo, apoio e amor incondicional para me oferecer tudo o que necessito: Sr^a. Laurita, mãe batalhadora, persistente e educadora brilhante, grande exemplo para mim; Sr. Jocelino, pai zeloso e guerreiro, que me levou em todas as viagens, passando por lugares difíceis, sem reclamar, nem questionar; e à minha querida irmã, Denise, pela amizade e cumplicidade. Obrigada por serem meus alicerces e consolidarem em mim a importância da humildade, honestidade, sinceridade, respeito e justiça.

Aos meus familiares e amigos, por entenderem minha ausência e torcerem por mim, mesmo de longe. À minha avó Anna, pelas orações diárias e carinho de sempre. À minha Tia Terezinha e aos meus primos Ravelli e Ronielli, por serem sempre muito presentes, acolherem-me em sua casa, dar-me apoio, falar-me que sou capaz, mesmo quando pensava que eu não era.

Ao meu noivo Eder, pelo companheirismo, paciência, amor e por me amparar nas minhas angústias e desesperos, ajudar-me nas minhas tristezas, apoiar-me, mesmo quando estava ausente nessa caminhada do mestrado. Também a sua família, que sempre me incentivou a persistir.

Ao professor Aduino, por aceitar me orientar e trabalhar um tema tão desafiador, transmitindo os seus conhecimentos de forma com que nos aproximássemos do tema.

As Prof^aDr^a Elda e Prof^aDr^aRoseane (membra externa), que admiro desde a graduação e que significam muito em minha vida pessoal e profissional. Aos nobres membros da banca avaliadora, Prof. Dr. Túlio (membro interno) que contribuiu com esta pesquisa desde a qualificação, Prof. Dr. Edson (membro interno suplente), pelas sugestões no Grupo de Pesquisa e Prof. Eliane Lima (membra externa suplente) pela solicitude. Muito obrigada por contribuírem para a produção de conhecimento e aperfeiçoamento desta pesquisa.

À aluna do PIBIC Aline, por me ajudar nas transcrições e aceitar minhas limitações de tempo, e a todos do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva, pela acolhida e contribuições.

À Ariana, grande amiga, que, com muita competência, valorizou este trabalho trazendo as correções de português.

Às mulheres da Microrregião de São Mateus, participantes do presente estudo, essenciais ao meu desenvolvimento humano e profissional: vocês me ensinaram muito com suas verdades sobre a temática do estudo!

À Secretaria de Saúde de Anchieta, pela liberação nos dias de mestrado. Aos meus colegas de trabalho das Estratégias de Saúde da Família de Ubu, Parati e Mãe-bá, especialmente às técnicas de enfermagem Fagda, Jakeline, Silvana e Matilde e a enfermeira Angélica, que me ajudaram a conciliar o trabalho com o mestrado e aos enfermeiros de Anchieta que sempre me deram uma palavra de ânimo.

Um agradecimento especial a minha amiga de mestrado, Daniele, por estar sempre me dando força e pela amizade que construímos durante o período do mestrado.

Aos mestrandos da minha turma, amigos, que, nesses dois anos de convivência, ensinaram-me, cada um com seu jeito específico de ser, a busca eterna pelo conhecimento. Em especial, a Fernanda e a Edgar, com os quais compartilhei várias viagens pela rodovia do Sol no sentido Anchieta – Vitória, com momentos de alegrias, incertezas, descobertas e conselhos.

Enfim, muito obrigada a todos que estiveram ao meu lado mesmo que muitas vezes estressada, mal-humorada, nervosa, triste, pensativa, contemplativa, ausente nessa trajetória de dois anos maravilhosos, em que cresci muito enquanto pessoa, enquanto enfermeira do Sistema Único de Saúde e enquanto aluna, na procura incessante pelo conhecimento.

“E não me esquecer, ao começar o trabalho, de me preparar para errar. Não esquecer que o erro muitas vezes havia se tornado o meu caminho. Todas as vezes em que não dava certo o que eu pensava ou sentia – é que se fazia enfim uma brecha, e se antes eu tivesse tido coragem já teria entrado por ela. Mas eu sempre tivera medo de delírio e de erro. Meu erro, no entanto, devia ser o caminho de uma verdade: pois só quando erro é que saio do que conheço e do que entendo. Se a ‘verdade’ fosse aquilo que posso entender – terminaria sendo apenas uma verdade pequena, do meu tamanho. A verdade tem que estar exatamente no que não poderei jamais compreender.” (Clarice Lispector; *A Paixão Segundo G.H.*)

RESUMO

O escopo deste trabalho buscou compreender as percepções de mulheres que passaram pela decisão do aborto provocado na Microrregião de São Mateus (norte do estado do Espírito Santo, Brasil), a partir do percurso e das interações que se sustentaram nesse processo. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com sete mulheres sobre essa experiência no ambiente domiciliar dos sujeitos do presente estudo. Os dados foram colhidos em entrevistas abertas e foram analisados à luz do referencial teórico de autores que discorrem acerca do tema e também acerca da ciência bioética. O estudo apresenta seis categorias: O aborto na perspectiva da decisão íntima; o aborto como fonte de revelações de sentimentos; o contemplar peremptório da atitude; técnicas empregadas na intencionalidade e no ato de abortar; sustentando a decisão pelas relações comunitárias; e conteúdos e confidências femininas. A experiência das mulheres foi marcada por uma diversidade de sentimentos, como tristeza, culpa, arrependimento, desespero e dor emocional, todavia, também, pelo alívio com o fim da gravidez e do risco de morte. Angústia adicional foi condicionada a partir da percepção de fatores contribuintes da decisão, como falta de condições financeiras, falta de apoio da família ou do parceiro e instabilidade no relacionamento com parceiro. Este estudo também sinalizou que o caráter cultural e histórico da gestação, no sentido da norma social, faz-se presente nas mulheres que vivenciam o aborto provocado; demonstrou que as mulheres do presente estudo encontram-se à margem das políticas públicas e de saúde; assinalou que os programas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva deveriam ser estruturados de forma a ajudar também a lidar com problemas de destituição social, econômica e educacional dessa população vulnerada, no sentido de que essas mulheres ultrapassem a proteção social básica e sejam amparadas por serviços de saúde, que constituam espaços equânimes de escuta, orientação e resolução.

Descritores: Saúde da Mulher. Saúde Reprodutiva. Sistema Único de Saúde. Aborto provocado. Apoio social. Acontecimentos que mudam a vida.

ABSTRACT

The scope of this study sought to understand the perceptions of women who have gone through the decision of induced abortion in the micro-region of St. Matthew (northern Espírito Santo, Brazil) from the path and interactions that are supported in this process. Semi-structured interviews with seven women on that experience in the home environment of the subjects of this study were performed. Data were collected on open interviews and were analyzed based on the theoretical framework of authors who talk about the subject and also about bioethics science. The study presents six categories: Abortion in view of the close decision; abortion as a source of revelation of feelings ; contemplate the peremptory attitude , intention and techniques employed in the act of abortion, upholding the decision by relations, and content and confidences female. Women's experience was marked by a variety of feelings such as sadness, guilt, regret, despair and emotional pain, but also the relief at the end of pregnancy and the risk of death. Additional distress was affected by perceptions of contributing factors of the decision, as the lack of financial resources, lack of support from family or partner and instability in the relationship with partner. This study indicated that the cultural and historical character of gestation towards the social norm is present in women who experience abortion; showed that women in this study are the margin of public policies and health; noted that programs family planning or reproductive health are also structured to help deal with social, economic, educational problems removal of this population in the sense that these women beyond the basic social protection and are supported by health services that are equitable opportunities to listen, guidance and resolution.

Descriptors: Women's Health. Reproductive Health. Induced abortion. Social support. Life change events.

LISTA DE SIGLAS

CEDAW	- Comitê sobre Eliminação da Discriminação contra as Mulheres
CMM	- Coeficiente de Mortalidade Materna
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IEG	- Interrupção eugênica da gestação
ISG	- Interrupção seletiva da gestação
ITG	- Interrupção terapêutica da gestação
IVG	- Interrupção voluntária da gestação
JBDALS	- Jornada Brasileira pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro
MRSM-ES	- Microrregião de São Mateus – Espírito Santo
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PIB	- Produto Interno Bruto
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UERJ	- Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFES	- Universidade Federal do Espírito Santo
UnB	- Universidade de Brasília
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E OBJETO DO ESTUDO.....	11
1.2 O ABORTO COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE.....	13
1.3 CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO.....	21
1.4 BIOÉTICA: COMPREENSÃO E DIÁLOGO COM O TEMA.....	26
1.5 O DISCURSO SOBRE SEXUALIDADE.....	35
2. JUSTIFICATIVA	43
3. OBJETIVOS E QUESTÕES NORTEADORAS	45
3.1 GERAL.....	45
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
4. PERCURSO METODOLÓGICO	46
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	46
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	46
4.3 TIPO DE ESTUDO.....	49
4.4 SUJEITOS DO ESTUDO.....	50
4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	52
4.6 COLETA DE DADOS.....	52
4.7 PRODUÇÃO DE DADOS.....	54
4.8 ATUAÇÃO DA PESQUISADORA.....	55
4.9 PROTEÇÃO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE.....	56
4.10 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	57
4.11 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
5. RESULTADOS	60
5.1 ARTIGO 1.....	61
5.1.1 Resumo	62

5.1.2 Abstract.....	62
5.1.3 Introdução.....	63
5.1.4 Percurso metodológico.....	66
5.1.5 Construção dos Resultados e discussão.....	68
5.1.6 Considerações finais.....	81
5.1.7 Referências	82
5.2 ARTIGO 2.....	86
5.2.1 Resumo.....	87
5.2.2 Abstract.....	87
5.2.3 Introdução.....	88
5.2.4 Percurso metodológico.....	92
5.2.5 Construção dos Resultados e discussão.....	94
5.2.6 Considerações finais.....	100
5.2.7 Referências	102
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
7. REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES.....	120
APÊNDICE A-ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA ABERTA.....	121
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	122
APÊNDICE C – CONSTRUINDO AS CATEGORIAS.....	123
ANEXO.....	125
ANEXO A-CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	126

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E OBJETO DO ESTUDO

Tive a oportunidade de presenciar, enquanto autora desta pesquisa, durante minha vida profissional e acadêmica, situações que despertaram o recente interesse em estudar o processo abortivo. Como enfermeira no Sistema Único de Saúde (SUS), durante uma consulta de enfermagem tive uma experiência importante ao atender uma adolescente, com 17 anos, que ficou grávida e me pediu para não contar a ninguém com relação a sua gravidez. Ela decidiria sobre ter ou não o filho, já que estava passando por uma relação conflituosa com seu parceiro. Tempos depois, ela resolveu ter a criança, já que teria o apoio familiar e do companheiro.

Outra experiência derivou de outra consulta de enfermagem durante a história clínica e obstétrica de uma mulher com 32 anos de idade, antes da realização do exame colpocitopatológico, durante a qual relatou ter provocado um aborto em detrimento de suas condições econômicas à época, situação relatada a todos os profissionais de saúde que a perguntavam sobre o caso, assim como pessoas a ela ligadas.

Outra situação importante foi durante o Mestrado em Saúde Coletiva, nas discussões do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva acerca de uma investigação epidemiológica sobre a avaliação da assistência pré-natal prestada pelo SUS na Microrregião de São Mateus, a qual possui o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado do Espírito Santo. Tal Microrregião é constituída pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus, municípios esses que abrigam uma população de 254.646 habitantes, predominantemente urbana, segundo o Censo/IBGE de 2010. Destaca-se que o município de maior expressividade é o de São Mateus.

Por conseguinte, após o término da investigação epidemiológica e com as discussões no Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva, questionamentos foram

percebidos e sentidos pela pesquisadora, fazendo com que emergisse a vontade de entender mais profundamente a temática da pesquisa.

O aborto provocado é um fenômeno presente na sociedade brasileira e configura-se como responsável pela interrupção de um grande número de gravidezes não planejadas. O Brasil assume uma postura restritiva e punitiva, no que se refere à interrupção voluntária da gestação, o que leva muitas mulheres à clandestinidade e a mortes evitáveis.

Em pesquisa divulgada em 2009, intitulada “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos”, por meio da parceria Unb-Uerj, verificou-se que 3,7 milhões de brasileiras recorrem ao aborto, taxa que varia rigorosamente, sendo maior nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, e menor na região Sul. Nessa mesma pesquisa, a maior parte das mulheres que buscam o serviço público com sequelas de aborto inseguro é composta por mulheres pobres, com oito anos de estudo, que vivem em união estável, católicas, trabalhadoras, com pelo menos um filho, que usam métodos anticoncepcionais e jovens (20 a 29 anos). Além disso, aponta que, mais da metade das mulheres que declaram ter feito um aborto, fizeram-no usando o misoprostol, sendo maior a prevalência no Nordeste e Sudeste. Ainda atesta a redução da morbimortalidade por aborto induzido no Brasil e correlaciona esse fato com o uso do medicamento citado, ao invés de métodos perfurantes ou cáusticos e da procura por pessoas leigas (JBDALS, 2011).

Esse tipo de aborto expõe a mulher a riscos e complicações severas, que variam consideravelmente, de acordo com as circunstâncias nas quais é realizado. Em boas condições, o risco de complicações do aborto torna-se muito pequeno; do contrário, se realizado na clandestinidade, chega a representar um grande perigo. As complicações do aborto clandestino incluem perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano e septicemia. As sequelas ginecológicas incluem a esterilidade e também as inflamações das trompas. É importante salientar que o risco e a gravidade das complicações crescem com o avanço da gestação (BARROSO; CUNHA, 1980). Outra implicação severa do aborto encontra-se em nível emocional (VERARDO, 1995). Dados do Ministério da Saúde do Brasil comprovam que o aborto provocado e suas complicações

representam a quarta causa de mortalidade materna (BRASIL, 2007), o que configura um problema de saúde pública e uma questão que necessita ser discutida.

O elevado índice de internação e também a taxa de óbitos supracitados, atestam a persistência e o grande impacto que o aborto provocado tem sobre a saúde pública brasileira. Além disso, as posturas conflitantes acerca da sua descriminalização e legalização estão em efervescente construção e discussão, permeando conteúdos ideológicos e de gênero, de forma a refletir uma problemática da vida social da mulher e sua inserção na sociedade, as relações de poder existente entre os homens e as mulheres, os julgamentos e a assistência à mulher em processo de decisão ou em abortamento.

A análise da situação acima demonstra que o fenômeno do aborto provocado no Brasil, mesmo em meio a controvérsias jurídicas, culturais, religiosas, tem marcado o panorama da saúde da mulher no Brasil e tem sido alvo de grandes embates políticos e ideológicos promovidos por partidos políticos, grupos religiosos, grupos feministas organizados, entre outros. Entretanto, quais as vivências e as percepções das mulheres que provocaram um aborto na visão delas?

1.2 O ABORTO COMO UM PROBLEMA PERSISTENTE EM SAÚDE PÚBLICA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o abortamento é definido como a interrupção da gestação com conceito de peso inferior a 500 gramas ou com idade abaixo de 22 semanas completas (CHAVES NETTO; SÁ, 2007). Quanto aos aspectos clínicos, os abortamentos podem ser espontâneos ou provocados, e suas causas são diversas, de difícil definição, uma vez que depende de vários fatores, seja de caráter orgânico, decisão da própria mulher ou previsto em lei. As formas clínicas do abortamento são: ameaça de abortamento, abortamento completo, abortamento inevitável/incompleto, abortamento retido, abortamento infectado e o abortamento habitual (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

A ameaça de abortamento incide em 25% das gestações. Nesse caso, o ovo encontra-se íntegro e viável, o sangramento por via vaginal é de pequena monta, podem existir cólicas, geralmente pouco intensas, o orifício interno do colo uterino encontra-se fechado e não existem sinais de infecção. No abortamento completo, que ocorre geralmente em gestações com menos de oito semanas, há a expulsão espontânea e total do feto e dos anexos e a cessação ou diminuição repentina do sangramento e da dor abdominal após a expulsão do material ovular. Já no abortamento inevitável, o ovo continua íntegro, porém inviável, permanecendo retido, e o orifício cervical interno encontra-se aberto; as hemorragias são em geral mais abundantes que as da fase de ameaça, e o sangue apresenta cor viva. Então logo que o diagnóstico de abortamento inevitável for estabelecido, há que se seguirem as condutas mais indicadas para o esvaziamento uterino (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2011).

Quanto ao abortamento retido, caracteriza-se pela retenção do ovo morto, ou seja, pela presença de embrião sem vida no saco gestacional íntegro e pela regressão dos sinais e sintomas da gestação. O colo uterino encontra-se fechado e não há perda sanguínea. Já o abortamento infectado, por sua vez, consiste na complicação do abortamento incompleto e, frequentemente está associado a procedimentos clandestinos para interrupção da gravidez indesejada. É um caso grave que deve ser tratado independentemente da vitalidade fetal, pois pode levar à peritonite e ao comprometimento do estado geral da gestante (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; BRASIL, 2010).

Por fim, o abortamento habitual é caracterizado pela ocorrência de três ou mais episódios, e é classificado como primário, quando a mulher nunca conseguir levar a termo qualquer gravidez, e secundário, quando houve uma gravidez a termo. Os sinais e sintomas do abortamento espontâneo dependerão das situações clínicas, nas quais o sangramento pode ser ausente ou intenso; a dor pode ser discreta ou ausente, ou haver sinais de peritonite; normalmente não há febre como há nos abortamentos infectados, e o orifício do colo uterino pode encontrar-se fechado ou aberto (CHAVES NETTO; SÁ, 2007; BRASIL, 2010).

Nessa direção, abortamento é o termo correto, empregado na medicina. Aborto é uma corruptela da palavra, de uso corrente, e a definição obstétrica do abortamento

é: a perda de uma gravidez antes que o embrião e posterior feto (até a oitava semana diz-se embrião, a partir da nona semana, feto) seja potencialmente capaz de vida independente da mãe (PRADO, 1991). Neste estudo, aplicaremos a palavra aborto como sinônimo de abortamento, já que é o termo mais cotidianamente empregado. Para Olinto; Moreira-Filho (2006), aborto induzido ou provocado é aquele que leva à interrupção da gestação devido a iniciativas próprias, antes que o feto tenha condição de sobrevivência no meio extra-uterino, incluindo aqueles previstos em lei.

Corroborando com Verardo (1995), considera-se aborto a expulsão do feto até cinco meses e meio de gravidez(ou seja, 22 semanas); dos cinco meses e meio em diante, parto prematuro. Esse aborto, segundo a mesma autora, pode ser espontâneo ou provocado. Espontâneo, se a interrupção ocorrer em consequência de vários fatores de ordem natural, isto é, se a expulsão do feto for realizada pelo próprio organismo, sem interferência externa. Provocado, quando sofre a interferência de agentes mecânicos (cureta, aspiração ou outros) ou químicos (Cytotec®). Em uma abordagem mais atual sobre o tema, brevemente, pode-se estudar as situações de aborto em quatro tipos, conforme Diniz; Almeida (2012):

1. A interrupção eugênica da gestação (IEG): são os casos de aborto ocorridas em nome de práticas eugênicas, isto é, situações em que se interrompe a gestação por valores racistas, sexistas, étnicos, etc. Comumente sugere-se o exemplo praticado pela medicina nazista, quando as mulheres foram obrigadas a abortar por serem judias, ciganas ou negras. Assim, a IEG ocorre contra a vontade da gestante, sendo essa obrigada a abortar;

2. Interrupção terapêutica da gestação (ITG): trata-se dos casos de aborto ocorridos em nome da saúde materna, isto é, situações em que se interrompe gestação para salvar a vida da gestante. Em virtude dos avanços técnicos e científicos da medicina, esse tipo de intervenção terapêutica está cada vez menos frequente.

3. Interrupção seletiva da gestação (ISG): configuram-se em casos de aborto ocorridos em nome das anomalias fetais, isto é, situações em que se interrompe gestação pela constatação de lesões fetais. Em geral, os casos que justificam a ISG são de patologias incompatíveis com a vida extra-uterina, como o exemplo da anencefalia.

4. Interrupção voluntária da gestação (IVG): são os casos de aborto ocorridos em nome da autonomia reprodutiva da gestante ou do casal, isto é, situações em que se interrompe gestação porque a mulher ou o casal não deseja a gravidez, seja ela fruto de um estupro ou de uma relação consensual.

Dessa maneira, este estudo focaliza a IVG para compreender o aborto provocado (em até 22 semanas de gestação) pelas mulheres em particulares situações e experiências de vida. Então, o uso de ambas as terminologias como sinônimas no decorrer da pesquisa para descrever um mesmo fenômeno é comumente observado.

No Brasil, a discussão do aborto vem ocorrendo com maior evidência a partir das décadas de 1970 e 1980, e é atualmente uma das principais questões no que diz respeito à saúde e aos direitos reprodutivos. Seja por razões culturais, legais, éticas, psicoemocionais, socioeconômicas, políticas ou religiosas, a discriminação e os danos à saúde impostos às mulheres têm contribuído para uma precária assistência, culminando com o aumento da mortalidade e morbidade decorrentes do aborto. No país, por força das leis restritivas, as mulheres ainda recorrem ao aborto inseguro. Desta forma, elas têm guardado sua dor em silêncio ou, no máximo, compartilham com pessoas de sua intimidade (BRASIL, 2001; NERY, 2006). Isso porque a indução do aborto é legalmente permitida no Brasil somente quando necessária para salvar a vida da mulher ou quando a concepção ocorreu a partir de estupro (CCR, 2012).

Os números reais de abortamento no mundo são desconhecidos, principalmente em decorrência da ilegalidade total ou parcial na maior parte das áreas, o que dificulta os registros. Além disso, nem todas as mulheres procuram assistência pós-abortamento nos serviços públicos de saúde, levando a subnotificação dos casos e das complicações a eles associadas. A incidência de óbitos maternos por complicações decorrentes do aborto oscila em torno de 12,5% do total de óbitos maternos, variando entre os estados brasileiros. Dessa forma, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas de promoção da saúde reprodutiva (BRASIL, 2001). De forma alarmante, estimativas variadas apontam que entre 300.000 e 3,3 milhões de abortos ilegais são feitos a cada ano no Brasil (SINGH; WULF, 1991).

Um outro dado, mais recente, em pesquisa intitulada “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos” (2009), verificou que mais de 70% tratam o procedimento como uma medida de planejamento reprodutivo empregado em último caso, quando os outros métodos falharam (JBDALS, 2011). O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) registrou, entre 2000 e 2007, 1.121 óbitos entre 10 e 49 anos que tiveram como causa gravidez terminada em aborto. Esses óbitos tiveram uma concentração de 77% na faixa entre 20 e 39 anos, e de 55% entre as mulheres negras e pardas. A pesquisa Anis-UnB de 2010, estimou que 55% das brasileiras que se submeteram a um aborto foram internadas porque tiveram complicações (Ibd.).

Segundo o relatório publicado pela Federação Internacional de Planejamento Familiar, a maior proporção de abortos inseguros ocorre nos países pobres, principalmente naqueles onde o procedimento é ilegal. De acordo com o relatório, 78% do total de abortos no mundo ocorrem nos países em desenvolvimento. Dos abortos inseguros, 96% são realizados nestes países. A África concentra a maior proporção: 58% do total. Na América Latina são realizados 17%, na Ásia 9% e na Europa 5%. As maiores prejudicadas são as mulheres pobres e as meninas mais jovens, que não têm acesso ao aborto seguro (BACOCINA, 2007).

De certa forma, as mulheres mais informadas, com mais acesso a serviços de saúde e a métodos anticoncepcionais e com melhores rendas, têm complicações pós-aborto bem menores se comparadas àquelas em condições de vida menos favoráveis. É perceptível, pois, que o problema do aborto anda lado a lado com o problema das desigualdades sociais de classes, raça e gênero no Brasil (GOMES, 2011).

Quando se observa esse cenário de grande número de aborto no país e que varia de uma região para outra, permite-se questionar: como essa realidade é compreendida pelo olhar da mulher que já decidiu passar por essa experiência? As mulheres ainda pensam no seu ato e na sua decisão?

Por mais liberta que a mulher esteja dos padrões morais e religiosos, por mais consciente da impossibilidade de levar a termo sua gestação, por mais indesejada que tenha sido a gravidez, abortar é uma decisão que, na grande maioria das vezes,

envolve angústia. Esse sentimento é aguçado quando o aborto é efetuado em clínicas clandestinas, uma vez que a clandestinidade provoca, ainda, uma sensação de culpa (VERARDO, 1995).

Em outro estudo, acerca da vida sexual do brasileiro, Abdo (2004) verificou que 17,6% das mulheres referiram à experiência do aborto provocado entre as 2.581 entrevistadas. Outro dado interessante desse estudo mostra que as mulheres buscaram se informar sobre sexo em livros e revistas (77,9%), com o (a) parceiro (a) (62,2%), com o médico (58%), com amigos (as) (51,3%), pela TV (38,6%), pela internet (27,2%), com familiares (21,7%), entre outros, todavia 14,6% delas não costumam se informar, o que configura certa desinformação em relação ao assunto por boa parte das entrevistadas.

Conforme alertado por Verardo (1995), a informação sobre sexo, sexualidade e métodos anticoncepcionais não é transmitida pelos pais e, por vezes, fica a cargo da instituição escolar, que, em sua grande maioria, não aborda o referido aspecto por não receber a devida orientação sobre o assunto. Em um estudo sobre planejamento familiar feito na República dos Camarões (África Central) em 2002, com mulheres jovens de região urbana, verificou-se que os principais fatores motivadores na decisão de abortar consubstanciam-se em: desejo de completar os estudos (em 26% das respondentes), o fato de o relacionamento ser instável (23%), serem jovens para terem filhos ou medo da reação dos pais (19%), contrastes econômicos (10%), problemas de saúde (5%) e a decisão forçada por outrem (3%) (HOLLANDER, 2003).

Dados do Ministério da Saúde do Brasil, conforme já mencionado, comprovam que o aborto provocado e suas complicações representam a quarta causa de mortalidade materna (BRASIL, 2007). Em recente artigo no *The Lancet* sobre “Aborto Provocado: incidência e tendências mundiais de 1995 a 2008”, evidenciou-se uma atualização das estimativas de aborto para mostrar o progresso na melhoria da saúde materna. Uma parceria entre o Instituto Alan Guttmacher e a OMS afirmam que o número de abortos inseguros por 1.000 mulheres subiu de 44% para 49% entre 1995 e 2008, enquanto o índice mundial de aborto diminuiu de 29 para 28 por 1.000 mulheres em idade reprodutiva. O artigo ainda coloca que os “abortos inseguros” estão concentrados nos países em desenvolvimento, relatando a África Central e

Ocidental como locais em que 100% dos abortos são considerados “inseguros” (SEDGH et al, 2012). Esse panorama ratifica o aborto provocado como um problema de saúde pública e uma temática que necessita ser discutida.

Observa-se, então, que a falta de informação sobre planejamento familiar, orientação sobre sexualidade e saúde reprodutiva, e aqui cabe salientar: métodos contraceptivos, faz com que muitas mulheres optem por abortos inseguros, colocando suas vidas em potencial risco de morte.

O perfil da mulher que realiza a interrupção da gestação no Brasil e em outras partes do mundo descreve os elementos intrínsecos que habitam o panorama de desigualdade social presente nas mulheres atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) e expõe que ainda é necessário avançar no desenvolvimento de políticas e programas que tratem com equidade essas mulheres. Além disso, lutar para essa concretização é também conhecer essa realidade social de perto para obter visão estratégica e ampliar a capacidade crítica perante esse quadro de vulnerabilidade.

Nesse sentido, o quadro teórico da vulnerabilidade destaca três planos interdependentes que devem ser considerados na análise da vulnerabilidade: o plano individual, no qual a vulnerabilidade é relacionada a comportamentos que implicam exposição e suscetibilidade do indivíduo e que podem variar ao longo do tempo, em função de valores e recursos que permitam maior ou menor proteção; o plano social, no qual é avaliada a coletividade, por intermédio do acesso à informação e aos serviços de saúde, dos indicadores epidemiológicos, de aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos e do grau de liberdade de pensamento e expressão; e o plano programático, no qual a vulnerabilidade se relaciona à proposição, ao cumprimento e à continuidade de políticas, programas, serviços ou ações voltadas à resolução do problema (AYRES, 2009).

Dando continuidade ao pensamento de Ayres (2009), é imprescindível, portanto, entender o uso da noção de vulnerabilidade para aspectos ligados à saúde das populações femininas para consolidar estratégias preventivas. A noção de vulnerabilidade visa não à distinção daqueles que têm alguma chance de se expor ao aborto, mas sim ao fornecimento de elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que toda e qualquer mulher tem de abortar de maneira insegura,

dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seus cotidianos, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema. Para esse autor, o valor prático e teórico que essa proposição atribui à caracterização de "situações subjetivas particulares" de exposição e de suscetibilidade ao aborto provocado vem ao encontro da necessidade de ações mais efetivas para melhorar a saúde reprodutiva da mulher.

É perceptível, por meio das referências supracitadas, que a mulher em idade fértil e que realiza o aborto provocado encontra-se em posição de vulnerabilidade, seja no plano individual, por suas características sócio-demográficas (especialmente por serem pobres); no plano social, pelo pouco acesso a informações seguras sobre saúde sexual e reprodutiva; e no plano programático, devido a pouca eficiência ou inexistência de ações, programas e políticas existentes voltados para o planejamento familiar.

Nessa perspectiva, é importante mencionar que o aborto produz repercussões não só no Brasil, mas em todo o globo e várias discussões sobre essa temática, inclusive sobre sua descriminalização e legalização são colocadas em pauta. Em levantamento feito pelo Ministério da Saúde, concluiu-se que nas discussões sobre a descriminalização do aborto existem dois extremos: um segmento defende que a mulher tem o direito de sempre decidir sobre o seu corpo e, conseqüentemente, de decidir sobre o feto, uma vez que ele não tem vida independente; o outro declara que os direitos do feto se sobrepõem aos da mãe, uma vez que, desde o momento da fecundação, ele se torna um novo ser, portanto com direito à vida (BRASIL, 2009).

Considerando o elevado nível de abortos inseguros, de internação por complicações de aborto provocado, a alta taxa de óbitos por abortos inseguros, verifica-se a persistência e o grande impacto que o aborto provocado tem sobre a saúde pública brasileira. Diante desse contexto, emerge a relevância de se estudar contextos peculiares em que a prática abortiva é encontrada, especialmente em áreas de países de desenvolvimento com acesso questionável aos serviços públicos de saúde. São nessas contradições e diversidades do ambiente e de condições socioeconômico e étnico-raciais que são reveladas possibilidades de construção conjunta, pois somente mediante conhecimento detalhado desses contextos de

vulnerabilidade, ações mais eficazes seriam feitas, a fim de garantir a autonomia no exercício da sexualidade e a liberdade capaz pelo conhecimento de ponderar as opções para reprodução.

1.3 CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO

Apesar do cenário da interrupção insegura da gestação configurar-se como um grande desafio para a Saúde Pública, muitos esforços têm sido observados no âmbito nacional e internacional no intuito de organizar as políticas de saúde reprodutiva.

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento ocorrida no Cairo, em 1994, é considerada um marco para as legislações e as políticas internacionais e nacionais acerca do aborto. Considera-se que, antes da Conferência do Cairo, o tema do aborto não compunha a agenda da saúde pública de inúmeros países; a partir dessa conferência, um fórum interministerial reconhece o aborto como ameaça à saúde pública e recomenda condições seguras para a prática do aborto, em que este é considerado legal (DINIZ; ALMEIDA, 2012).

Seguindo essa linha, outra conferência importante foi realizada em Beijing (1995), com a temática Mulher e o Desenvolvimento que também contribuiu para o reconhecimento de direitos sexuais e reprodutivos, pois se comprometeu a promover a revisão das leis punitivas para liberalizar a prática do aborto (JBDALS, 2011).

A partir desses eventos, a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de instâncias como o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê sobre Eliminação da Discriminação contra as Mulheres/CEDAW, passou a ser vigilante, cobrando e avaliando relatórios nacionais nesses temas.

Essas conferências possibilitaram melhorias na distribuição de anticoncepcionais e na atenção à saúde reprodutiva – inclusive oferta de aborto legal e seguro particularmente em países da América Latina e Ásia. Mais de 20 países no

mundo mudaram suas leis sobre aborto, a maior parte para ampliar os permissivos ou legalizar o aborto até determinada idade gestacional. Entre estes últimos, cita-se África do Sul (1996), Suíça (2001), Nepal (2002), Portugal (2007) e Espanha (2010) (JBDALS, 2011). Com relação aos países da América Latina e Caribe, o aborto é legalizado em Cuba (anos de 1960), Uruguai, Porto Rico (regido por leis norte-americanas), Guiana (sofre influência inglesa) e Guiana Francesa (JBDALS, 2011).

Como um exemplo recente, o Uruguai foi destaque internacional. Um pequeno país de 3,3 milhões de habitantes descriminalizou o aborto dando o direito às mulheres uruguaias e às estrangeiras com mais de um ano de residência no país poder, em dezembro de 2012, submeter-se a um aborto, de acordo com a Lei de Interrupção Voluntária de Gravidez. A nova lei não legaliza tecnicamente o aborto, mas despenaliza antes das 12 semanas se forem seguidos os procedimentos regulados pelo Estado. As mulheres poderão solicitar um aborto em qualquer centro sanitário público ou privado, que, a partir de então, são obrigados a realizar a intervenção e garantir que o procedimento seja feito por terceiros, em casos de objeção de ideário. As mulheres poderão solicitar a interrupção voluntária da gravidez até as 12 semanas de gestação, período que é ampliado a 14 semanas em casos de violação. Em casos de má-formação de fetos ou risco de vida para mãe, esse período não tem restrições. Apesar da lei só ter sido regulamentada em 2012, no Uruguai, a cada ano, são realizados mais de 30 mil abortos, segundo números oficiais (MARTINS, 2012).

Constata-se que, atualmente, várias partes do mundo têm lavrado uma jornada de transformação na legislação que criminaliza o aborto, vive-se um momento de luta social pela autonomia da mulher e de garantia de direito à saúde sexual e reprodutiva. Em contrapartida, em muitas regiões do mundo o aborto é considerado crime.

Entre essas áreas com leis restritivas, sendo o aborto totalmente proibido, mesmo que seja para salvar a vida da gestante, estão: Chile, Honduras, Haiti, Surinami, El Salvador, Nicarágua e República Dominicana. Na maioria dos outros países o procedimento é permitido quando a gravidez resulta de violência sexual ou representa risco de morte para a mulher (como na Argentina, Colômbia e Brasil). Alguns têm em suas legislações apenas um desses dois permissivos. É o caso de

Venezuela e Paraguai, aonde a prática é permitida somente para salvar a vida da gestante (JBDALS, 2011).

Observa-se uma predominância de leis restritivas em países essencialmente de origem cristã, o aborto permanece nas tensões entre a reprovação pública e a prática privada e individual, entre os direitos humanos e a tutela da sexualidade das mulheres, entre a autonomia dos indivíduos e as crenças religiosas.

No que concerne aos documentos originários da OMS acerca do aborto, esses designam uma postura no sentido de posicionar-se em defesa dos direitos sexuais e reprodutivos e na direção da interrupção voluntária da gravidez. Um exemplo disso é a atualização do documento "Aborto seguro: orientação técnica e política para os sistemas de saúde", no sentido de ofertar para as mulheres maior acesso ao aborto seguro e que não haja mais mortes por causas evitáveis (CCR, 2012).

Com efeito, o Sistema das Nações Unidas de Proteção dos Direitos Humanos também se coloca paulatinamente em defesa da autonomia da mulher que se submete a interrupção voluntária de gestação: em 1999, com a Recomendação Geral nº24 sobre a mulher e a saúde, elaborada pelo Comitê sobre todas as formas de Discriminação contra a Mulher, recomenda que os Estados revejam suas legislações sobre o aborto, a fim de abolir as medidas de caráter punitivo, destinadas às mulheres que tenham se submetido a tal prática (COMMITTEE ON ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, 1999).

Em 2004, no Relatório sobre o Direito à Saúde Sexual e Reprodutiva, o Relator Especial sobre o direito ao desfrute do mais alto nível de saúde física e mental pontua que o aborto praticado em más condições representa um atentado à vida e a saúde da gestante e que os serviços médicos seguros e acessíveis devem ser ofertados para as mulheres que engravidam involuntariamente (ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL, 2004).

Depreende-se que organismos internacionais como a ONU, OMS e Conselho Social e Econômico indicam uma postura em busca de ações que visem ao diálogo interdisciplinar e à abolição de medidas coercitivas. Fica denotado que o aborto possui uma série de aspectos que requer uma abordagem de diferentes disciplinas, do ponto de vista social, psicológico, médico e jurídico. Assim, com vistas a

promover uma visão abrangente do aborto e dar relevo internacional ao tema, em 2005, a comunidade internacional estabeleceu a Declaração do Milênio.

A Declaração do Milênio estabeleceu oito objetivos mundiais para serem atingidos até 2015, dentre os quais citam-se como relevantes para esse estudo: melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil, pois tem contribuído para o avanço de discussões acerca da temática e corroborando com a disseminação de informações sobre planejamento familiar, importância dos exames e do acompanhamento médico pré-natal e das vacinações do bebê; prevenção da gravidez de risco; prevenção do câncer de mama e de colo do útero; orientação sobre os locais que prestam atendimento de saúde à mulher, entre outras contribuições que tem ajudado a firmar um compromisso mundial para alavancar a qualidade da assistência prestada a mulher (PNUD, 2010).

Nessa configuração do mundo contemporâneo, numa posição de defesa aos direitos sexuais e reprodutiva para a interrupção voluntária da gravidez, o Brasil é signatário na assinatura de documentos no tocante aos direitos humanos das mulheres, nos quais se compromete a enfrentar a problemática do aborto inseguro e clandestino, assim como a rever a legislação que condena criminalmente a interrupção voluntária da gestação.

Dentre os acordos assumidos, evidenciam-se a Declaração de Viena, adotada pela Conferência Mundial sobre Direitos Humanos em 1993; o Programa de Ação do Cairo, resultado da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, celebrada em Cairo em 1994, pelas Nações Unidas; o Programa de Ação de Beijing, de 1995, resultado da 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, e a Declaração do Milênio, de 2000, das Nações Unidas (PAGANI; OLIVEIRA, 2011).

Em termos de políticas públicas, o Ministério da Saúde do Brasil lançou em 2005, a norma técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, por meio da qual o governo reconhece os agravos à saúde causados pelos abortamentos inseguros e se propõe, de acordo com os compromissos internacionais firmados após 1994 e 1995, a trabalhar em prol da garantia dos direitos reprodutivos e sexuais de homens e mulheres. A norma estabelece que os profissionais devam prestar não só a atenção imediata às mulheres em abortamento, mas disponibilizar a elas recursos contraceptivos para evitar a repetição do aborto. Além disso, ela estabelece que

deve ser oferecido às mulheres serviços de planejamento reprodutivo, inclusive para aquelas que desejarem engravidar novamente (BRASIL, 2005).

Entretanto, o Brasil ainda criminaliza a indução do aborto, sendo permitida para salvar a vida da mulher ou quando a concepção ocorreu a partir de estupro. Registra-se um quadro de restrição e permanente contrariedade no país, em que zela internacionalmente pela autonomia da mulher, assumindo e assinando documentos internacionais de apoio à melhora da saúde reprodutiva da mulher, e, internamente, a soberania legislativa impera com restrições legais, apesar da norma técnica destinada aos profissionais de saúde que alerta para os cuidados com a mulher em processo de abortamento.

No estudo de Pagani & Oliveira (2011) também, constatou-se que os Três Poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) do Estado brasileiro não apresentam uma atuação regular e confluyente no que concerne aos parâmetros das Nações Unidas: o poder Judiciário se coloca sensível ao reconhecimento dos direitos humanos das mulheres, sem, contudo, argumentar criticamente quanto à criminalização das gestantes ou à importância de se adotar políticas e programas de saúde, objetivando confrontar os agravos à saúde, derivados do aborto clandestino e inseguro. O Poder Executivo demonstra exercer de maneira apropriada o recomendado pelas Nações Unidas, implantando serviços de ações de saúde que considerem os direitos humanos das mulheres, no entanto não empregou medidas de cunho legislativo apontando à revisão de normas e leis que penalizam. E o Poder Legislativo se mostra mais afastado do compromisso do Estado brasileiro, já que grande parte dos Projetos de Lei sobre a temática agrava penalmente a situação das mulheres que interrompem voluntariamente a gravidez, o que pode ser explicado, de forma breve, pela atuação de parlamentares religiosos que possuem como pauta de atuação a exasperação penal da prática da interrupção voluntária da gestação.

Diante do exposto, verifica-se que os órgãos dos Sistemas das Nações Unidas de Proteção aos Direitos Humanos estão manejando a situação do aborto emoldurando-o como problema de saúde pública e, ainda, buscam assegurar os direitos sexuais e reprodutivos da mulher por meio de políticas que confrontem os agravos a uma atenção integral a saúde da mulher, derivado de procedimento abortivo clandestino e inseguro.

Entretanto, a União, os estados e os municípios brasileiros ainda estão numa postura de esquivar-se da execução dos compromissos internacionais relacionados aos direitos humanos das mulheres, e aqui cabe mencionar também aos direitos sexuais e reprodutivos que se encontram em situação de vulnerabilidade e à margem de uma normativa punitiva que impossibilita a interrupção voluntária segura da gravidez.

Por meio das referências citadas, percebe-se que o Brasil, mesmo assumindo acordos internacionais, ainda apresenta leis restritivas ao tema da interrupção gestacional, dificulta o compromisso de melhorar a saúde materna, promove a dispersão de ideologias culturais e religiosas inadequadas de um estado laico e provoca conflitos administrativos e organizativos entre o que está posto pelo poder legislativo (leis restritivas) e o que deve ser feito pelo serviço público de saúde (Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma técnica). Como proceder pesquisas nessa temática diante dessas barreiras ideológicas, culturais, teológicas e legais? Como transpor a dificuldade de corpos vivos vulneráveis e que estão à margem de uma legislação punitiva? Como promover a aproximação com uma realidade marcada pelo preconceito e pela criminalização? Como ver em plenitude o que está por trás do fenômeno social ou do problema de saúde pública do aborto, faces de uma mesma vivência?

1.4 BIOÉTICA: COMPREENSÃO E DIÁLOGO COM O TEMA

A vida e a existência em sociedades democráticas são repletas de divergências entre o certo e o errado, entre a justiça e a injustiça. Algumas pessoas defendem o direito ao aborto, outras o consideram crime. Ao deparar-se com novas situações, recuamos e avançamos em nossas opiniões e princípios, revisando cada um deles à luz dos demais. Essa mudança no nosso modo de pensar, indo e vindo do mundo da ação para o mundo da razão, é no que consiste a reflexão moral (SANDEL, 2011).

Os referenciais da bioética trabalham com diversas faces dessa reflexão moral, em busca de conceber um discurso dialético entre as opiniões sobre determinadas situações (SANDEL, 2011). A compreensão do conceito de bioética pode variar de

um contexto para o outro, de uma nação para outra e até entre diferentes estudiosos do assunto dentro de um mesmo país (POTTER, 1971)

A bioética incorpora a ética biomédica, mas não se limita a ela. Tem como bases de sustentação conceitual o respeito ao pluralismo moral, incorpora a legitimidade das tomadas de posição frente a conflitos éticos, em detrimento de posturas jurídico-legalistas ou decisões ancoradas em absolutos morais religiosos (GARRAFA, 2009).

Dessa forma, no debate contemporâneo, as propostas da bioética são diversificadas, contudo, o pluralismo moral que caracteriza a filosofia prática está na base dessa ciência. Por um longo período prevaleceu o modelo principialista fundamentado na aplicação de princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Todavia, a partir dos anos 1990, essa linha de pensamento sofreu duras críticas, e assim fez surgirem novas propostas como a ética da virtude, a ética narrativa, a bioética interpretativa ou hermenêutica, a ética do cuidado entre outras (RAMOS, 2009).

A bioética é “ética prática”, aplicada, em especial, a grandes dilemas que passaram a se apresentar as pessoas e as coletividades, na vida cotidiana e começaram a exigir respostas ou decisões geralmente imediatas e sempre concretas. Ao lado de questões historicamente persistentes relacionadas com a pobreza e a exclusão social, entre outras, passaram a ser comuns os conflitos éticos ligados a temas de fronteiras do conhecimento (GARRAFA, 2009).

Nessa direção, a bioética possui três dimensões: a acadêmica (que é teórica e se aproxima da filosofia), a institucional (encontrada nos Comitês de Ética em Pesquisa, Comitês de Ética Hospitalar, Comissões nacionais de bioética, entre outros) e a normativa (que rege normas de condutas ou regras para serem seguidas, com no caso da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, da Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO). Portanto, essa ciência busca resolver e instrumentalizar conflitos éticos de forma descritiva, reflexiva e prescritiva (SEMINÁRIO SOBRE UNIVERSALIDADE DOS DIREITOS HUMANOS E BIOÉTICA, 2013).

Sendo assim, a bioética coloca-se enquanto ciência para buscar alternativas, diálogo e reflexão a respeito de dilemas contemporâneos e conflitos na humanidade para

cada concepção cultural, tradição e conhecimento. São também de competência reconhecida da bioética os problemas relacionados as políticas sanitárias (RAMOS, 2009).

A bioética constitui um campo-síntese de práticas teóricas e normativas, no qual vários tipos de saber se confrontam e afrontam, em um trabalho pluri, multi, inter e transdisciplinar. A área de atuação da bioética é definida como a preocupação com ações, situações e consequências que podem transformar, de maneira substantiva e irreversível, a estrutura de qualquer ser vivo e seus contextos bioecológicos. Enquanto ética aplicada, compreendem que a bioética, sobretudo na vertente laica, deve ser capaz, de analisar- racional e o mais imparcialmente possível - os conflitos de interesse e valores que são próprios das sociedades complexas e pluralistas atuais, de prescrever comportamentos desejáveis e de proscrever os que podem ser considerados por agentes morais dispostos ao diálogo e a acordos - como prejudiciais a um convívio aceitável (SCHRAMM; BRAZ, 2005).

Desse modo, podem surgir confrontos entre os interesses individuais e os coletivos, entre a liberdade individual e o bem-estar ou segurança das coletividades (RAMOS, 2009). De acordo com esse contexto e objetivando melhor sistematização e compreensão de sua área de estudo e abrangência, a bioética pode ser entendida em dois grandes campos de atuação, de acordo com sua historicidade:

Bioética das situações emergentes que, estão relacionados, principalmente, aos temas surgidos mais recentemente e que se referem às questões derivadas do grande desenvolvimento científico e tecnológico, experimentado nos últimos 50 anos. Entre os temas estudados por essa bioética, estão: engenharia genética e o uso de células-tronco; doações e os transplantes de órgãos e tecidos humanos; seleção e descarte de embriões, clonagem, escolha de sexo e características físicas do futuro bebê; biossegurança; pesquisa envolvendo seres humanos e seu controle ético (GARRAFA, 2005).

Bioética das situações persistentes (antigas), que são aquelas que persistem teimosamente desde a Antiguidade, dizem respeito à exclusão social, às discriminações de gênero, raça, sexualidade e outras, temas de equidade, universalidade, alocação, distribuição e controle de recursos econômicos em saúde, à atenção a crianças e idosos, aos direitos humanos e à democracia, e suas

repercussões na saúde e na vida das pessoas e das comunidades, ao aborto, à eutanásia (Ibidem).

Iniciou-se o aprofundamento das bases conceituais de sustentação da bioética, emergindo a necessidade de contextualizar os referenciais existentes com a realidade das nações mais pobres e detentoras de elevados índices de exclusão social (GARRAFA, 2006). Por isso, este estudo acompanha a ciência bioética dos chamados países periféricos, que se preocupa, preferencialmente, com as situações persistentes, ou seja, com aqueles problemas que continuam acontecendo e que não deveriam mais acontecer no século XXI, como, por exemplo, a conjuntura atual do aborto provocado.

A bioética possui pressupostos teóricos da ética, submete-se aos rigores do debate analítico, abre-se para o conhecimento empírico e o incorpora à medida que o requer para avaliar as realidades, os dilemas e as situações problemáticas que ocorrem no que se concerne à reflexão. O discurso da bioética passa por questões referentes à plausibilidade ou razoabilidade, prudência, coerência interna e externa que é asseverado em relação à realidade social contemporânea (KOTTOW, 2006).

Trata-se, pois, de uma ciência muito mais que contemplativa e contestadora, da qual devem emanar diretrizes morais que orientam a ação em benefício do ser humano e da humanidade. O discurso de ser desenvolvido seguindo postulados de Habermas: compreensibilidade, honestidade, veracidade e atinência (Ibid.).

Segundo Kottow (2004), a população feminina, foco do presente estudo, é melhor caracterizada como vivendo em circunstâncias de discriminação, sujeita a dificuldades, tornando-se presa fácil de doenças e de práticas exploradoras que aumentam repetidamente sua destituição. Essas dificuldades circunstanciais a predispõem à doença, ao envelhecimento e à morte prematuros, enchendo sua vida de sofrimento e agonia. Esse autor assevera, também, que formidáveis barreiras culturais são obstáculos à melhoria do destino das mulheres, que tem tido muitos de seus aspectos tratados de maneira deficiente e prejudicial.

Por isso, para entender e dialogar com a temática do estudo também se faz necessário a compreensão do conceito de vulnerabilidade, atentar-se ao socialmente menos influente e saber do sofrimento feminino, entendendo seu

próprio valor moral, expondo os sentimentos e procurando respostas, mesmo quando aparentemente não existem. Deve-se perceber que alternativas teóricas como a bioética podem orientar o princípio ético da justiça distributiva e também na direção de uma atenção humanizada às pessoas vulneráveis, especialmente a população feminina pertencente a classes populares e que, em certa medida, possuem escasso conhecimento acerca da sua saúde reprodutiva.

Para tanto, utilizar-se-á o conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres (2009) e também o proposto pelo Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (Council for International Organization of Medical Sciences), que menciona que pessoas vulneráveis são pessoas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses, ou seja, não têm poder, educação, recursos e forças suficientes, necessárias à sua proteção. Esse documento salienta grupos específicos que podem ser considerados, como pessoas idosas, pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social, outras pessoas pobres e desempregadas, pacientes em sala de emergência, grupos étnicos e raciais minoritários, sem-teto, nômades, refugiados, prisioneiros, entre outros (CIOMS, 2002).

Encaixa-se nessa definição, portanto, as mulheres menos favorecidas financeiramente, que recebem cuidados precários em saúde, são amparadas precária ou parcialmente por políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e também não recebem orientações adequadas, métodos contraceptivos ou sofrem algum tipo de violência.

Dentre os fatos que mais marcam o debate atual da bioética nesse campo da saúde reprodutiva situado no universo feminino, encontra-se no dilema de quando começa a vida intra-uterina ou quando o embrião passa a ser considerado pessoa. Há três concepções principais no que se refere à natureza do embrião humano:

O embrião humano é, desde o seu início (fusão dos pro-núcleos dos gametas masculino e feminino), um membro da família humana na primeira fase do seu ciclo vital que chegará, por um processo contínuo, ao estágio de pessoa. Em consequência tem de merecer o respeito absoluto ou outorgado às pessoas humanas e a sua intrínseca dignidade. O embrião humano é apenas um pouco de tecido, um aglomerado de células humanas, pelo que pode ser usado livremente na investigação científica. O embrião humano, desde que sejam satisfeitas certas condições, pode desenvolver-se progressivamente até ser humano. Merece assim, uma proteção

proporcionada à fase de desenvolvimento em que se encontre (SERRÃO, 2004, p.152).

Todavia, independente dos argumentos que estão em jogo, os termos “ser humano” e “pessoa humana” são impregnadas de valores. Pode-se não chegar nunca a uma dedução lógica da noção de pessoa humana a partir de dados empíricos, mesmo que esses dados sejam úteis para definir o status de personalidade. No nível ético do discurso, a busca de um consenso teórico total sobre o estatuto do embrião humano é uma questão vedada ao insucesso. É melhor, na opinião de W. Lang, numa sociedade democrática e pluralista, aceitar a noção de que o consenso sobre o estatuto moral do embrião humano não é uma condição para um consenso jurídico. Assim, a ausência de consenso sobre o estatuto moral do embrião será uma noção constitutiva do estatuto jurídico, que será, necessariamente, flexível e não rígido (SERRÃO, 2004).

A discussão é deveras complicada, havendo muitas interrogações a esse respeito. Entretanto, para regular as questões moralmente controversas, as regras públicas devem levar em conta dois aspectos: em primeiro lugar, a necessidade do respeito ao pluralismo ético, o que implica que regras públicas não devem refletir uma concepção ética específica, mas, em vez disso, ser entendidas como regras de coabitação ética pacífica entre as diferentes concepções éticas, respeitando a variedade de tradições culturais e filosóficas. No segundo aspecto, no processo decisório de questões controversas, é fundamental que as regras públicas se empenhem em minimizar a eventual ofensa a diferentes sensibilidades das pessoas com relação a algumas questões, como é o caso, por exemplo, da experimentação com embriões e da interrupção voluntária da gestação (NERI, 2004).

Pode-se empreender que a bioética se situa no contexto público, social e político. A ética, a bioética e a política são temas que tratam da orientação dos seres humanos para que sejam bons cidadãos na sociedade e se resumem em apenas uma virtude, segundo Aristóteles, a justiça: formar cidadãos justos que vivam numa sociedade justa (PEGORARO, 2004).

Finalmente, empreende-se que a bioética não se reduz a discutir com a ciência e nem se concentra no campo da saúde, aplicando automaticamente, por exemplo, o

princípio, que se baseia na autonomia do indivíduo, na beneficência e na justiça. A bioética, com a ética, implica uma visão globalizada das condições de vida no meio socioeconômico e cósmico. Exemplificando, a bioética passa precisamente pela discussão sobre condições elementares da vida como comer, vestir, habitar e educar-se. Nos países periféricos, a bioética atua contemporaneamente e tem a finalidade também de discutir os modos básicos de viver e sobreviver (Ibidem).

Aplicada no campo das práticas em saúde, a bioética pretende discutir os conflitos morais, observando tarefas de tentar “compreender” os conflitos morais envolvidos, tentar “proscriver” comportamentos injustos e tentar privilegiar os envolvidos mais ameaçados, realizando uma busca constante pela reflexão coerente e pragmaticamente eficiente (SCHRAMM, 2004).

Ademais, haja vista que a bioética se ocupa da qualidade de vida humana em seu contexto, a tarefa protetora em preocupar-se com atos que podem ter efeitos irreversíveis sobre fenômenos vitais. Assim sendo, essa tarefa tem a ver com a emergência, durante os anos 1990, de uma bioética pública, atenta e preocupada com políticas de saúde efetivas e equitativas (Ibidem).

Tendo isso em vista, permanece tristemente verdadeiro o fato de que muitas mulheres se encontram em situação de injustiça e desigualdade sociais em muitas partes do mundo, não só carecem de poder e de autodeterminação da família e da cultura de que são parte, como também se acham sujeitas as mais violentas formas de danos físicos e de degradação psicológica.

Algumas práticas, como a da mutilação genital feminina, são rituais culturais que não emanam de determinações nem de doutrinas religiosas. O ritual não está presente em países islâmicos não-africanos. Em outros danos físicos às mulheres ou de opressão delas, a religião é, contudo, a fonte de sua subordinação em geral e da violação de seus direitos reprodutivos em particular. Importa salientar que líderes religiosos fundamentalistas e seus seguidores possam não deter sozinhos o poder de controlar a vida reprodutiva das mulheres em todo o mundo, ao agir em concerto e exercer grande influência na formulação de políticas em numerosos países, têm conseguido erodir nesses lugares os direitos reprodutivos das mulheres, deixando-as vulneráveis mesmo nas mais democráticas sociedades do mundo (MACKLIN, 2004).

Outro exemplo de vulnerabilidade concernentes à população feminina é a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, assinalado no relatório sobre a epidemia global:

Por todo o mundo, o aumento do risco fisiológico de as mulheres serem infectadas pelo HIV é a somatória de privação econômica, falta de oportunidade de emprego, pouco acesso à educação, ao treinamento e a informações, bem como normas e práticas culturais... O baixo status econômico e social das mulheres limita seu poder de negociar o uso do preservativo, discutir com os parceiros a fidelidade ou abandonar relações de risco. Esse desempoderamento aumenta sua vulnerabilidade ao HIV; a discriminação socioeconômica e cultural assim vivida pelas mulheres pode em última análise tornar-se uma ameaça à sua vida (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002 *apud* Macklin, 2004).

Com vistas à compreensão desse quadro cultural, é interessante conhecer em que momento isso começou, por meio do que foi demonstrado por Foucault (2008), quando estudou as relações de poder. Ele asseverou que o Estado Moderno, a partir do século XVIII, começa a incluir, entre os seus cálculos essenciais, o cuidado com a vida da população e transforma a sua política em biopoder, por meio de uma generalização e redefinição do conceito de vida (que se torna o patrimônio biológico da nação).

De acordo com esse teórico, o poder é o conjunto de relações, que, ao invés de derivar de uma superioridade, produz-se de forma permanente, irradiando-se de baixo para cima, sustentando as instâncias de autoridade, ao invés de esmagar e confiscar, incentiva e faz produzir. Sob essa análise de Foucault, existe um triângulo em que o poder, o direito e a verdade se encontram seus vértices. Nesse triângulo, o filósofo vem demonstrar o poder como direito, pelas formas como a sociedade se coloca e se movimenta, ou seja, se há o rei, há também os súditos, se há leis que operam, há também os que a determinam e os que devem obediência. O poder como verdade vem se instituir, ora pelos discursos que lhe são obrigados a produzir, ora pelos movimentos dos quais se tornam vitimados pela própria organização que o acomete e, por vezes, sem a devida consciência e reflexão (FOUCAULT, 2008).

Essas relações de poder são postas por diversos setores, como instituições, prisões, escolas, quartéis, sendo fortemente observadas e marcadas pela disciplina, pois é por meio dessa última que se estabelecem as relações: opressor-oprimido, mandante-mandatário, persuasivo-persuadido, e tantas outras relações de comando.

Apostando nesse contexto de dominador e dominado descrito por Foucault, pode-se perceber que a população feminina desde essa época (século XVIII) vem sendo alvo da disciplina advinda das escolas normais, da medicina social com paradigmas da mulher histérica e da higiene, dentre outros e também de barreiras culturais oriundas da sociedade patriarcal, que coloca o homem no comando e a mulher submissa, sendo produzida para a cultura hegemônica de obediência. Essa disciplina é centrada no corpo e:

(...) produz efeitos individualizantes, manipula o corpo como foco de forças que é preciso tornar úteis e dóceis ao mesmo tempo. E, de outro lado, temos uma tecnologia que, por sua vez, é centrada não no corpo, mas na vida; uma tecnologia que agrupa os efeitos de massas próprias de uma população (FOUCAULT, 2010,p.297).

Importa salientar que, para Foucault (2001), corpos dóceis são corpos moldáveis, o que significa que, por um lado, a disciplina a que se submete o corpo há um ganho de força pela sua serventia; e, por outro lado, perde força pela sua obediência política.

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade, isto é, os tipos de discurso que se aceita e faz funcionar como verdadeiros..., os meios pelo qual cada um deles é sancionado, as técnicas e procedimentos valorizados na aquisição da verdade; o *status* daqueles que estão encarregados de dizer o que conta como verdadeiro (FOUCAULT, 2008).

Essas sanções normalizadoras se referem à imposição de ordem, escala hierárquica, dispositivos de comando e à previsão de comportamentos aceitáveis e eficientes. Será que ainda hoje as mulheres brasileiras são orientadas nesses moldes? Diante do exposto e tendo em vista à percepção do aborto como problema de saúde pública, o conceito de vulnerabilidade das mulheres que podem sofrer sequelas físicas e emocionais em consequência da prática de aborto clandestino sob condições insalubres, e tomando por referência dialógica e reflexiva a bioética das situações persistentes, salienta-se que esse estudo escudar-se-á na compreensão da experiência do aborto provocado na percepção e visão das

mulheres que já passaram ou tentaram tal vivência, objetivando um despertar para as necessidades vinculadas à saúde de mulheres no âmbito da saúde reprodutiva.

1.5 O DISCURSO SOBRE SEXUALIDADE

A sexualidade abrange rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, processos profundamente culturais e plurais. Nessa perspectiva, nada há de exclusivamente "natural" nesse campo, a começar pela própria concepção de corpo. Por meio de processos culturais, definimos o que é — ou não — natural; produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Os corpos recebem definição socialmente. A inscrição dos gêneros — feminino ou masculino — nos corpos é perpetrada, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são compostas e definidas por relações sociais, são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade (LOURO *et al*, 2000).

Segundo Foucault (2001), as pessoas estão inseridas em uma sociedade do "sexo" ou de "sexualidade", uma vez que os mecanismos de poder se dirigem ao corpo, à vida, ao vigor da espécie, sua capacidade de dominar ou sua aptidão para ser utilizada. A sexualidade é objeto e alvo; o poder fala da sexualidade e para a sexualidade por meio da saúde, progeneração, raça, futuro da espécie, vitalidade do corpo social.

O discurso sobre a sexualidade passa pelo dilema de que, embora o corpo biológico seja o local da sexualidade, estabelecendo os limites daquilo que é sexualmente possível, a sexualidade é mais do que simplesmente o corpo. De fato, a sexualidade estabelece-se tanto com nossas crenças, ideologias e imaginações, quanto com nosso corpo físico. Por isso, parte-se do pressuposto da compreensão da importância de se ver a sexualidade como um fenômeno social e histórico e que a

melhor maneira de compreender a sexualidade é como um "construto histórico" (LOURO *et al*, 2000).

Destaca-se que a sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico, não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas a grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder (FOUCAULT, 2001).

Sendo a sexualidade um dispositivo, é importante entender que o mesmo, segundo Agamben(2009), configura-se como qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes.

O que determina sua relevância não é a raridade ou a precariedade, mas sua presença insidiosa, o fato de ser, em toda parte, provocada e temida. O poder esboça a sexualidade, suscita-a e dela se serve com um sentido proliferante de que sempre é preciso retomar o controle para que não escape (FOUCAULT, 2001).

A sexualidade, portanto, é um efeito com valor de sentido e está sendo permanentemente suscitada na sociedade contemporânea, pela construção anterior de novos procedimentos do poder na época clássica, e colocada em prática no século XIX. Assim, percebe-se que a sexualidade encontra-se de braços dados com a norma, o saber, a vida, o sentido, as disciplinas e as regulamentações. Como pensar então, a sexualidade feminina nesse contexto?

É importante ter em mente que na consciência social, o modelo dominante de sexualidade era o masculino, especialmente no fim do século XIX. Os homens eram os agentes sexuais ativos; as mulheres, por causa de seus corpos altamente sexualizados, ou apesar disso, eram vistas como meramente reativas, "despertadas para a vida" pelos homens (LOURO *et al*, 2000).

De acordo com as mais diversas imposições culturais, constroem-se corpos de modo a adequá-los aos critérios estéticos, higiênicos, morais, dos grupos a que eles pertencem. As imposições de saúde, vigor, vitalidade, juventude, beleza, força são distintamente significadas, nas mais variadas culturas, e são, também,

diferentemente atribuídas aos corpos de homens ou de mulheres. Por meio de muitas técnicas, de cuidados físicos, exercícios, roupas, aromas, adornos, inscrevemos nos corpos marcas de identidades e, conseqüentemente, de diferenciação, verdadeiros rótulos. Adestram-se sentidos para perceber e decodificar essas marcas e instruir-se a classificar os sujeitos pelas formas como eles se apresentam corporalmente, pelos comportamentos e gestos que empregam e pelas várias formas com que se expressam (LOURO *et al*, 2000).

As interações em sociedade em que a mulher está inserida são marcadas por uma cultura em que a relação entre os indivíduos como seres viventes e o elemento histórico (as instituições, o processos de subjetivação e as regras) se concretizam nas relações de poder (AGAMBEN, 2009).

Além disso, segundo explana Habermas (2010), o si mesmo individual surge apenas com o auxílio social da exteriorização e também só pode se estabilizar na rede de relações. Dependere dos outros é uma circunstância que esclarece a vulnerabilidade do indivíduo em relação aos outros. Assim, é o universo das relações e interações interpessoais que necessita, é capaz de impor regras morais e o faz também no mundo feminino.

A linguagem é, aliás, uma excelente evidência para a ação decisiva da evolução sobre os comportamentos culturais, pois se, de um lado, ela pode ser entendida como essencial à cultura, como fruto dessa, por outro, está fortemente enraizada em propriedades biológicas ligadas à estrutura cerebral, à anatomia do sistema fonador e à herança da capacidade linguística (BUSSAB; RIBEIRO, 1998).

Como seres históricos e sociais, os humanos encontram-se desde sempre num mundo da vida estruturado linguisticamente. Nas formas de comunicação, por meio das quais se entendem uns com os outros sobre os acontecimentos do mundo e sobre eles mesmos, deparam-se com um poder transcendental. No *logos* da língua, personifica-se um poder intersubjetivo, que é anterior à subjetividade dos falantes e a sustenta. Por conseguinte, a língua não é uma propriedade privada (HABERMAS, 2010).

É neste contexto que se processa o desenvolvimento humano. Formam-se as ligações afetivas, determinadas pela quantidade e qualidade das interações. Ao

mesmo tempo, ocorre o desenvolvimento cognitivo: a aquisição da linguagem, por exemplo, também se processa nesse mesmo contexto interacional, de percepções compartilhadas (BUSSAB; RIBEIRO, 1998).

Portanto, a evolução cultural da humanidade se fortaleceu não só pelo desenvolvimento da inteligência e da capacidade simbólica, mas também pelo fortalecimento das vinculações afetivas, das trocas interacionais, dos compartilhamentos e da comunicação de um modo geral (BUSSAB; RIBEIRO, 1998).

Diante disso, os grupos sociais que ocupam as posições centrais, ditas "normais" (de gênero, de sexualidade, de raça, de classe, de religião, etc.), têm possibilidade não apenas de representar a si mesmos, mas também de representar os outros. Eles apresentam como padrão sua própria estética, sua ética ou sua ciência e arrogam-se o direito de representar (pela negação ou pela subordinação) as manifestações dos demais grupos. Por tudo isso, afirma-se que as identidades sociais e culturais são políticas (LOURO *et al*, 2000).

As formas como elas se representam ou são representadas, os significados que atribuem às suas experiências e práticas é, sempre, atravessado e marcado por relações de poder. Em nossa sociedade, a norma que se estabelece, historicamente, remete ao homem branco, heterossexual, de classe média urbana e cristã e essa passa a ser a referência que não precisa mais ser nomeada. Serão os "outros" sujeitos sociais que se tornarão "marcados", que se definirão e serão denominados a partir dessa referência. Dessa forma, a mulher é representada e rotulada como "o segundo sexo" (BEAUVOIR, 1980).

As definições, as convenções, as crenças, a identidade e os comportamentos sexuais não são o resultado de uma simples evolução, como se tivessem sido causados por algum fenômeno natural: eles têm sido modelados no interior de relações definidas de poder. Mas a sexualidade tem sido um marcador particularmente sensível de outras relações de poder (LOURO *et al*, 2000). O dispositivo da sexualidade funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder, pois engendra uma extensão permanente de domínios e de formas de controle (FOUCAULT, 2001).

Apreende-se que instâncias sociais, entre elas a escola, exercitam uma pedagogia da sexualidade e do gênero e colocam em ação várias tecnologias de governo, esses artifícios prosseguem e se findam através de técnicas de autodisciplinamento e autogoverno que os sujeitos exercem sobre si mesmos. Na construção de mulheres e homens, ainda que nem sempre de forma manifesta e consciente, há um investimento continuado e produtivo dos próprios sujeitos na determinação de suas formas de ser ou "jeitos de viver" sua sexualidade e seu gênero (LOURO *et al*, 2000).

A família é o cristal no dispositivo de sexualidade porque difunde um tipo de sexualidade que reflete e repercute para o exterior (social) e desdobra a sua formação a partir da carne, dentro da concepção cristã, correspondendo à necessidade de uma força de trabalho propulsora para a economia e uma garantia da reprodução da espécie. Mas pode-se dizer que o dispositivo da sexualidade foi elaborado pelas classes privilegiadas e difundiu-se no corpo social como um todo por meio da hegemonia burguesa e da "cultura" de seu próprio corpo (FOUCAULT, 2001). Em contraposição, apesar dessas tecnologias para adestrar os modos de viver, na raiz de todo dispositivo está um desejo humano de felicidade, e a captura e a subjetivação desse desejo, numa esfera separada, particular e de poucos, isso constitui a potência do dispositivo (AGAMBEN, 2009).

Nesse aspecto, por meio de tecnologias de poder e de saber inventada pela própria burguesia, faz-se valer o alto preço político do seu próprio corpo através de uma afirmação de si e um agenciamento político da vida empenhado em atribuir uma sexualidade e construir para si um corpo "de classe" com uma saúde, uma higiene, uma raça (FOUCAULT, 2001).

Para que as classes menos abastadas acompanhassem esse corpo e essa sexualidade, foi necessária a instauração de uma tecnologia de controle que permitisse manter a vigilância sob esse corpo e essa sexualidade (a escola, a política institucional, a higiene pública, a medicalização, as instituições de assistência, enfim, todo aparelho administrativo e técnico) (FOUCAULT, 2001). Dessa maneira, os dispositivos devem sempre implicar um processo de subjetivação, produzir os sujeitos. De um lado, os seres vivos, e, de outro, os dispositivos em que estão capturados e guiados (AGAMBEN, 2009).

Dentre os dispositivos contemporâneos, verifica-se a subordinação da mulher ao homem e a dominação masculina como intimamente relacionadas ao referencial temático desse estudo. Por isso, para contestar esse determinismo “naturalmente” imbrincado na sociedade, que coloca a mulher em um papel de gênero intimamente ligado a sua capacidade de se reproduzir, apontar-se-á suscintamente o multiculturalismo emancipatório como parte da reflexão teórica capaz de romper com essas normas sociais e reconhecer o papel ativo dos sujeitos e suas diferenças culturais. Diante disso, é imperioso ressaltar que os momentos aqui apresentados acerca dessa teoria servem de ilustração e não como uma ampla revisão.

Ressalta-se que o multiculturalismo é definido por regras que se estruturam nas lutas sociais através dos atores que experimentam a discriminação e o preconceito no bem estar da sociedade. O seu ponto de partida é o interculturalismo das vivências culturais que moldam as interações sociais. O multiculturalismo, assim entendido, é a resposta das minorias à homogeneização cultural (CANEN & CANEN, 2005).

A vertente aqui defendida funda-se na vertente do multiculturalismo emancipatório, que fundamenta-se numa política, numa tensão dinâmica complexa entre a política da igualdade e a política da diferença. Essa política da diferença [que] não se resolve progressivamente pela redistribuição social e especialmente econômica: resolve-se por reconhecimento (MOREIRA, 2002).

Professor Boaventura, ao ser entrevistado por Gandin e Hipolito (2003), explicou que são lutas progressistas, operárias e outras que assentaram muito no princípio da igualdade. Há a ideia de que, sendo todos iguais, é fundamental que se dê uma redistribuição social, e é por meio da redistribuição que se assume a igualdade como princípio e como prática. É a emergência das lutas contra formas de discriminação étnica, de orientação sexual ou de diferença sexual, etária e muitas outras que fez emergir a política da diferença.

É fundamental que o multiculturalismo emancipatório parta do pressuposto de que as culturas são todas diferenciadas internamente e, portanto, é tão importante reconhecer as culturas uma entre as outras como reconhecer a diversidade dentro de cada cultura e permitir que dentro da cultura haja resistência, haja diferença. O multiculturalismo também se firma na luta e na prioridade dada ao conflito, já que

todas as culturas são conflituais, tanto as hegemônicas como as não-hegemônicas (GANDIN; HYPOLITO, 2003).

Esse conceito de “multiculturalismo emancipatório” contribui para reconhecer a alteridade (significa apreender o “outro”, sem discriminá-lo, negá-lo ou escravizá-lo), o progresso social e tecnológico como resultado de uma construção coletiva, a partir da valorização e da inclusão das diferenças e da diversidade cultural, na direção de políticas e práticas mais igualitárias, menos excludentes e etnocêntricas, no horizonte de busca dos direitos humanos, da justiça social, da democracia e, em consequência, da construção de uma cultura de paz (CAUDAL, 2005).

Essa alternativa compõe caminho possível para constituir estratégias práticas de se lutar por transformações sociais e buscar hegemonias emancipatórias. No âmbito dos campos da saúde coletiva, saúde da mulher e saúde reprodutiva, faces da pesquisa, promover reflexões sobre a mulher que deseja interromper voluntariamente a gestação para buscar, em políticas públicas e práticas assistenciais, estratégias que desafiem posturas etnocêntricas e preconceituosas e, dessa forma, valorizem a diferença nos diversos espaços sociais.

Ao defender a emancipação e traçar algumas pistas teóricas sobre este trabalho, é fundamental deixar claro que será afastado qualquer radicalismo autoritário. Reivindica-se, como bem fundamenta Boaventura de Souza Santos, uma aplicação edificante da ciência, uma inserção ativa direcionada pela busca incessante pela justiça e pela emancipação humana (GANDIN; HYPOLITO, 2003).

Na saúde coletiva, na saúde da mulher e na saúde reprodutiva, esses aspectos não podem ser esquecidos. Deve-se apostar na assistência adequada e de qualidade à mulher em idade reprodutiva, seja por meio de orientações sobre saúde reprodutiva, fornecimento de contracepção com a devida orientação ou o acesso facilitado e equânime ao serviço público de saúde, para que a mesma possa construir o seu momento social e particular de ter o seu bebê.

Ao se fazer análise deste referencial observa-se que, na prática da saúde coletiva, o cuidado deve exprimir uma humanização através de ações que proporcione assistência de qualidade e despida de preconceitos as mulheres que desejam interromper a gestação, assim como fornecer condições para que a mesma decida o

momento de ter um filho. Nesse sentido, o estímulo a produções científicas que abordem temas referentes a essa população como também ações de trabalho que estimulem a autonomia e a pluralidade de concepções, são relevantes para a construção democrática de espaços de reflexão.

Quanto às políticas de atenção à saúde da mulher, nota-se avanços através de órgãos nacionais e internacionais, mas ainda há um caminho longo a ser percorrido pelo Estado democrático brasileiro na busca de leis que amparem a mulher na interrupção gestacional segura, de acesso equânime aos métodos contraceptivos e a programas de planejamento familiar, para que a mulher possa escolher a gestação no tempo em que lhe for conveniente. No que se refere aos movimentos como da bioética das situações persistentes e do multiculturalismo emancipatório, podem contribuir para estudos com populações que estão em posição contra-hegemônica ao que vem sendo modelado historicamente pelos dispositivos administrativos atuais que desejam interferir sobre a potência de vida existente em determinados grupos sociais, bem como para fornecer reflexões e subsídios acerca da polêmica temática da interrupção voluntária da gestação.

Esses diversos campos do saber constituem verdadeiras zonas de convergência capazes de auxiliarem no entendimento do fenômeno do aborto enquanto fenômeno social e construto histórico, marcado pela interferência das relações de poder e pelas adversidades existentes nas condições de vida das mulheres, especialmente no que se refere aos preconceitos étnico-raciais, falta de condições financeiras e pouco acesso aos serviços de saúde pública.

2 JUSTIFICATIVA

Ante as questões geradas pelo processo de abortamento, é necessário, portanto, entender que a mulher nessa situação demanda ações integrais em saúde, que se iniciam desde as experiências contraceptivas e reprodutivas para uma assistência qualificada e acessível desprovida de julgamentos.

A justificativa deste trabalho encontra-se no fato do grande número de abortos e sua incidência crescente em todo Brasil. Se as mulheres em idade fértil não receberem uma assistência de qualidade nos serviços de saúde por profissionais qualificados, apoio, acolhimento e orientação correta, além da gravidez não planejada e indesejada, ocorrerá o aborto, acarretando, assim, um ciclo deteriorador para a mulher.

Por meio deste trabalho, espera-se contribuir, principalmente com a saúde da mulher, no aspecto de sua saúde reprodutiva, por meio da prevenção, proteção e recuperação da saúde, além de proporcionar avanços na qualidade de vida da mulher. Entendendo que ao praticar o aborto de maneira insegura, a mulher passa por riscos a sua saúde, em razão das complicações que podem advir dessa ação, é de vital importância a preservação da saúde integral das mulheres.

Outro aspecto proeminente é que os trabalhos científicos no Brasil que abordam o tema do aborto provocado, em grande parte, são realizados em hospitais, o que expõe apenas um lado do problema, ou seja, os abortos que proporcionam complicações e que necessitam de internação hospitalar. Espera-se, conseqüentemente, conhecer, por meio desse estudo, as razões do aborto praticado de maneira insegura, as influências familiares e sócio-afetivas que levam à decisão pelo abortamento nas mulheres abordadas em seus domicílios.

Outro fator preponderante para a realização dessa pesquisa é o coeficiente de mortalidade materna (CMM) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da microrregião em que se realizará o estudo. O CMM, que era de 96,3/100.000 nascidos vivos em 2006, encontra-se estagnado nesse patamar por anos seguidos (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2008). Já o IDH constitui o menor em comparação com outras regiões do Estado do Espírito Santo,

Brasil. Assim, com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre o tema, expandir a discussão e a reflexão e possibilitar o encontro da realidade vivenciada *in loco*, é uma oportunidade para verificar as potencialidades e as fragilidades diante de uma atmosfera repleta de desigualdades.

3 QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

Ratificar e apontar que uma das escolhas para uma assistência qualificada à saúde da mulher, em quaisquer faixas etárias, consubstancia-se em conhecer a realidade por meio delas mesmas, como parte importante na promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, a partir de uma análise de suas vivências, há de se revelar seus discursos e compreender sua realidade, a fim de auxiliá-las em sua condição e qualidade de vida.

Desse modo, na busca de melhor compreender a problemática do aborto provocado nas mulheres que o experienciaram, delimitaram-se as seguintes questões norteadoras: o que levou essas mulheres a provocar o abortamento? Como foi essa decisão? Quais os sentimentos envolvidos? Alguém as ajudou? Quais as experiências surgidas a partir da decisão de interromper a gravidez? Considerando esse contexto, no sentido de aprofundar as discussões sobre a temática, o estudo tem os objetivos e propostas:

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções das mulheres que decidiram provocar um aborto a partir de suas próprias experiências e subjetividades.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o perfil sócio demográfico dessas mulheres que decidiram interromper a gravidez e discutir as situações que as levaram a essa decisão.

Descrever as práticas abortivas e o apoio social necessário para concretizar a decisão de abortar.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, fomentado a partir do desmembramento dos resultados de uma investigação epidemiológica observacional, que avaliou o processo de assistência pré-natal realizada na microrregião de São Mateus (MRSM-ES), localizada no norte do Estado do Espírito Santo (Figura 1), Brasil. Esse trabalho de avaliação da assistência ao pré-natal na MRSM-ES foi desenvolvido a partir de puérperas residentes nos municípios da microrregião que se hospitalizaram em estabelecimentos da rede pública de saúde, por ocasião do parto, entre julho de 2012 a fevereiro de 2013. No total, foram entrevistadas 742 puérperas (MARTINELLI, 2013) e dentre elas estavam quinze mulheres que declararam ter tentado interromper a última gravidez ou ter sofrido aborto em algum momento da vida reprodutiva.

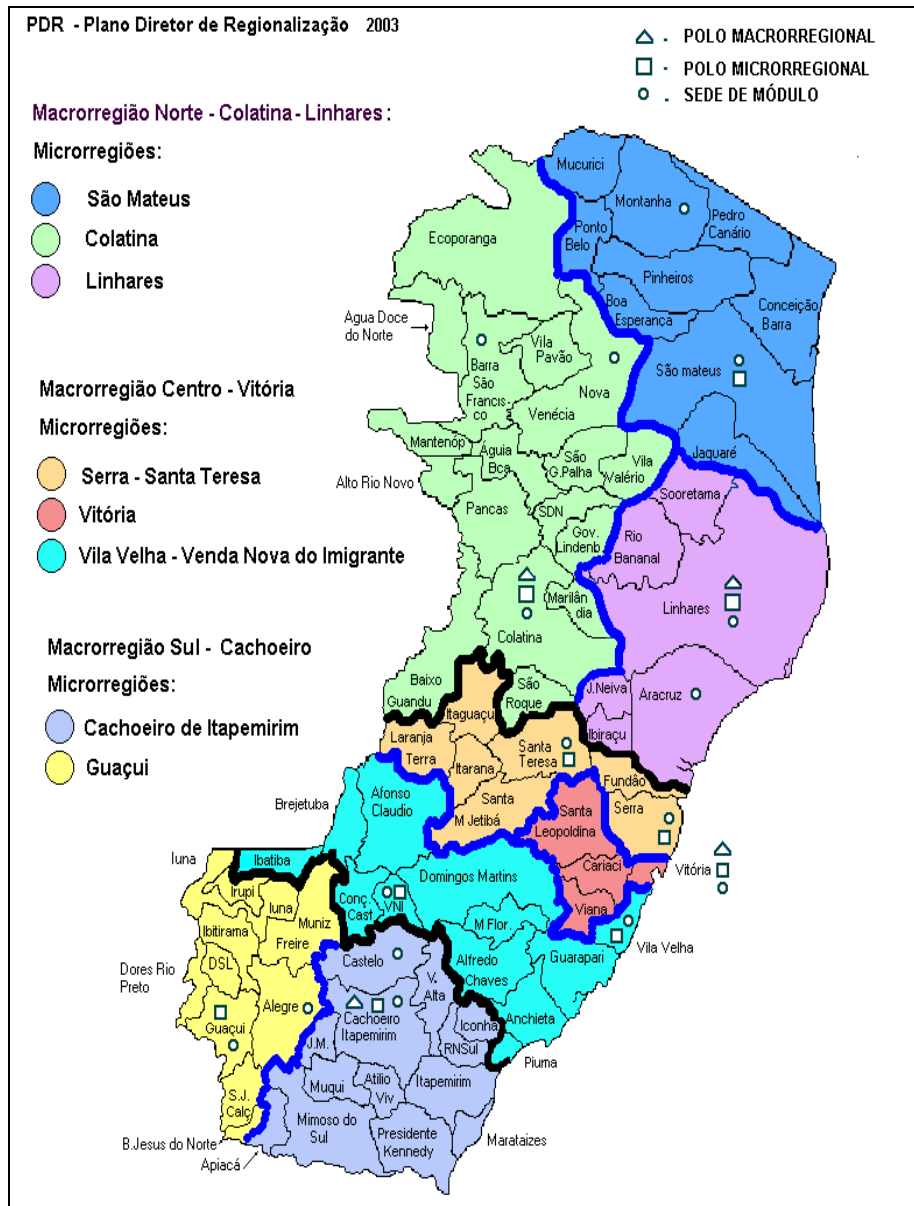
Esse fomento surgiu logo após o término da investigação epidemiológica (MARTINELLI, 2013), especialmente, com as discussões no Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva, fazendo com que emergisse a vontade de entender o fenômeno mais profundamente a partir das questões norteadoras já enunciadas. Partiu-se, pois, do caráter intrínseco e constitutivo da ética nas metodologias qualitativas em ciências humanas e sociais, quando praticadas a partir de relações de colaboração e interlocução entre pesquisadores e “pesquisados” (SCHMIDT, 2008).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A MRSM-ES é constituída pelos municípios de Boa Esperança, Conceição da Barra, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Pinheiros, Ponto Belo e São Mateus, localizados no norte do Estado do Espírito Santo. Ressalta-se que essa formação é usada pela Secretaria Estadual de Saúde em todas as ações de saúde no Estado

até os dias de hoje por meio do Plano Diretor de Regionalização (2003). Esses municípios abrigam uma população de 254.646 habitantes, predominantemente urbana, segundo o Censo/IBGE de 2010. Desses, o município de maior expressividade é o de São Mateus.

FIGURA 1 – Microrregiões do Espírito Santo



Fonte: Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo, 2011.

No que se refere aos indicadores dos serviços de saúde na atenção básica, as diferenças são marcantes. Dados de 2009 revelam que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família pode oscilar entre 100% nos municípios de Conceição da Barra e Ponto Belo, e 29% nos municípios de Pedro Canário e São Mateus. A microrregião

conta com sete estabelecimentos de saúde que realizam os partos pelo SUS. O Hospital e Maternidade São Mateus, principal estabelecimento de saúde, em 2009, fez quase 57% dos partos de todos os municípios da microrregião, uma vez que nem todos os municípios possuem maternidades próprias (MARTINELLI, 2013).

Em 2009, a MRSM apresentou um dos menores PIB per capita do Espírito Santo, correspondendo a R\$ 11.070,00. O IDH de 2003, divulgado pelo Censo/IBGE de 2000, também mostra que a região possuía os piores números quando comparados aos demais municípios estaduais; o município de Mucurici possuía o quinto pior IDH (0,679) e Pedro Canário o terceiro pior índice do ES (0,673). O IDH divulgado em 2010 é, predominantemente, médio (Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Pedro Canário, Conceição da Barra, Ponto Belo e Pinheiros) e São Mateus possui o maior IDH da microrregião (PNUD, 2010), conforme quadro 1:

Quadro 1-Municípios componentes da Microrregião de São Mateus, posicionamento no Estado do Espírito Santo acerca do índice de desenvolvimento humano (IDH) e o valor do IDH referente ao ano de 2010.

<u>Municípios da Microrregião de São Mateus e posição no ES</u>	<u>Índice de Desenvolvimento Humano (Ano de 2010)</u>	<u>Classificação do IDH</u>
Boa Esperança (45°)	0,679	Médio
Conceição da Barra(42°)	0,681	Médio
Jaguaré(46°)	0,678	Médio
Montanha (56°)	0,667	Médio
Mucurici (59°)	0,666	Médio
Pedro Canário (69°)	0,654	Médio
Pinheiros (49°)	0,673	Médio
Ponto Belo(54°)	0,669	Médio
São Mateus (8°)	0,735	Alto

O índice varia de zero até um, sendo considerado:

- **Muito Baixo**, entre 0 e 0,499;
- **Baixo**, de 0,500 a 0,599;
- **Médio**, de 0,600 a 0,699.
- **Alto**, de 0,700 a 0,799;
- **Muito Alto**, maior ou igual a 0,800.

Fonte: PNUD, 2010.

Considerando Quadro 1e que o Estado do Espírito Santo possui 78 municípios, na maior parte dos municípios formadores da microrregião de São Mateus encontram-se os piores índices de desenvolvimento humano dentre os municípios capixabas.

4.3 TIPO DE ESTUDO

Importa ressaltar que, para se alcançar os objetivos propostos e os respectivos resultados, foi utilizada a abordagem qualitativa, que prima pela colaboração/interlocução como atmosfera de investigação e supõe, do pesquisador, uma constante atividade auto-reflexiva, bem como a elaboração do problema do outro, não mais como “objeto”, mas como parceiro intelectual no exame do fenômeno que se quer conhecer. A análise qualitativa não propõe estudar ou compreender o outro, todavia propõe estudar e compreender um fenômeno ou acontecimento com o outro (SCHMIDT, 2008).

Nesse sentido, a experiência desse outro é a referência para a abertura de expectativas, visão de mundo e pontos de vista que confrontam e dialogam com os pontos de vista do pesquisador. A pesquisa desdobra-se no diálogo e na confrontação de lugares sociais e culturais e na interrogação sobre diferenças e convergências que circulam o fenômeno estudado (SCHMIDT, 2008), que aqui cabe mencionar o fenômeno da decisão de provocar o aborto.

A prática da pesquisa qualitativa contempla, por um lado, a atualização de atitudes, costumes e valores quanto à direção e ao proveito do conhecimento e, por outro, a interrogação sobre as dimensões políticas e ideológicas do saber produzido no diálogo com o outro. Por dimensão política compreendem-se as relações de poder (dominação e emancipação) nas práticas de pesquisa, incluindo a geografia dos

lugares de escuta, fala e decisão na condução de todas as fases da investigação. Por dimensão ideológica, entende-se a produção de efeitos de reconhecimento, desconhecimento, estranhamento e conhecimento no plano das representações do outro. Esses aspectos políticos e ideológicos são efeitos produzidos no decorrer da pesquisa entre pesquisador e colaborador/interlocutor e são capazes de perceber, abrigar e pôr em discussão diferenças, orquestrar pluralidades de vozes, sem que diferenças consolidem posições hierárquicas, indo ao encontro do método e da ética (Ibidem).

A pesquisa qualitativa, no âmbito do pesquisador, busca alcançar uma compreensão humana do mundo habitado pelo participante, por meio do envolvimento desse que partilha sua visão de mundo. No caso de participantes vulneráveis e assuntos delicados ou problemáticos, aspectos de reflexividade (pelo pesquisador), flexibilidade, diálogo e capacidade de ser um “bom convidado”, são alguns dos requisitos fundamentais para a realização da pesquisa qualitativa (HOONARD, 2008).

Por outro lado, deve-se ter cuidado para que as relações em pesquisa não se tornem relações terapêuticas. Quem participa de uma pesquisa pode ter passado por uma experiência traumática e ter ficado sem atendimento da família ou dos amigos. A chegada de um pesquisador pode ser a chegada de um ouvido atencioso, alguém disposto a ouvir algumas angústias. Essas sessões de entrevista podem, de fato, ser “terapêuticas”, mas com “t” minúsculo, já que não podem ser confundidas com as sessões formais (Ibidem).

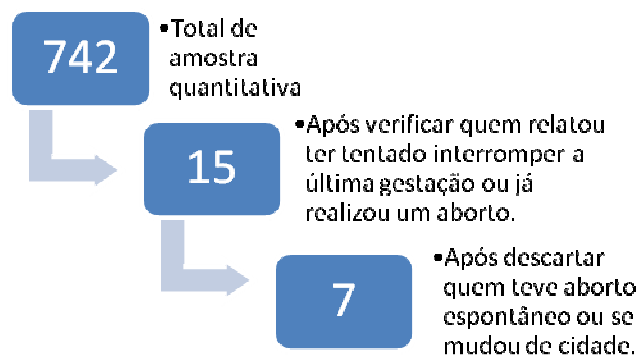
Assim sendo, a pesquisa qualitativa propõe ser uma investigação exploratória hábil em levantar questões de valores, representações, motivos sutis das preferências, mas não pretende alcançar resultados que possam ser generalizados. Podem trabalhar com poucos indivíduos, privilegiam a relação face a face e o jogo das intersubjetividades (CONCORNE, 2008).

4.4 SUJEITOS DO ESTUDO

O presente estudo teve como *corpus* 15 mulheres residentes da microrregião de São Mateus, identificadas e provenientes da amostra de 742 parturientes da investigação

epidemiológica denominada “Avaliação da assistência pré-natal na MRSM-ES”, realizada entre julho de 2012 e fevereiro de 2013, e que revelaram ter tentado interromper a gestação (independente se conseguiram ou não chegar perda fetal) ou referiram ter tido aborto nos antecedentes reprodutivos. Dessas quinze mulheres, nove foram localizadas, sete foram entrevistadas, enquanto duas não o foram, pois haviam mudado de cidade ou tiveram aborto do tipo espontâneo.

Figura 2 - Demonstrativo da captação dos sujeitos do presente estudo.



As entrevistas foram gravadas por meio de um gravador existente no celular (LG) e, ao mesmo tempo, foram observadas as manifestações faciais e corporais das mulheres e suas entonações de voz durante a entrevista, que foram transcritas com o máximo de fidelidade possível (por meio de um diário de campo). Realizou-se a leitura e a releitura do material para melhor compreensão, organização dos relatos e dados das observações realizadas durante as entrevistas; posteriormente, foram classificadas e analisadas. As depoentes foram identificadas pelo nome de deusas da mitologia greco-romanas para preservar o anonimato das participantes.

Importa salientar que foi realizado um projeto piloto antes da pesquisa de campo para possíveis ajustes nos questionamentos e também na maneira de se colocar da pesquisadora. Esse piloto foi realizado no mês de agosto de 2013, na cidade de Anchieta\Espírito Santo, devido ser o município em que a pesquisadora trabalhava, facilitando o acesso à mulher convidada. A pesquisa piloto foi uma importante prerrogativa para proporcionar um amadurecimento da pesquisadora, aprimorar o roteiro e melhorar a sua habilidade de como proceder ante as mulheres pesquisadas e o tema proposto. Posteriormente à realização e transcrição do piloto, a pesquisa de campo foi deflagrada.

4.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas no estudo as mulheres advindas do estudo epidemiológico (que realizaram o pré-natal e parto na Microrregião de São Mateus), que referiram ter tentado interromper a última gravidez ou realizaram um aborto provocado durante a vida. As mulheres que declaram ter tido aborto espontâneo foram excluídas do estudo.

4.6 COLETA DE DADOS

Foram necessárias quatro viagens até os municípios das depoentes para concretizar todas as entrevistas, as quais se deram no mês de setembro de 2013, durante a semana ou finais de semana, conforme estabelecido pela mulher convidada.

No campo de pesquisa, muitas dificuldades foram encontradas para acessar as participantes, principalmente no que se refere ao acesso geográfico por meio de estradas totalmente não pavimentadas (foram percorridos quase 200 km de “estrada de chão puro” e mais 1000 km no total), esburacadas e alagadas, tendo, inclusive, em determinado momento chegar bem próximo à participante, mas ter de retornar pela impossibilidade de não passar de carro pela área alagada; regiões pouco habitadas, verdadeiros vazios demográficos, o que dificultou ter a informação da localização exata das depoentes, já que não tinham vizinhos para fornecer informação; contatos telefônicos comprometidos devido à falta de área de cobertura das operadoras de telefonia; desconfiança inicial por parte dos familiares das mulheres que questionaram o porquê da pesquisa, mas que foram esclarecidos prontamente pela pesquisadora, seja pelo telefone, seja presencialmente; passagem por “áreas de risco” em que algumas participantes moravam, devido à existência de tráfico de drogas; e situação de vulnerabilidade social em que se encontravam as entrevistadas em suas casas com péssimas condições estruturais (casas de madeira, de pau-a-pique, com poucos cômodos para acomodar famílias com grande número de pessoas) e precárias condições de vida e de saúde, pondo em risco a saúde delas.

Outra informação interessante sobre a coleta dos depoimentos é que foi feito previamente um contato telefônico com as participantes, sem mencionar o tema-chave proposto da pesquisa; relatou-se que era uma continuidade da pesquisa anterior. As viagens foram realizadas sem a certeza de que as entrevistas iriam ser concretizadas. O primeiro contato foi realizado para convidar as mulheres, confirmar respectivos endereços e marcar a entrevista. Naquelas em que o contato telefônico não foi possível, a pesquisadora dirigiu-se até a unidade de saúde de referência da área da participante, dialogou com o agente comunitário de saúde responsável e verificou se a mulher ainda se encontrava no local e o endereço correto. Antes de todas as entrevistas, foi realizado um segundo contato telefônico para confirmar datas e horários das mesmas.

Em um terceiro momento, a pesquisadora, já nos domicílios das depoentes, explanou do que se tratava a pesquisa para as participantes e seus familiares, mediante a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cada mulher era consultada sobre o interesse em participar da pesquisa. Explicava-se que sua participação não fazia parte do tratamento médico na unidade de saúde do bairro e que aquela seria uma atividade voluntária, sem qualquer benefício imediato para ela. No caso de aceite em participar do estudo, haveria de ser entrevistada individualmente, em casa sem a interferência de outras pessoas, devido ao sigilo do tema e para maior confortabilidade da mulher.

Ao iniciar a entrevista, a mulher era informada sobre a importância dessa ser gravada, com a finalidade de evitar erros de memória da pesquisadora em relação ao seu conteúdo, bem como dispersão na interação entre pesquisadora e participante. Era informada, ainda, a respeito da garantia de não ser identificada na entrevista, razão pela qual, em nenhum momento, seriam citados nomes ou situações que pudessem identificá-la. Cada entrevista foi transcrita fora do ambiente domiciliar, em local seguro, e a gravação foi destruída logo após a transcrição, para maior segurança das informações.

No momento de seleção das mulheres pela análise das fichas de investigação do estudo quantitativo, em geral, não era possível distinguir entre aborto espontâneo e provocado. Em razão disso, entre aquelas selecionadas para a entrevista, poderia haver casos tanto de aborto induzido clandestinamente como de aborto espontâneo.

Dessa forma, somente em ambiente privativo e seguro, após a leitura e o entendimento do termo de consentimento livre e esclarecido pela mulher era que se reconhecia se era um caso de aborto espontâneo ou provocado, respeitando inteiramente seu relato. Assim, foram consideradas válidas apenas as entrevistas das mulheres que confirmaram ter provocado o aborto, e o critério de inclusão final para o estudo foi, exclusivamente, o depoimento de cada uma delas.

Posteriormente, aguardou-se a decisão delas de participar ou não da pesquisa. As entrevistas foram realizadas individualmente, mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes. Não houve recusas nas abordagens.

Apesar das dificuldades supracitadas, é importante lembrar que houve algo que marcou todas as entrevistas realizadas no que concerne às depoentes: no decorrer das conversas, foi perceptível e notório que o semblante delas começou a mudar, ia ficando mais animado, alegre. A pesquisadora ficou impressionada com a força de uma escuta atenta. Na verdade, a medida em que iam acabando as entrevistas, a escuta instigava-as a contar outras situações de sua vida. Elas situavam, com bastante propriedade, o contexto que estavam vivendo, deixando de se sentirem menores e tristes, assumindo uma postura firme diante das adversidades que passam e passaram, mostrando e dizendo à pesquisadora que as situações difíceis são superadas com uma luta diária. Sem dúvida, a pesquisadora levará para a vida pessoal e profissional o aprendizado adquirido na realização das entrevistas: o da escuta atenciosa apta para reorientar totalmente as ações de saúde.

4.7 PRODUÇÃO DOS DADOS

Para a produção de dados, a técnica utilizada foi a de entrevistas abertas norteadas por roteiro semiestruturado (Apêndice A), o qual procurou explorar no diálogo com a mulher, a decisão de provocar o aborto, sentimentos e motivos envolvidos, métodos utilizados e apoio social/reações de familiares/parceiros/outros para fazê-lo. A decisão de provocar o aborto abarca aspectos da conjuntura vivida pela mulher a partir de tomada de decisão. Os sentimentos e motivos envolvidos dizem respeito ao

que as mulheres sentiram quando fizeram ou tentaram abortar, após o ato realizado e quais os fatores preponderantes que contribuíram sobremaneira para o fato. Os métodos utilizados constituem as maneiras, as técnicas e as práticas com que tentaram induzir a interrupção da gestação, isto é, com uso de ervas, chás, clínicas, medicamentos e outros. No que se refere ao apoio social e reações de familiares/parceiros/outros, sinaliza quem apoiou essa mulher diante da proximidade do aborto, a partir de sua decisão de querer fazê-lo, seja na família, com o parceiro, por amigos, em comércios, entre outros.

O estudo foi finalizado com sete mulheres. Por tratar-se de amostra pequena, estatisticamente não representa o fenômeno do aborto em mulheres em idade fértil, mas descreve o perfil social de uma população que provocou o aborto na microrregião capixaba com um dos menores índices de desenvolvimento humano e de mulheres que foram em busca de assistência nos serviços públicos de saúde.

A princípio, houve certa resistência em obter os depoimentos por parte de familiares, porém, após explicar e detalhar para as depoentes e família sobre o tema, sobre a continuidade da pesquisa e sobre sua liberdade para falar à vontade, observou-se receptividade em falar sobre o assunto e fluidez nas entrevistas. No decorrer das entrevistas, pôde-se perceber uma boa comunicação e o estabelecimento da relação de confiança. Vários aspectos foram notados, dentre os quais o fato de que algumas demonstraram tranquilidade ao falar sobre o aborto, mas a maioria foi envolvida por emoção. Foram frequentes os episódios de choro, ao relatar a experiência do aborto provocado em suas vidas, contudo houve vários momentos de descontração e risos.

4.8 ATUAÇÃO DA PESQUISADORA

A pesquisadora exerce atividades de enfermeira-assistencial há dois anos em unidade de saúde coberta pela Estratégia de Saúde da Família na cidade de Anchieta (litoral sul do Espírito Santo), em especial com grupos de distintas faixas etárias, sejam mulheres, homens, crianças, adolescentes, jovens, adultos ou idosos, e também já foi referência técnica em DST/HIV/AIDS por três anos no mesmo município, o que permitiu uma maior aproximação com a população do estudo.

Assim, o reforço da credibilidade do sigilo por parte das pesquisadas foi verificado. Entretanto, é importante especificar que houve sempre o cuidado de mencionar as mulheres que não tinham uma obrigação de participar da entrevista e que o estudo não tinha uma relação direta com a assistência prestada pela unidade de saúde do bairro, pois o depoimento tinha de ser entendido por elas como um ato espontâneo e voluntário.

4.9 PROTEÇÃO, SIGILO E CONFIDENCIALIDADE

A transcrição era feita pela pesquisadora e por uma assistente de pesquisa que cursava a graduação em odontologia e era bolsista PIBIC/CNPq. A transcrição ocorria fora do sítio de trabalho de campo para aumentar a segurança dos dados, já que se tratava do relato de uma ação ilegal no país. A assistente de pesquisa não identificava as mulheres, pois havia apenas uma voz, sem identidade. Não houve nenhum caso de intercorrência durante as entrevistas. O principal risco que as mulheres poderiam ter sofrido com a participação na pesquisa, um eventual indiciamento pelo crime de aborto a partir do registro confessional do gravador, não se concretizou nem como uma hipótese, dadas as proteções estabelecidas neste estudo:

1.A gravação era digital em aparelho de celular LG (não havia uma fita como material), o qual era mantido numa bolsa semiaberta. Em geral, as entrevistas eram realizadas na sala ou na varanda dos domicílios, sem a presença de pessoas da família, nem amigos, nem conhecidos, assegurando um ambiente reservado para a entrevista ser confidencial e sigilosa e não haver possibilidade de interrupção.

2.A entrevista era identificada pelo local, data e nome de deusas da mitologia greco-romanas. Não havia dados que permitissem a identificação das mulheres. No máximo houve três entrevistas em um mesmo dia e todas foram transcritas na mesma semana de realização das entrevistas.

3.Havia a garantia do sigilo profissional pela pesquisadora responsável.

4.O consentimento foi obtido por escrito, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. 10 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foi mantida a identidade dos participantes com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais. Os nomes ou o material que indique a participação dos sujeitos na pesquisa não serão divulgados, assim como a identificação em qualquer publicação que possa resultar deste estudo.

Um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) foi apresentado às participantes e assinado por elas, após receberem as informações necessárias referentes à pesquisa, conforme orientação da resolução de 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Como os sujeitos jovens tinham idade superior a 18 anos no momento da entrevista, não houve necessidade de autorização dos pais. As que se mudaram para outras cidades foram excluídas. Esclareceu-se quanto à existência de desconforto e garantiu-se risco mínimo para os sujeitos que se submeteram à coleta dos dados. Elas foram informadas sobre a relevância de sua participação e o fato de estarem auxiliando os profissionais a entenderem e a esclarecerem dúvidas sobre a temática do aborto e as polêmicas envolvidas nessa questão, revertendo em benefício para outras mulheres e para uma melhor assistência no Sistema Único de Saúde. Às mulheres foi facultado o direito de não participar ou de interromper a entrevista a qualquer momento. Nenhuma delas se recusou ou interrompeu a entrevista.

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil e foi aprovada sob o parecer número 317.407, datado de 26 de junho de 2013 (ANEXO A).

4.11 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados coletados, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra (incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador) e lidas de maneira minuciosa. Percebe-se que a subjetividade está muito presente, pois, as participantes refletem seus sistemas de pensamentos, seus sistemas de

valores, suas emoções, sua afetividade, porque cada pessoa serve-se dos seus próprios meios de expressão para descrever acontecimentos, práticas, crenças, episódios, passados, juízos (BARDIN, 2004).

Para a análise dos relatos das mulheres entrevistadas, a técnica de análise de conteúdo, em especial, a análise temática foi empregada de forma a buscar dividir as falas em fragmentos principais e extrair os significados associados ao tema. Dessa maneira, a análise temática “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2004, p. 105).

A análise temática foi realizada em duas etapas, citadas por Bardin (2004). A primeira etapa foi a Pré-Análise - fase em que se organizaram as ideias iniciais, com as entrevistas transcritas e confrontadas com a exploração sistemática de documentos, levando em conta os objetivos iniciais. Para tanto, foram realizadas respectivamente três tarefas:

a) Leitura flutuante, em que se teve um contato intenso com as transcrições e permitiu-se penetrar pelo seu conteúdo, assim como pelas impressões por ele suscitadas e assim, pouco a pouco, a leitura vai se tornando mais precisa, em função das hipóteses emergentes;

b) Constituição do *corpus*, de modo que foi definido, por meio de seleção de documentos e do conjunto das entrevistas a serem analisadas, levando em consideração aos princípios de validade qualitativa – exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a exaustividade garante que não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos; a representatividade admite que nem todo material de análise é suscetível de dar lugar a uma amostragem, nesse caso, mais vale abstermos e reduzir o próprio universo (e portanto o alcance da análise) se esse for demasiado importante; a homogeneidade refere-se que os documentos retidos devem ser homogêneos; e a pertinência presume que os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 2004).

c) Formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, processo em que se buscou, mediante a necessidade surgida a partir da leitura exaustiva das transcrições,

reformular as direções interpretativas (hipóteses) bem como a finalidade (objetivo) a que o estudo se propõe, permitindo mais do que a reformulação, o surgimento de novos questionamentos.

Outra questão importante é que desde a pré-análise foram determinadas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados. A segunda etapa incluiu a exploração do material, fase que consistiu em selecionar, a partir de recorte, as unidades de registro imersas no *corpus* e aplicar sistematicamente as decisões tomadas. Dessa forma, as unidades de registro foram recortadas a fim de que os dados pudessem ser classificados e agregados, originando as “categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas”. Posteriormente, foram eleitas categorias temáticas para o estudo (BARDIN, 2004).

Assim, por meio da escolha da técnica de análise de conteúdo, pretende-se obter maior compreensão sobre as percepções das mulheres que decidiram provocar um aborto durante a vida reprodutiva e refletir os fragmentos das falas desses sujeitos em função de suas subjetividades, de suas experiências existenciais e de suas relações socioculturais.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Aborto: “isto eu levo para o resto da minha vida”. A auto-percepção feminina em uma região do ES-Brasil.

5.1.1 Resumo

Objetivos: Este artigo tem por objetivo explicitar as percepções de mulheres que decidiram provocar abortamento a partir de suas próprias experiências e descrever o perfil socioeconômico das mesmas, na área com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Espírito Santo (Brasil). **Métodos:** Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por meio de uma entrevista domiciliar como roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente recortadas para análise. **Resultados:** Os achados demonstram que as mulheres possuem faixa etária entre 19 e 33 anos, ensino fundamental incompleto, pertencem a classes populares, autodeclaradas pardas ou negras, moram, em sua maioria, na zona urbana, com companheiro e filho (os) ou com pais e filho (os). Foi possível retratar as percepções das mulheres por três categorias analíticas: O aborto na perspectiva da decisão íntima; o aborto como fonte de revelações de sentimentos; e o contemplar peremptório da atitude. **Conclusões:** Espera-se que as experiências, as percepções e a vida das mulheres retratada neste estudo colaborem para tencionar o quadro atual das políticas públicas na medida em que assevere a pluralidade moral, a liberdade de crenças, a assistência de qualidade à mulher e o acesso equânime ao Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Saúde Reprodutiva. Aborto provocado. Acontecimentos que mudam a vida.

5.1.2 Abstract

Objectives : This paper aims to describe the perceptions of women who decided an abortion from their own experiences in the area with the lowest Human Development Index (HDI) in the state of Espírito Santo (Brazil) and describe the socioeconomic profile of same . **Methods :** This was a qualitative analysis , performed through a home interview and semi-structured . The interviews were recorded , transcribed and then prepared for analysis . **Results:** The findings show that women have age between 19 and 33 years old, incomplete primary education, popular , self-reported black or mixed classes belong , live mostly in the city , with a partner and child (the) or with parents and son (them) . It was possible to portray women's perceptions of three analytical categories : Abortion in view of the close decision; abortion as a source of revelation of feelings : and behold peremptory attitude .

Conclusions : It is necessary that the experiences , perceptions and life of portrayed women in this study intends to collaborate in the current framework of public policy in that it asserts the moral plurality , freedom of beliefs, quality care to women and equitable access to Unified Health System.

Keywords: Women's Health. Reproductive Health. Induced abortion. Life change events.

5.1.3 Introdução

Poucos temas sociais contemporâneas têm evocado mais debates do que o fenômeno do aborto¹. O aborto provocado é um fenômeno presente na sociedade brasileira e configura-se como responsável pela interrupção de um grande número de gravidezes não planejadas. As taxas de morbimortalidade são superiores para mulheres que apresentam nível socioeconômico pouco favorecido e desconhecem aspectos ligados à sexualidade, o que pode acarretar o surgimento de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada². Além disso, evidências mostram que tal condição de desfavorecimento econômico dificulta o acesso ao serviço de saúde³.

A legislação penal brasileira assume uma postura restritiva e punitiva, no que se refere à interrupção voluntária da gestação, o que leva muitas mulheres à clandestinidade e a mortes evitáveis. A indução do aborto é legalmente permitida no Brasil somente quando necessária para salvar a vida da mulher ou quando a concepção ocorreu a partir de estupro (no caso do feto anencéfalo, há uma interpretação do Supremo Tribunal Federal e, portanto, não há previsão legal)⁴. A penalidade para as mulheres que se submetem ao aborto de forma ilegal varia de 1 a 10 anos de prisão, com a pena duplicada para aqueles que o praticam ou a auxiliam a efetivar o ato⁵. Apesar dessa lei, a indução ao aborto é amplamente praticada.

Estimativas variadas apontam que entre 300.000 e 3,3 milhões de abortos ilegais foram feitos no Brasil no início da década de 1990⁶. Em outra pesquisa, divulgada em 2009, intitulada “Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos”, verificou que 3,7 milhões de brasileiras recorrem ao aborto, taxa que varia rigorosamente, sendo maior nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, e menor na região Sul. Nessa mesma pesquisa, verificou-se que a maior parte das mulheres que buscam o serviço público com sequelas de aborto inseguro é composta por

mulheres pobres, com oito anos de estudo, que vivem em união estável, católicas, trabalhadoras, como pelo menos um filho, que usam métodos anticoncepcionais e jovens (20 a 29 anos)⁷.

Além disso, essa mesma pesquisa aponta que, mais da metade das mulheres que declaram ter feito um aborto, fizeram-no usando o Cytotec® (misoprostol), sendo maior a prevalência nas regiões Nordeste e Sudeste. Ainda atesta a redução da morbimortalidade por aborto induzido no Brasil e correlaciona esse fato com o uso do Cytotec®, ao invés de métodos perfurantes ou cáusticos e do recurso a pessoas leigas⁷. Não obstante, o impacto da morbimortalidade é maior entre as mulheres mais jovens e mais pobres⁸⁻⁹.

Estima-se que, de 40-50 (entre) milhões de abortamentos que ocorrem no mundo a cada ano, cerca de metade ocorrem em condições inseguras¹⁰. Globalmente, no caso do abortamento legal, a taxa de mortalidade é de menos de um óbito por 100.000 nascidos vivos; já o abortamento clandestino, possui uma taxa, significativamente, maior, de 50 a 100 mortes por 100.000 nascidos vivos¹¹.

Estimativas de 2003 mostram que 41,6 milhões de gravidezes no mundo terminaram em abortamento. Quase metade de abortamentos provocados e inseguros (19,7 milhões). Cerca de 97% desses inseguros aconteceram em países em desenvolvimento, que apresentam leis restritivas ou menor acesso à informação e ao planejamento sexual e reprodutivo. Quase a totalidade desses óbitos está concentrada em países da África, Ásia, América Latina e Caribe¹².

Esse tipo de aborto expõe a mulher a riscos e complicações severas. Tais riscos variam consideravelmente, de acordo com as circunstâncias nas quais é feito o ato. Se for realizado em boas condições, o risco de complicações do aborto torna-se muito pequeno. Do contrário, se realizado na clandestinidade, chega a representar um grande perigo. As complicações do aborto clandestino incluem perfuração do útero, retenção de restos de placenta, seguida de infecção, peritonite, tétano, e septicemia. As sequelas ginecológicas incluem a esterilidade e também inflamações das trompas. O risco e a gravidade das complicações crescem com o avanço da gestação¹³.

Outra complicação do aborto, tão importante quanto às descritas acima, situa-se em nível emocional. Abortar é uma decisão que, na grande maioria das vezes, envolve angústia. Esse

sentimento é aguçado quando o aborto é efetuado em clínicas clandestinas, uma vez que a clandestinidade provoca ainda uma sensação de culpa¹⁴.

Do ponto de vista social, quando a decisão pelo aborto é tomada, as mulheres compartilham essa conduta com namorado/marido/companheiro, parentes, outras pessoas e amigos. Entre às razões referidas pelas mulheres para realizarem o ato abortivo, estão: não estarem preparadas para criar/educar um criança, ser solteira, falta de condições financeiras, namorado/marido/companheiro não querer a criança e familiar não aceitar a gestação¹⁵.

A despeito de não ser possível conhecer exatamente a magnitude dos casos de abortamento provocados em razão de sua natureza ilegal, dados do Ministério da Saúde do Brasil comprovam que o aborto provocado e suas complicações representam a quarta causa de mortalidade materna¹⁶ e a curetagem, o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação da rede pública de saúde, superada apenas por partos normais¹⁷. Outro problema relevante é que, após a inserção do Cytotec® no cenário brasileiro e seu frequente uso, elevou-se o número de abortos completos e reduziu-se os índices de infecção e hemorragias, embora ainda com grande incidência de internações hospitalares por aborto incompleto¹⁸⁻²⁰.

O aborto traz também, em seu bojo, questões éticas, morais, religiosas e culturais, todavia, os estudos verificam que, apesar de proibido, acontecem^{2, 18}. Isso coloca em cena o julgamento moral acerca da questão a que se contrapõe a trajetória de vida em sociedade que tem na maternidade o seu “*curso*”. Negar esse fato é, essencialmente, difícil e conflitante para as mulheres. Acredita-se, então, que, na origem dessa dificuldade, permanece um processo de socialização de papel de gênero estereotipado, durante o qual se consente e internaliza-se o sistema de crenças e valores predominantes na sociedade em relação à função reprodutiva da mulher²¹.

Portanto, parte-se do pressuposto de que o aborto provocado configura-se como um problema persistente na saúde pública e como um tema que necessita ser discutido, notadamente em regiões peculiares do país. É nesse universo de pesquisa e, considerando este contexto e no sentido de aprofundar as discussões sobre a temática, o estudo tem a proposição de buscar compreender as percepções de mulheres que decidiram provocar um aborto a partir de suas próprias experiências, na área com o pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Espírito Santo (Brasil)²².

5.1.4 Percurso Metodológico

Trata-se de um estudo qualitativo, fomentado a partir do desmembramento de resultados de uma investigação epidemiológica observacional²³, realizada em 2013 no Estado do Espírito Santo (ES), acerca da avaliação da assistência pré-natal prestada pelo SUS na microrregião de São Mateus, a qual possui o menor IDH desse estado da federação²².

A microrregião de São Mateus é constituída por nove municípios, situados no extremo superior leste do estado do Espírito Santo, tem uma população de 254.646 habitantes, predominantemente urbana. À exceção do município de São Mateus, de maior expressividade, aquela região agrega os municípios que possuem o menor IDH desse estado^{22,24}.

Foram identificadas 15 mulheres, provenientes de uma amostra de 742 parturientes do estudo quantitativo, que revelaram ter tentado interromper a gestação, independente se conseguiram ou não chegar à perda fetal. Dessas quinze, nove foram localizadas, sete foram entrevistadas, enquanto duas não o foram, pois haviam mudado de cidade ou relatado aborto espontâneo. As entrevistas colhidas se referem ao último aborto provocado pela mulher ou à última gravidez que ela decidiu em interromper. As mulheres foram identificadas pelo nome de deusas da mitologia greco-romanas para preservar o anonimato das participantes e as entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2013. Importa salientar que foi realizado um projeto piloto antes da pesquisa de campo para possíveis ajustes nos questionamentos e, também, na maneira de se colocar da pesquisadora. A pesquisa piloto foi uma importante prerrogativa para proporcionar um amadurecimento ante as mulheres estudadas e aprimorar o roteiro da pesquisa.

As entrevistas da pesquisa de campo foram realizadas nos domicílios das mulheres, mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes. Não houve recusas nas abordagens. O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, com parecer número 317.407, datado de 26 de junho de 2013.

As entrevistas foram norteadas por roteiro semiestruturado, que procurou explorar a decisão de provocar o aborto, sentimentos e motivos envolvidos. A decisão de provocar o aborto abarca a conjuntura vivida pela mulher na situação passada. Os sentimentos e motivos envolvidos dizem respeito ao que as mulheres sentiram quando fizeram ou tentaram abortar,

após o ato realizado e quais os fatores preponderantes que contribuíram sobremaneira para o fato. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra.

Para conferir confiança às informações com a metodologia utilizada, foram realizadas uma pesquisa piloto e a pesquisa de campo nos domicílios das entrevistadas. Após o término das entrevistas, a pesquisadora orientou as entrevistadas acerca de dúvidas sobre os mais diversos assuntos demandados, quais sejam: métodos contraceptivos, corrimento vaginal, doenças sexualmente transmissíveis, puericultura, exame colpocitopatológico, tratamento de feridas crônicas, entre outros. Pode-se atribuir esse ocorrido à identificação como profissional de saúde, à abertura proporcionada pela entrevista e ao tema, além da distância considerável existente do serviço de saúde em relação às casas da maioria das mulheres.

Importa salientar que a análise qualitativa não propõe estudar ou compreender o outro, todavia propõe estudar e compreender um fenômeno ou acontecimento com o outro. A experiência desse outro é a referência para a abertura de expectativas, visão de mundo e pontos de vista que confrontam e dialogam com os pontos de vista do pesquisador. A pesquisa desdobra-se no diálogo e na confrontação de lugares sociais e culturais e na interrogação sobre diferenças e convergências que circulam o fenômeno estudado²⁵.

Desse modo, a análise compreensivista das entrevistas expõe as experiências, as percepções e as vivências das mulheres que tentaram interromper a gestação na visão delas mesmas, a partir de um acontecimento gerado sob circunstâncias pessoais complexas. Por isso, não obstante haja a segmentação das situações vivenciadas em categorias, a finalidade é didática e analítica²⁶.

A Análise Temática foi escolhida para análise dos fragmentos de falas e realizada em duas etapas, como citadas por Bardin (2004). A primeira etapa foi a Pré-Análise - fase em que se organizou as ideias iniciais, com as entrevistas transcritas que seriam analisadas, levando-se em conta as hipóteses e os objetivos iniciais. Para tanto, foram realizadas, respectivamente, três tarefas: a) *Leitura flutuante*, em que se teve um contato intenso com as transcrições e permitiu-se penetrar pelo seu conteúdo, assim como pelas impressões por ele suscitadas; b) *Constituição do Corpus*, definido por meio de seleção o conjunto das entrevistas a serem analisadas, levando em consideração os princípios de validade qualitativa – exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c) *Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos*, processo em que se buscou, mediante a necessidade surgida a partir da

leitura exaustiva das transcrições, reformular as direções interpretativas (hipóteses) bem como a finalidade (objetivo) a que o estudo se propõe, permitindo mais do que a reformulação, o surgimento de novos questionamentos. A segunda etapa incluiu a Exploração do Material que consistiu em selecionar, a partir de recorte, as unidades de registro imersas no *corpus*. Dessa forma, as unidades de registro foram recortadas a fim de que os dados pudessem ser classificados e agregados originando as “categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação dos temas”²⁶. Posteriormente, foram eleitas categorias temáticas para o estudo.

5.1.5 Construção dos Resultados e Discussão

Perfil Sociodemográfico das mulheres

As mulheres deste estudo possuem faixa etária entre 19 e 33 anos, ensino fundamental incompleto, pertencem a classes populares, auto-declaradas pardas ou negras, moram, em sua maioria, na zona urbana, sendo que quatro moram com companheiro e filho(os) e três moram com os pais e filho(os) e nenhuma mora sozinha. Todas as gravidezes não foram planejadas, sendo que três eram primigestas e, para as outras, o número de filhos variou entre um e cinco. Cinco mulheres não possuem vínculo empregatício, uma trabalha e uma é autônoma. Do total de sete mulheres que decidiram interromper a gravidez, três conseguiram abortar e cinco levaram a termo a gravidez. Portanto, uma mulher tentou interromper duas gravidezes.

Tabela 1. Perfil sóciodemográfico das mulheres do presente estudo que declararam ter provocado aborto na última gestação ou durante a vida reprodutiva.

Perfil	DIANA	MINERVA	VESTA	HERA	CERES	PERSÉFONE	AFRODITE
Município	SÃO MATEUS	SÃO MATEUS	SÃO MATEUS	SÃO MATEUS	JAGUARÉ	PINHEIROS	PEDRO CANÁRIO
Idade	33	22	33	19	22	24	27
Escolaridade	Fundamental Completo	Fundamental Incompleto	Ensino médio Completo	Fundamental Incompleto	Fundamental Incompleto	Fundamental Completo	Fundamental Incompleto
Moradia (cidade ou interior)	Interior (Fazenda)	Cidade	Cidade (Ilha)	Cidade	Interior (Fazenda)	Interior (Fazenda)	Cidade
Raça/cor (auto-declarada)	Parda	Parda	Preta	Preta	Parda	Parda	Parda
Estado civil	União Estável	União Estável	União Estável	Solteira	Solteira	Solteira	União Estável
Moram com esposo/familiares	Esposo e filhos	Esposo e filha	Esposo e filho	Familiares e filho	Familiares e filho	Familiares e filho	Esposo e filhos
Quantidade de filhos	5	1	1	1	1	2	2
Provocou e conseguiu abortar	1	0	0	0	1	0	1
Provocou e não conseguiu Abortar	0	1	1	1	1	1	0
Vínculo Empregatício: desempregada / sustentada pelo parceiro / familiares	Autônoma	Do Lar (sustentada pelo esposo)	Do Lar (sustentada pelo esposo)	Empregada	Do Lar (sustentada pelos pais)	Do Lar (sustentada pelos pais)	Do Lar (sustentada pelo esposo)
Justificativa para o aborto	Condição sócio-econômica e ser nova para ter filho	Medo de parceiro não assumir a criança, ficar sendo mãe solteira	Condição sócio-econômica	Raiva de o parceiro não querer assumir	Medo da reação dos pais, seria expulsa de casa caso soubessem	Medo da reação dos pais e Condição sócio econômica	Medo da reação dos pais

Fonte: Próprio autor.

Um estudo realizado em São Paulo encontrou informações similares²⁷. O perfil característico das entrevistadas foi mulheres de classes populares, com idade entre 17 e 38 anos, sendo cinco delas casadas e duas solteiras; todas sem planejamento prévio da gestação; uma primigesta e seis tiveram gravidez(es) anterior(es). Outra pesquisa feita no Piauí²⁸ com público adolescente também se deparou com perfil análogo de mulheres pardas ou negras, urbanas, que moravam com a família (pais), nenhuma delas moravam sozinhas. Importa salientar que a raça/cor foi autodeclarada, e, conforme já mencionado, remeteram-se a negras ou pardas, o que foi notado também em estudos de Barbosa *et al* (2009)²⁹ e Pereira *et al* (2012)³⁰.

Em contrapartida, em países da África Central, em que há um predomínio de mulheres múltiparas e que realizam vários abortos, como na República dos Camarões³¹, as mulheres

têm entre 23 e 24 anos, comumente são empregadas, solteiras, altos níveis educacionais (oito anos de estudo), tinham ficado gestantes mais de três vezes e tiveram pelo menos duas experiências abortivas. Realidade essa parecida no Gabão³², outro país da África Central, em que as mulheres têm uma média de 4,6 gestações, que resultaram em um ou dois abortos.

Com relação à renda familiar, o presente estudo mostrou que as mulheres apresentam renda entre um e três salários mínimos, dados semelhantes aos encontrados no Piauí²⁸. A maioria das entrevistadas depende economicamente dos pais ou do companheiro, conforme já encontrado na região Nordeste do Brasil, nos Estados da Bahia (2012)³⁰, em que 66.6% das mulheres estavam desempregadas, e em Pernambuco (2010)³³, em que 50% das mulheres estavam nessa mesma situação. Quanto à escolaridade, em sua maioria, possuem ensino fundamental incompleto, situação também das mulheres baianas³⁰, que possuíam nenhum ou poucos anos de estudo.

O fato de a maioria das mulheres deste estudo serem negras ou pardas, ter baixa escolaridade e depender financeiramente de alguém pode ter relação com as características da área geográfica da pesquisa, área com médio IDH, predomínio de pessoas que sofrem com as desigualdades, e a exclusão social. Depreende-se, então, que, por trás do perfil dos sujeitos do presente estudo encontram-se outras questões que também podem estar postas e corroborar com a questão do aborto provocado, além de estar intimamente relacionada à condição de vida dos sujeitos. Percebe-se que, conforme menciona Pegaroro (2004), condições elementares da vida, como comer, vestir, habitar e educar-se podem constituir subsídio para interpretar eticamente os avanços da ciência e os problemas humanos³⁴. Como esperar dessas mulheres, destituídas muitas vezes do acesso à educação, à saúde, à cultura, que conheçam as práticas contraceptivas ou realizem um planejamento familiar? É imprescindível, a partir da visão bioética, atuar neste contexto contemporaneamente e discutir os modos básicos de viver e sobreviver, oferecendo subsídios para o debate político e científico de forma a verificar e atuar na construção de políticas públicas capazes de proporcionar potência para a vida dessas pessoas.

Como afirma Boaventura (2003)³⁵, pelo fato de questões complexas não encontrarem um ambiente sócio-cultural conducente a transformações sociais, normalmente, pequenos grupos sociais dominantes lideram sequências de destruição e criação social e a esmagadora maioria da população sofre as consequências da intensa destruição e da intensa criação social, estando demasiado ocupada ou atarefada para adaptar-se, resistir ou simplesmente subsistir, para

sequer ser capaz de perguntar, quanto mais responder a questões complexas acerca do que fazem e porquê.

Portanto, o perfil socioeconômico das mulheres da Microrregião de São Mateus que decidiram interromper a gestação (com ou sem perda fetal) acompanha outras experiências de aborto provocado no Brasil (notadamente nas regiões Nordeste^{28,30,33} e Sudeste²⁷) e se desassemelha a dois países da África Central (Gabão e Camarões)^{31,32} que também possuem grandes índices de abortos. A realidade encontrada permanece atrelada ao ciclo deteriorador feminino: a falta de oportunidade de emprego, o pouco acesso à educação, às informações seguras, bem como normas e práticas culturais, leva a uma gravidez não planejada e indesejada, a qual culmina na interrupção gestacional³³. Nesse sentido, percebe-se que existe uma vulnerabilidade feminina **antes** de decidir provocar aborto. A primeira é no plano individual, no qual a vulnerabilidade é relacionada a comportamentos que implicam exposição e suscetibilidade da mulher, que podem variar ao longo do tempo em função de recursos que permitam maior ou menor proteção; a segunda encontra-se no plano social, por intermédio do pouco ou nenhum acesso à informação e aos serviços de saúde, de aspectos sociopolíticos, culturais e econômicos e do grau de liberdade de pensamento e expressão; e no plano programático, no qual a vulnerabilidade se relaciona ao precário cumprimento e à continuidade de políticas, programas, serviços ou ações voltadas à resolução do problema³⁷.

Análise das Experiências

Questões legais, religiosas, morais, políticas e bioéticas em torno do aborto fizeram da pesquisa sobre todos os aspectos difíceis de realizar, e também podem afetar a qualidade da informação obtida, podendo também ser considerada uma limitação do estudo. A coleta de boas informações sobre os motivos para o aborto pode ser especialmente complicada, porque requer perguntar às mulheres para articularem um processo muitas vezes complexo e sensível que levou à decisão³⁸.

Para acessar às experiências das mulheres, foi necessário saber ouvi-las, de forma a não emitir juízo de valor sobre seus discursos, sendo necessário compreender, principalmente, o seu silêncio, sentir a sua dificuldade, sentar-se no chão, muitas vezes, com elas e suas crianças para entrar em suas realidades. Entender, igualmente, que os seus olhares expressam também

suas opiniões, além de seus sentimentos. E, da mesma forma, foi preciso, em muitos momentos, ser o ombro amigo que acolhe e sabe silenciar, chorar, rir e, especialmente, escutar. Concordando com Bankole, Singh e Hass³⁸, em presença de tantos efeitos, é perceptível que discutir o aborto não foi fácil para as mulheres, e o conjunto de sentimentos envolvidos contribuiu para a dificuldade de se obter as informações corretas.

Após análise temática do material empírico, tendo como base os fragmentos das falas das mulheres que decidiram pelo aborto, foram consideradas as seguintes categorias: 1^a categoria: **O aborto na perspectiva da decisão íntima**; 2^a categoria: **O aborto como fonte de revelações de sentimentos**; e 3^a categoria: **O Contemplar Peremptório da Atitude**. A **primeira categoria** retrata a visão que cada mulher possui acerca da decisão tomada de interromper a gestação (com ou sem perda fetal). A **segunda categoria** aborda as percepções e os sentimentos da mulher frente ao dilema de deixar ou não a gestação seguir até o final. E a **terceira categoria** contempla os discursos entre ter tomado a decisão de interromper a gestação, não querer fazê-lo novamente no tempo presente e a reflexão da indicação ou não para outro aborto na percepção das mulheres.

O aborto na perspectiva da decisão íntima

A perspectiva íntima de cada mulher entrevistada em relação à decisão de provocar o aborto variou e relacionou-se, principalmente, com o impacto da notícia da gravidez em seu círculo social, seja pelos pais ou pelo companheiro. A intencionalidade no ato de abortar incluiu a **falta de condições financeiras** para criar o filho como muito proeminente:

“Porque eu não tinha condições de criar sozinha [...]” (Vesta)

Esse achado foi coincidente em outros estudos realizados no Brasil, nas cidades de Salvador (Bahia)^{30,39}, da Serra (Espírito Santo)⁴⁰, de São Paulo (São Paulo)⁴¹ e de João Pessoa (Paraíba)⁴², além de pesquisas realizadas na África Central (Camarões³¹ e Gabão³²) e nos Estados Unidos da América⁴³. Ao passo que também algumas entrevistadas colocaram a receptividade da notícia da gravidez entre os pais ou responsáveis e o medo da reação dos mesmos como um fator importante na decisão do querer abortar:

“Meu pai e minha mãe não ia me aceitar dentro de casa.” (Ceres)

“[...] eu pensei: pra onde eu iria com aqueles dois filhos?” (Perséfone)

Esse fator de **medo da reação dos pais** na perspectiva da decisão de realizar o aborto esteve presente em outras pesquisas^{31, 41, 43}. Verifica-se bem arraigado nas falas o caráter cultural e histórico da gestação no sentido “social” e simbólico do casamento, bem como uma norma social, em que a mulher desdobra a sua formação a partir da carne, correspondendo à necessidade de uma garantia da reprodução da espécie, como assevera Foucault⁴⁴.

Adicionalmente, o fato de o **companheiro não desejar** o feto, do **relacionamento ser instável**, incapaz de resistir a uma gravidez não planejada, de o parceiro se mostrar alheio, incompreensivo e distante da situação gestacional da mulher se colocaram também como motivo de sofrimento e, igualmente, contribuíram para a decisão da mulher de realizar o aborto, uma vez que se vê em uma situação limite de “criar um filho sem pai”:

“Porque ele virou e falou assim pra mim que não era a hora ainda, que não queria filho agora, aí ele pegou e me pediu pra abortar.” (Minerva)

“eu me relacionei com um homem casado, ficou meio complicado resolvi fazer o aborto [...]” (Diana)

Verifica-se que a decisão pelo abortamento não deve ser atribuída unicamente às mulheres; é necessário vislumbrar a influência de outros atores, principalmente no que se refere ao parceiro afetivo-sexual, em congruência a outras pesquisas^{31,32,40,41}.

“ [...]olhava assim pelo jeito de ele (o parceiro) me conhecer e falar que o filho não é dele né[...]eu fiquei com aquele trem na cabeça e se quer saber, eu não quero menino mais não[...]” (Vesta)

Pôde-se constatar que a **falta de apoio**, o desprezo e a negação da paternidade por parte do parceiro teve grande interferência na decisão de interromper a gravidez, o que está em consonância com um estudo reflexivo⁴⁵ e que contribui, também, para o aparecimento da depressão após o aborto⁴⁶. Essa dificuldade enfrentada revela como a mulher é vítima de uma sociedade que a pune, como a única responsável pela gravidez, ficando o homem isento das responsabilidades do seu ato sexual, respaldado pelas questões de gênero (papéis diferentes no contexto social). Outro fator que contribuiu para a decisão de provocar o aborto, apontado por uma entrevistada, constituiu-se a fala de que se considerava **jovem para ter filhos**, corroborando com estudo feito em Camarões³¹:

“[...] Era muito nova” (Diana).

Dentre as principais experiências da decisão pelo ato abortivo trazido pelas mulheres, destacam-se a dificuldade de ordem financeira de sustentar uma criança sozinha, medo da reação dos pais/responsáveis, relacionamentos instáveis, não aceitação e falta de apoio por parte do parceiro frente à gravidez não planejada e, em menor intensidade, o desinteresse em ter filhos naquele momento por serem jovens. Essas informações revelam a falta de estrutura familiar e o abandono da mulher que, em alguns casos, mãe solteira, não se sente preparada, psicológica e financeiramente, para assumir um filho e vê a interrupção da gravidez como a melhor decisão a ser tomada⁴⁰.

Esse contexto vivenciado e expresso nos relatos das mulheres evidencia que a responsabilidade e cuidado para existência de futuros filhos influenciaram as participantes da pesquisa a decidirem interromper a gestação, conforme demonstra estudo norte-americano acerca de como a maternidade influencia a mulher que decidiu abortar. Jones e colaboradores⁴³ observaram que as mulheres que já tinham filhos falavam sobre a responsabilidade de fornecer um futuro melhor para sua prole. E as mulheres que ainda não os tinham eram conscientes das suas responsabilidades da maternidade e, por isso, não queriam tê-los antes de se sentirem capazes de cumprir seus deveres.

Conforme disposto nessa categoria, as mulheres decidem provocar o aborto por múltiplas e complexas razões⁴³, que estão entrelaçadas com questões como estabilidade financeira, estabilidade nos relacionamentos, aceitação familiar. Entretanto, contrapondo-se a esse mesmo estudo, não foi encontrada nas falas a indicação de preocupação ante a existência de problemas de saúde das mulheres (como, por exemplo, o abuso de drogas) ou a possibilidade de problemas da mulher afetar a saúde do feto.

Outro elemento relevante concernente à saúde reprodutiva das mulheres, que deve refletir nessa categoria, diz respeito ao modelo dominante de masculinidade, na qual os homens se eximem de sua participação, tanto na prevenção da gravidez não planejada quanto na prática da paternidade responsável³³. Nota-se que a responsabilidade quanto à contracepção do casal concentra-se na mulher e os motivos que levam às mulheres a interromperem a gestação reproduzem uma formação de valores e normas sociais e culturais típicas da sociedade em que habitam. A sexualidade masculina e feminina construída socialmente cria estereótipos em que a sexualidade masculina é reconhecida como incontável, cheia de permissões e incentivos, e a sexualidade feminina é repleta de cobranças e restrições, devendo ser despertada e estar

subordinada à vontade do homem. A formação cultural vigente responsabiliza a mulher e exime os homens de qualquer responsabilidade da contracepção e da maternidade⁴⁸.

O aborto como fonte de revelações de sentimentos

Essa categoria demonstra que o aborto é fonte de revelações de sentimentos profundos e autênticos e que essas emoções sentidas pelas mulheres, expressas verbalmente ou não, são uma parte do que elas vivenciaram diante do dilema entre dois movimentos, o de provocar o aborto e o de deixar a gestação seguir até o fim. Nessa ambivalência, a intenção de abortar agrega uma gama de sentimentos, que variam desde a vontade de retirar o feto, o medo de morrer e o medo da situação em que se encontrava:

“Nada. A minha intenção era só que ele saísse. Remorso nenhum.” (Vesta)

“De tirar mesmo, [...]e só.” (Diana)

“Eu achei que eu ia morrer.” (Afrodite)

“Ai, foi quando eu pavorei,[...]” (Perséfone)

Instala-se, portanto, odilema entre “deixar morrer” e “fazer viver”, ou seja, é quando ocorre uma tensão entre a ética, a religião, o moral e a filosofia de vida que sustentam a diferença entre o humano e o animal. O experimento cognitivo que está em questão é a produção do ser humano; quando a diferença entre o ser e o nada, o lícito e o ilícito se tornam menor. A cultura atual racionaliza o ser humano em corpo e alma, entretanto deve-se começar a pensar o homem como aquele que resulta da desconexão desses dois elementos, observando o sentido prático e político da separação⁴⁹.

As falas esclarecem que o processo decisório de abortar é atravessado por sentimentos que foram se colocando e se expressando de maneira diversa, caracterizando-se por raiva, depressão, desespero, vazio interior e determinação em conseguir fazer a interrupção gestacional.

“Me senti muito mal,[...]fiquei deprimida.” (Diana)

“Foi um momento de raiva[...] pra abortar eu tava decidida.” (Minerva)

“Nada, passou nada. Nada, nada, nada. Um vazio, aquele vazio [...] desesperei [...]” (Vesta)

A mulher, quando se depara com uma gravidez indesejada, passa por um processo solitário, muitas vezes sem contar com o apoio do parceiro e/ou da família, recorrendo quase sempre ao

aborto, pois para ela só existe essa saída. Do momento em que a gravidez é confirmada até a decisão final de interrompê-la, ela passa por um período complicado, em que fica extremamente sensível⁵⁰.

No que concerne aos sentimentos manifestados acerca da decisão, sobressaiu-se o medo da morte, a raiva, o desespero e a ambivalência de querer resolver de imediato a situação da gravidez não planejada interrompendo-a. Essa diversidade de sentimentos foi detectada em estudos de natureza similar^{30,32,42}. O silêncio também foi um achado relevante nessa categoria, em que permaneceu evidenciado nas expressões faciais de dor e de tristeza, além do lacrimejar de olhos, e gestos de angústia, como levar as mãos à região do coração (culturalmente símbolo do centro da vida), semblante triste e cabisbaixo.

Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura e vergonha⁵². Quando questionadas acerca do momento presente e o que atualmente sentem quando pensam nessa situação, reconheceu-se a angústia, o choro, o arrependimento, a culpa, o alívio e a tristeza como fortemente interligados ao sofrimento gerado pelo desconforto da decisão (mesmo aquelas em houve a tentativa da interrupção gestacional e a sua não conclusão) e, também, ao conflito interior do possível julgamento espiritual por elas acreditado.

“[...] É uma sensação ruim” (Diana – colocando as mãos na região coração)

“Me arrependo muito” (Minerva - semblante triste, cabisbaixa).

“[...]eu peço perdão a ele (*filho*); peço a Deus, muito perdão mesmo, nó, tenho muita angústia, nosso Deus.” (Vesta - choro)

“Bem, agora. Já passou”. (Hera - cabisbaixa)

“Tristeza, mas foi merecido[...]” (Perséfone - risos)

As definições culturais, convenções sociais, crenças, comportamentos sexuais e, nesse caso notadamente, dogmas religiosos, dentro da concepção cristã, engendram domínios e formas de controle que funcionam como dispositivos e tecnologias para adestrar os modos de viver feminino, encaminhando-a para papel de gênero intimamente ligado a sua capacidade de se reproduzir⁴⁴, gerando esse conflito interior verificado nos fragmentos das falas acima. Assim, após decidirem pela interrupção da gestação, as mulheres se encontram em conflito interior em virtude de suas crenças, princípios religiosos e valores sociais, os quais contribuem para o surgimento do sentimento de culpa, culminando no arrependimento³²:

“nossa que arrependimento! pra mim foi terrível! [...]Na hora num foi nada não, mas no outro dia foi arrependimento mesmo, de tristeza. ” (Afrodite– semblante triste, olhos lacrimejando)

Diante disso, a mulher que decide abortar apresenta-se em situação de vulnerabilidade^{39, 52}, antes e após a decisão, especialmente em nível emocional, uma vez que se sente culpada, envergonhada, com medo, e enfrenta concepções jurídicas e religiosas favoráveis à sua criminalização. Por isso, a assistência às mulheres no SUS requer integralidade nas ações de saúde materno-infantil, a medida em que envolva mulheres e homens desde suas primeiras experiências sexuais, informando-os sobre os métodos contraceptivos e fornecendo-os com a regularidade indispensável à eficaz proteção. Os serviços devem estar aptos a informar acerca de saúde sexual e reprodutiva, visando a fomentar, nos usuários, o exercício da autonomia pessoal, levando-os a refletir e buscar tanto a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis quanto o planejamento familiar, prestando, quando necessário, aconselhamento e assistência psicológica e social acerca de ter ou não aquele filho ou filha⁵³, diminuindo as iniquidades do contexto social nas quais estão inseridas e facilitando o acesso aos serviços de saúde.

É possível depreender que a influência social para a realização da interrupção da gestação reflete-se nas respostas, já que a maioria das mulheres se colocou numa postura de arrependimento e de se sentirem mal diante da lembrança. Logo, os achados dessa pesquisa demonstram que o **fenômeno do aborto provocado, enquanto decisão perene ou momentânea**, movimenta profundamente a mulher, e a faz sofrer sensível e emocionalmente⁴¹. De tal modo, por mais livre que a mulher esteja dos padrões morais e religiosos e por mais consciente de sua impossibilidade de levar a termo sua gestação e ainda por mais indesejada que tenha sido a gravidez, abortar é uma decisão que, na maioria das vezes, envolve angústia e culpa¹⁷.

Ademais, o aborto provocado é um fenômeno social dos mais complexos e multifacetados, pois faz emergir opiniões divergentes, principalmente por mobilizar o autoconceito e colocar à prova o julgamento moral acerca de um tema que se contrapõe a trajetória de vida em sociedade, que lhes aponta ser a maternidade o seu destino. Em vista disso, dizer não à maternidade por meio da interrupção voluntária da gestação pode afigurar-se como uma opção extremamente difícil e conflituosa para as mulheres⁴². Justifica-se, desse modo, o aparecimento de sentimentos como raiva, depressão, desespero, tristeza e o choro que surgiram quando inquiridas acerca da decisão, no ato abortivo e do sentimento atual.

Por isso, compreende-se, com este estudo, que cada mulher vive a sua experiência existencial de maneira muito peculiar, pessoal e particular. Portanto, é de relevância sobremaneira escutar essas vivências e percepções e reconhecer o lugar que a gestação (com ou sem perda fetal) ocupou, proporcionando um espaço de diálogo para as mulheres falarem de sua vida pregressa, com vistas à resolução de problemas que podem ser refletidos nos serviços de saúde devido à presença de uma gravidez não planejada.

Essa abertura no SUS pode ser proporcionada em espaços institucionalizados, como em unidades básicas de saúde, em visitas domiciliares e em programa de planejamento familiar, e, igualmente, em escolas, dentre outros para serem campo de enfrentamento e para a produção de conhecimento para e pelas mulheres. Além de servirem também como forma de emancipação de classes populares, uma forma de dar voz a diferentes visões de mundo e contribuir para estudos com populações que estão em posição contra-hegemônica ao que vem sendo modelado historicamente pelos dispositivos administrativos para interferir sobre determinados grupos sociais, bem como para fornecer reflexões e subsídios acerca da polêmica questão da interrupção voluntária da gestação.

Por conseguinte, é necessário envolver instâncias como unidades básicas de saúde e escolas (a que estiver mais próxima da mulher) por meio do desenvolvimento de práticas sociais radicalmente locais, cujo sentido global está na luta emancipatória e no reconhecimento da interdependência local/global em todas as dimensões sociais em que a luta emancipatória ganhe seu sentido político. Considerando a trajetória de vida das mulheres deste estudo e suas vivências derivadas em primeira instância de uma gravidez não planejada, envolvendo sentimentos, relações sociais, manifestações culturais e conjuntos de conhecimentos, evidencia-a a ideia de que “quanto mais globais forem os problemas, mais locais são as soluções”⁵⁴.

O Contemplar peremptório da atitude

Esta categoria contempla os discursos das mulheres pesquisadas na tomada de decisão de interromper a gestação, o não desejo de fazê-lo novamente (mesmo aquela que relatou ter realizado duas interrupções gestacionais) e a não indicação da prática abortiva para outras mulheres em situação similar a sua. Conforme verificado anteriormente, a decisão de interromper a gestação foi primordialmente devido à ação pragmática de enfrentamento da

realidade vivenciada pelas mulheres pesquisadas e que a totalidade relatou aspectos negativos percebidos nessa decisão, conforme o achado de Benute e colaboradores⁵⁵:

“Porque até hoje a sensação que eu tenho é horrível assim.” (Rosa)

A experiência das mulheres do presente estudo foi marcada, sobretudo, pelo sofrimento e tensão emocional e cultural por terem decidido abortar. Em contraposição ao estudo de Benute et al⁵⁵, nenhuma das mulheres pesquisadas teria a mesma atitude em situação idêntica e nem aconselharia o aborto à outra mulher, mesmo que ela estivesse em situação idêntica a sua:

“[...] Não, de maneira alguma, nem nas mesmas condições [...]” (Diana)

“ [...] eu num indico isso pra ninguém não.” (Ceres)

“[...] num daria esse conselho pra ninguém abortar não.”(Afrodite)

Segundo Farfán (2006), a prática do aborto conta com uma criminalização moral, além de jurídica, que é internalizada pelas mulheres, causando-lhes sentimentos negativos como: vergonha, desonra e medo de exclusão social – e, conseqüentemente, restrição de direitos⁵⁶. Os valores negativos associados ao aborto e a hegemonia da concepção médico-curativa que orienta as práticas de saúde estritamente biomédicas ainda comprometem as iniciativas de mudança desse paradigma. Por meio de suas crenças religiosas e valores morais, identificam a gestação como o começo de uma vida e elegem o aborto como “uma das piores coisas que já fez”:

“[...]foi uma das piores coisas que já fiz...a criança não tem culpa.” (Diana)

“[...]Pede perdão ao filho e a Deus.” (Vesta)

“Não, porque isso é uma vida” (Minerva)

“[...]eu vou levar pro resto da minha vida, que vai ficar pra sempre até quando eu morrer.” (Afrodite)

As falas supracitadas pelas mulheres perpassam os modos de subjetivação impetrados por elas no enfrentamento das tensões geradas pela decisão particular de abortar e, de acordo com a visão delas, conferem dignidade à vida que ainda não nasceu. Por conseguinte, as falas vão ao encontro do pensamento de Habermas⁵⁷, que reconhece que, com a rejeição de uma gravidez indesejada, o direito da mulher à autodeterminação colide com a necessidade de proteção do embrião. A partir disso, percebe-se que, a partir da vida prejudicada das mulheres em análise, reflexões se originam e são produzidas por meio de condições distintas de existência.

Nessa perspectiva, acompanhando o pensamento do mesmo autor⁵⁷, o comportamento moral e a percepção das mulheres acerca do fenômeno em estudo constitui uma resposta à regulamentação normativa das relações interpessoais compreendida como um poroso invólucro de proteção contra certas contingências, às quais o corpo vulnerável e a pessoa nele representada estão expostos.

Ordens morais são construções frágeis, que, de uma só vez, protegem o corpo de lesões corporais e a pessoa de lesões internas ou simbólicas. Com efeito, a subjetividade, que é o que faz do corpo humano um recipiente animado da alma, se constitui a partir das relações intersubjetivas para com os outros. Depender dos outros é uma circunstância que esclarece a vulnerabilidade do indivíduo em relação aos outros⁵⁷.

Diante disso, investigar o modo de compreensão das mulheres na área estudada possibilitou o conhecimento pragmático da interação entre elas, seus parceiros e sua família com o “peso” da convivência com normas e regras sociais que influenciam em muito a decisão de interromper ou levar a termo uma gestação. Ficou evidente, como no pensamento de Agamben⁴⁹, que elementos como crenças religiosas e normas sociais estabelecem função estratégica no cruzamento de relações de poder e de saber, na tênue linha entre liberdade individual de escolha e coerção coletiva detentora de um poder externo, mas que se torna, por assim dizer, interiorizado nos sistemas de crenças e dos sentimentos.

Reconhecidamente, a área do presente estudo (Microrregião de São Mateus) carece de importantes investimentos em políticas públicas voltadas para saúde feminina, conforme previsto pela Organização das Nações Unidas, quando elaborou o Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e a Metas de melhorar a saúde materna para países com elevados índices de mortalidade materna⁵⁸. Constata-se que a problemática que caracteriza o aborto como questão de saúde pública não se restringe somente às complicações físicas e mortes decorrentes. Esses indicadores necessitam ser apreciados, todavia, por uma perspectiva bioética, de forma a analisar o contexto mais amplamente, pois paradigmas que envolvem o aborto perpassam a moralidade da sociedade brasileira, fortemente influenciada por valores do patriarcado, sendo bases da determinação dos papéis sociosexuais dos homens e das mulheres no país, sempre com nítidas desvantagens para essas⁴⁵.

Neste contexto, percebe-se que embora a questão do abortamento apresente dificuldades no enfrentamento, experiências na América do Sul, como, por exemplo, no Uruguai têm produzido boas reflexões. O Uruguai, após a legalização do procedimento ocorrida em dezembro de 2012, nos primeiros seis meses após a aprovação, não registrou nenhum caso de morte de mulheres por aborto, embora tenham sido registrados 2.550 casos de abortamento⁵⁹.

Reverbera-se, por meio da notícia, que, se os casos registrados podem despertar resistência por parte dos que se opõem à descriminalização do procedimento no Brasil, é fundamental notar que, se estes procedimentos tivessem sido efetuados em condições inseguras e clandestinas, parte das mulheres teriam sofrido sequelas graves ou talvez morrido⁶⁰.

5.1.6 Considerações finais

Verifica-se que, mesmo diante da existência de políticas respeitáveis a favor da saúde da mulher, como as metas para o Desenvolvimento do Milênio proposto pela ONU, os protocolos de serviços de saúde em caso de violência contra mulher, os eventos que discutem as iniquidades de gênero como a Conferência sobre População no Cairo (1994) e muitos outros recentes, deparou-se, na presente pesquisa com mulheres excluídas de ações do Estado, de práticas preventivas de saúde reprodutiva por meio do SUS e de adesão e participação de serviços de contracepção.

A partir das sistematizações teóricas disponíveis e das reflexões produzidas pelas diversas experiências no campo de pesquisa, percebe-se que o aborto provocado significa mais do que um ato criminoso e dano corporal, configura-se como lesão interna e simbólica que causa vulnerabilidade ao ser mulher. Essa lesão interior fere sua subjetividade, que permanece carregada de preconceitos (culturais, social e historicamente colocados pela sociedade), crenças religiosas e ideológicas, arrependimento e culpa, sentimentos que carregam por toda vida.

Cabe aos setores técnicos e administrativos compreender que o desenvolvimento de um referencial humanizador, democrático e justo na relação com populações vulneráveis, independente do espaço em que elas aconteçam, passa pelo respeito às diferenças, protagonizado, nesse caso, pela mulher em idade fértil, pertencente a classes populares, que está em permanente construção.

Diante disso, verifica-se que as vontades individuais devem ser discutidas e não impostas. As vivências das mulheres que decidiram interromper a gravidez não se restringem a posturas autoritárias. Trata-se de uma oportunidade de diálogo para horizontalizar as relações e para uma visão concreta da realidade de uma percepção de mundo mais emancipatória. Enfim, é preciso desafiar esse contexto do aborto provocado e tencionar o quadro atual das políticas

públicas à medida que assevere a pluralidade moral, a liberdade de crenças, a assistência de qualidade à mulher e o acesso equânime ao SUS.

5.1.7 Referências

1. Pagani, L.P.F; Oliveira, A. A. S. de. O cumprimento dos Direitos Humanos pelo Estado Brasileiro: o caso do aborto como problema de saúde pública. R. Pol. Pub., São Luiz, v.15, n.2, p.233, jul./dez.2011.
2. Brasil. Cadernos de Informação de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2006. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernosmap.htm?saude=http%3a%2F%tabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=%24VObj>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
3. WHO (World Health Organization). Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/child-_adolescent_health/documents/9241593784/en/index.html>. Acesso em: 2 mai. 2013.
4. CCR (COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO). Novo guia da OMS sobre aborto seguro e a situação do aborto no Brasil.[Editorial].Disponível em: <<http://ccr@ccr.org.br>>. Acesso em: 7 mai. 2013.
5. Código Penal Artigos126 - 129, Decreto Lei Nº 2848 de 7 de dezembro e emendas em 1941 e 1969.
6. Singh, S.; Wulf, D. Estimating abortions levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospitals admissions and fertility survey data. Int. Fam. Plan. Persp., 17(1):8-13; 1991.
7. JBDALS (Jornada Brasileira pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro). Dados sobre aborto. Estimativa elaborada por Ipas Brasil/IMS-UERJ, 2007 e 2009 baseadas nas internações por aborto no SUS e na taxa bruta de natalidade do IBGE. Recife, p.26-27; 2011.
8. Lima B.G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. RevPanamSaludPubl. 7(3): 168-172; 2000.
9. Andrade A, Guerra M, Andrade G, Araujo D, Souza JP. Mortalidade Materna: 75 anos de observação em uma maternidade escola. RevBrasGinecol Obstet. 28(7): 380-387; 2006.
10. Organização Mundial da Saúde (OMS). International Women´s Health Coalition. Abortamento Seguro: orientação técnica e política para os sistemas de saúde. Campinas, SP: Cemicamp, 2004.
11. Galli, B. Aborto e Direitos Humanos: o impacto da criminalização do aborto na saúde e na vida das mulheres no Brasil [S.I.: s.n.] 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/aborto_e_DH_BG07.doc>. Acesso em: 26 dez. 2013.
12. Guttmacher, instituto. Aborto a nível mundial: uma década de progresso desigual(2009). Disponível em: <http://www.guttmacher.org/pubs/abortos-a-nivel-mundial.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2013.
13. Barroso, C. L. M.; Cunha, M. C. O que é aborto? São Paulo: Cortez, 1980.
14. Verardo, M. T. Aborto — um direito ou um crime? 4.ed.São Paulo: Editora Moderna, 1995, p.88.
15. Costa R.G.; Hardy R.;Osis M.J.D.;Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro, 11(1): 97-105, Jan/Mar, 1995.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Causas de mortalidade materna em 2005. Brasília: Datasus, 2007.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2013.
18. Fonseca, W, Misago, C, Correia, LL, Parente JAM, Oliveira, FC. Determinantes de aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidades da região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 30(4): 13-18; 1996.
19. Souza A.I.;Cecatti J.G.; Ferreira L.O.C.; Santos L.C. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM)-IMP-Recife. *J Bras Ginecol*. 106(9): 615-624,1996.
20. Fonseca W.;Misago; Freitas P.; Santos E.; Fernandes L.; Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. *CadSaude Publica*.14(2):279-286,1998.
21. Garcia, T.R. Cuidando de adolescentes grávidas solteiras. Ribeirão Preto. 256p Tese (doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.
22. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Ranking IDHM dos Municípios 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 26 dez. 2013.
23. Martinelli, K.G. Avaliação da Assistência Pré-natal na Microrregião de São Mateus – ES. 2013. (Dissertação de Mestrado) Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.
24. Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR-2011). Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Espírito Santo. 2011. Disponível em:<http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf> Acesso em: 26 dez. 2013.
25. Schmidt, M.L.S.Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas. In: Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. São Paulo : Aderaldo &Rothschild, 2008. 308p.
26. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
27. Santos A.L.D.; Rosenburg C.P.;Buralli K.O. Histórias de Perdas Fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Rev. Saúde Pública*; 38(2):268-276, 2004.
28. Nunes MD; Madeiro A; Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Terezina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*; 18(8): 2311-2318, 2013.
29. Barbosa RM et al. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com hiv/aids no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 14(4): 1085-1099, ago. 2009.
30. Pereira V.N.; Oliveira F.A.; Gomes N.P.; Couto T.M.; Paixão G.P.N. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. *Rev. Saude Soc*. 21(4):1056-1062, 2012.
31. Hollander, D. Although abortion is highly restricted in Cameroon, It is not uncommon among Young Urban Women. Guttmacher Institute. *International Family Planning Perspectives*, vol.29, n.1. mar., 2003, p.49-50. Disponível em:<<http://www.jstor.org/stable/3181002>>.Acesso em: 10 dez. 2013.
32. Hess, RF. Women´s stories of abortion in Southern Gabon, Africa. *J TranscultNurs*; 18(41): 41-48, 2007. Disponível em:<<http://tcn.sagepub.com/content/18/1/41>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
33. Ramos KS; Ferreira ALCG; Souza AI. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na cidade do Recife, Brasil. *Rev. Escola de Enf. da Usp*, São Paulo. 44(3), set.2010.
34. Pegaroro, O.A. Uma justificativa ética para a clonagem humana. In: Garrafa, V.; Pessine, L. (Org.) *Bioética: poder e injustiça*. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.153-154.

35. Santos, B.S. Poderá o direito ser emancipatório? Rev. Crítica de Ciências Sociais. V.65, May 2003:3-76. Disponível em:
<http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/podera_o_direito_ser_emancipatorio_RCCS65.PDF> Acesso em: 5 fev.2014.
36. JUNPHIV/AIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). Report on the Global HIV/AIDS. Epidemic. Genova, Switzerland, 2002.
37. Ayres, JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST, AIDS entre crianças e adolescentes. Disponível em:<http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf> Acesso em 23 jan. 2014.
38. Bankole A; Singh S; Hass T. Reasons Why Womem have induced abortions: evidence from 27 countries. International Family Planning Perspectives, 24(3): 17-27, 1998.
39. Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. Acta Paul Enferm. 23(6): 732-736, 2010.
40. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra/ES. Rev. BrasEpidemiol; 10(4)615-624, 2007.
41. Costa RG, Hardy R., Osis MJD, Faúndes A. A decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. Cad Saúde Públ, Rio de Janeiro, 11(1): 97-105, jan./mar. 1995.
42. Pedrosa I.L.; Garcia T.R. "Não vou esquecer nunca!": A experiência feminina com o aborto induzido. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 8(6): 50-58, dez. 2000.
43. Jones RK, Frohwirth LF, Moore AM. "I would want to give my child, like, everything in the word": How issues of motherhood influence women who have abortions. Journal of Family Issues. New York (Guttmacher Institute). 29(1): 79-98. 2007.
Disponívelem:<<http://jfi.sagepub.com/content/29/1/79>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
44. Foucault, M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 13ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2001.
45. Sandi SF, BRAZ M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. Revista Bioética, Brasília, 8(1), jun. 2010.
46. Mariutti MG;Furegato ARF. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 63(2); abr. 2010.
47. Almeida, M.S.; Brito, R.S.; Enders, B.C. Conhecimentos de universitários do sexo masculino sobre aborto provocado. RevBrasEnferm, 2000, 53(2),173-182.
48. Araújo, M.J. *apud* Souza, V.L.C. *et al* . O aborto entre adolescentes. Rev.Latino-AmEnferm. São Paulo, 9(2):42-47,mar. 2001.
49. Agamben, G. O aberto: o homem e o animal. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2013.
50. Gesteira, S.M.A.; Barbosa, V.L.; Endo, P.C. O luto no processo de aborto provocado. Acta Paul Enferm, São Paulo, 19(4), 462-467,2006.
51. Souza VLC; Corrêa MSM; Souza SL;Beserra MA. O aborto entre adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem. 9(2): 42-47, 2001.
52. Souza ZCSN, Diniz NMF. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. Rev. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 20(4): 742-750, 2011.
53. Bertolani GBM, Oliveira EM. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. Rev. Saúde Soc. São Paulo, 19(2): 286-301, 2010.
54. Oliveira, I.B. Contribuições de Boaventura de Souza Santos para a reflexão curricular: princípios emancipatórios e currículos pensadospraticados. Rev.E-curriculum. V.9, n.2, 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/10984/8104>> Acesso em: 05 fev. 2014.
55. Benute, G.R.G.; Nomura R.M.Y.; Lucia M.C; Sugaid, M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal: aspectos emocionais. Rev. Bras.Ginecol.Obstet., v.28, n.1, p.10, 2006.

56. Farfán, E. O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 7., 2006, Florianópolis. Anais eletrônicos... Florianópolis, 2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth_Farfan_11.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2014.
57. Habermas J. O futuro da natureza humana: a caminho de uma eugenia liberal? Tradução: Karina Jannini; revisão de tradução: Eurides Avance de Souza. 2ed. São Paulo, WMF Martins Fontes, 2010.
58. Nações Unidas. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU. Nova York. 2006. Disponível em: <www.objetivosdomilenio.org.br> Acesso em: 07 jan. 2014.
59. Observatorio Género y Equidad. Uruguay: no registra muertes por aborto desde que es legal. Disponível em: <<http://www.observatoriogeneroyequidad.cl/index.php/bloc-mainmenu-9/26-novedades/7164-uruguay-no-registra-muertes-por-abortodesde-que-es-legal>> Acesso em: 31 jan. 2014.
60. Santos, V.C.; Anjos, K.F.; Souzas, R.; Eugênio, B.G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. Rev. bioét. (Impr.). 21 (3): 494-508, 2013.

5.2 ARTIGO 2

“Se você engravidar na hora que você não quer”? Os caminhos e as práticas abortivas em uma região do Estado do Espírito Santo, Brasil.

5.2.1 Resumo

Objetivos: Este artigo tem por objetivo revelar as práticas abortivas empregadas e o apoio social para realizar a interrupção da gestação (com ou sem perda fetal), a partir das experiências de mulheres que decidiram provocar um aborto, em uma área com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Espírito Santo (Brasil). **Métodos:** Pesquisa de abordagem qualitativa, realizada por meio de uma entrevista domiciliar com roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente recortadas para análise. **Resultados:** Foi possível retratar as percepções das mulheres por duas categorias analíticas: técnicas empregadas na intencionalidade e no ato de abortar; sustentando a decisão pelas relações comunitárias; conteúdos e confidências femininas. **Conclusões:** É imprescindível que os programas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva sejam estruturados a ajudar também a lidar com problemas de destituição social, econômica, educacional dessa população vulnerada. É necessário que essas mulheres ultrapassem a proteção social básica, as diferenças culturais e estejam amparadas por serviços de saúde que sejam espaços de escuta, orientação e resolução.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Saúde Reprodutiva. Aborto induzido. Apoio social. Acontecimentos que mudam a vida.

5.2.2 Abstract

Objectives: This paper aims to reveal the maids abortions and social support to carry out the termination of pregnancy (with or without fetal loss) from the experiences of women who decided an abortion in an area with the lowest Human Development Index (HDI) in the state of Espírito Santo (Brazil) . **Methods:** This was a qualitative analysis , performed through a home interview with semi-structured . The interviews were recorded, transcribed and then prepared for analysis . **Results:** It was possible to portray women's perceptions of two analytical categories: intentionality and techniques employed in the act of abortion , and supporting the decision by EU relations. **Conclusions:** Thus, it is imperative that programs of family planning or reproductive health are also structured to help address problems of social , economic , educational dismissal this population with vulnerability. It is necessary that these women beyond the basic social protection, cultural differences and are supported by health services that are listening spaces, orientation and resolution.

Keywords : Women's Health. Reproductive Health . Induced abortion .SUS . Social support .Life changeevents.

5.2.3 Introdução

Apesar do contexto restritivo legal, o aborto provocado é um fato contínuo no Brasil, especialmente nas regiões com piores condições socioeconômicas e precário acesso à saúde, onde configura-se como principal causa de morte materna¹. Quando se considera a taxa de mortalidade materna por gravidez que termina em aborto (por 100 mil nascidos vivos), as mulheres negras estão expostas a um risco três vezes maior do que as brancas². Devido à criminalização do aborto no Brasil, parcela importante das mulheres recorre a métodos inseguros para concretizá-lo³. Embora seja proibido, é amplamente praticado no Brasil, de tal forma a fazer parte da vida reprodutiva das mulheres. Ao completar quarenta anos, uma em cada cinco mulheres residentes na zona urbana e alfabetizadas já realizou aborto, cometendo afirmando tê-lo induzido com medicamentos, particularmente o Cytotec® (misoprostol)⁴.

Com relação às práticas e aos percursos adotados pelas mulheres a partir da decisão de não levar a termo a gestação, vêm se modificando nas duas últimas décadas no Brasil. Até os anos de 1980, eram mais facilmente narradas a utilização de sondas, substâncias cáusticas ou objetos perfurantes, o que resultava em uma alta taxa de morbimortalidade relacionada ao aborto inseguro⁵. A partir da década de 1990, vários estudos, inclusive uma pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde em 2009, constataram que o Cytotec® era o agente abortivo em mais da metade dos casos⁷. Essa droga foi introduzida no mercado farmacológico para tratamento de úlcera gástrica, mas foi logo percebido o seu potencial abortivo⁶. A maior prevalência está no Nordeste e Sudeste⁶. Confirmando essa tendência, um estudo de 2010, mostra que 48% das mulheres que abortaram fizeram uso de algum tipo de medicamento⁴.

A inserção do Cytotec® no cenário do aborto inseguro no Brasil mudou a extensão da morbimortalidade entre as mulheres. A utilização desse medicamento possibilitou um maior número de abortos completos e a menores índices de hemorragias e infecções, embora ainda seja relevante a ampla incidência de internações hospitalares por aborto incompleto^{8,9}. O impacto da morbimortalidade é maior entre as mulheres mais jovens e mais pobres⁸. Tendo

em vista essa mudança de cenário com relação à morbimortalidade do aborto no Brasil e considerando que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) restringiu a oferta de medicamento com o princípio ativo do Cytotec® a hospitais habilitados, não sendo permitida a aquisição livre em farmácias, muitas dificuldades passaram a envolver o seu uso¹⁰.

Pressupõe-se que, embora na sociedade brasileira, em geral, ocorra discurso oficial contrário às práticas abortivas, em contextos sociais específicos ou nas experiências privadas internas dos sujeitos, essa moral é flexibilizada. As justificativas particulares tendem, senão a desculpar as mulheres, pelo menos a considerá-las menos reféns da moral condenatória, presente nos discursos mais normativos das igrejas, das mídias e, mais recentemente, dos aparatos repressivos¹¹.

O presente estudo interessou-se em selecionar o tema aborto provocado em um universo específico (uma área popular) devido à importância que a questão do aborto tem para os estudos de gênero, não apenas pelo aspecto de saúde pública, conforme assinalado acima, mas, principalmente, por sua estreita relação com os direitos humanos das mulheres. Considera-se que a maioria delas pode defrontar-se com uma gravidez não planejada e/ou indesejada ao longo de sua vida, sobretudo porque os métodos contraceptivos não são 100% eficazes¹¹.

São as experiências individuais e as influências sociais que desencadeiam as diferenças existentes nas diversas sociedades entre homens e mulheres, e podem influenciar suas concepções sobre a saúde e suas atitudes na busca pela atenção à saúde¹³. Ao entrevistar as pessoas acerca de suas trajetórias após a decisão de abortar e suas experiências com as práticas abortivas, este relato de “ações passadas” – “relatos de ação”, nessa interação com a pesquisadora, transformaram-se em “resíduos de ação” e saíram do plano do não dito (do “segredo” ou do “sonoro silêncio”) e passaram a expressar uma experiência social das mulheres. No caso de práticas consideradas ilegais, e realizadas sob o manto do “sonoro silêncio”¹⁴, a perspectiva qualitativa, embora mais difícil de ser considerada, parece de maior relevância¹⁵.

Explora-se a noção de itinerário terapêutico, que nos permite pensar que os sujeitos, diante de doenças, aflições e sofrimentos (ou, no caso, de uma gravidez indesejada/não planejada) recorrem a uma coleção relativamente ampla de estratégias que aliviem ou eliminem seus infortúnios¹⁵. Neste processo, a procura de subsídios concretos, como chás, bebidas, bulas,

endereços, remédios e, por fim, medicamentos, articula-se o tempo todo com relações sociais que se estabelecem com vizinhas/os, amigas/os e/ou parentes, ou mesmo com profissionais de saúde e outros¹⁶, sendo que os diálogos entre essas pessoas envolvidas buscam saídas para resolver o “problema” e são mediados pela dimensão narrativa, em que a mulher relata a sua “história” a um/a outro/a que a escuta, muitas vezes escolhido/a por terem experiências similares¹¹.

Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não coincidem com esquemas e fluxos pré-determinados. Suas escolhas expressam construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e tratamento, construídas sob a influência de diversos atores e contextos. Os estudos e investigações sobre itinerários terapêuticos são relativamente recentes no Brasil e sua potencialidade para a compreensão do comportamento em relação ao cuidado em saúde e ao uso dos serviços é promissora¹⁵.

Este artigo tem por objetivo revelar as práticas abortivas empregadas e o apoio social para realizar a interrupção da gestação (com ou sem perda fetal) a partir das experiências de mulheres que decidiram provocar um aborto, em uma área com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado do Espírito Santo (Brasil), partindo-se do pressuposto que esses elementos contribuem para construir o itinerário terapêutico no contexto da gravidez não-planejada/indesejada.

5.2.4 Percurso Metodológico

Estudo de abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevista domiciliar com roteiro semiestruturado. Esta pesquisa é proveniente do desmembramento de resultados de uma investigação epidemiológica observacional¹⁹. O cenário da pesquisa é a Microrregião de São Mateus (MRSM), localizada no norte do estado do Espírito Santo, composta por nove municípios (anexo A): Jaguaré, São Mateus, Boa Esperança, Conceição da Barra, Pinheiros, Ponto Belo, Montanha, Mucurici e Pedro Canário. Esse estudo foi fomentado a partir de outra pesquisa maior sobre qualidade na assistência pré-natal.

Essa constituição ficou estabelecida pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 2003, formação essa usada pela Secretaria Estadual de Saúde em todas as ações de saúde no Estado.

Esses municípios abrigam uma população de 254.646 habitantes, predominantemente urbana, segundo o Censo/IBGE de 2010. O município de maior expressividade é o de São Mateus¹⁷. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano(2010), nessa área é predominantemente médio (Boa Esperança, Jaguaré, Montanha, Mucurici, Conceição da Barra, Ponto Belo, Pedro Canário e Pinheiros)¹⁰, o município de Mucurici possui o quinto pior IDH (0,679) e Pedro Canário tem o terceiro pior índice do ES (0,673)¹⁸.

A população do presente estudo é constituída de mulheres residentes na MRSM, que realizaram seu pré-natal e parto nessa microrregião e declararam ter tentado provocar aborto na última gestação ou em gestação anterior. Foram identificadas 15 mulheres, provenientes de uma amostra de 742 parturientes de um estudo quantitativo¹⁹, que revelaram ter tentado interromper a gestação, independente se conseguiram ou não chegar à perda fetal. Dessas quinze, nove foram localizadas, sete foram entrevistadas, enquanto duas não o foram, pois haviam mudado de cidade ou relatado ter ocorrido aborto espontâneo. As entrevistas colhidas se referem a última tentativa de aborto provocado pela mulher ou à última gravidez que decidiu interromper. As mulheres foram identificadas pelo nome de deusas da mitologia greco-romanas para preservar o anonimato das participantes e as entrevistas ocorreram no mês de setembro de 2013. Importa salientar que foi realizado um projeto piloto antes da pesquisa de campo para possíveis ajustes nos questionamentos e, também, na maneira de se colocar da pesquisadora. A pesquisa piloto foi uma importante prerrogativa para proporcionar um amadurecimento da pesquisadora, aprimorar o roteiro e melhorar a habilidade da pesquisadora de como proceder e se portar ante as mulheres estudadas. Posteriormente, o estudo principal foi deflagrado. Os depoimentos foram gravados, transcritos e analisados. Como instrumento da pesquisa, foi utilizado um roteiro semiestruturado, mas de sequência flexível.

Para dar início a pesquisa de campo houve a aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, com parecer número 317.407, datado de 26 de junho de 2013. As entrevistas da pesquisa de campo foram realizadas nos domicílios das mulheres convidadas, mediante a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelas participantes. Não houve recusas nas abordagens. O contato com as participantes foi feito em três momentos diferentes. O primeiro foi por telefone, para certificar-se de que o endereço das mulheres em questão estava correto; o segundo para confirmar a entrevista e o terceiro momento presencial, em seus respectivos municípios e domicílios para realização das entrevistas.

Na dinâmica do tratamento com os dados foi utilizada a técnica de Bardin (2004) para a análise do conteúdo dos fragmentos de falas das mulheres convidadas. Essa técnica está voltada para o estudo das ideias e não das palavras isoladamente. Assim, a metodologia tem natureza compreensiva e usa a análise de conteúdo como um instrumento²⁰. Para a autora, a análise de conteúdo busca compreender as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem das mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais efeitos se pretende causar por meio delas)²⁰.

Nessa concepção, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo. O ser humano reage aos estímulos externos de um modo seletivo e essa seleção recebe a influência da maneira como ele define e interpreta as situações e os acontecimentos²⁰. Após organização do material das entrevistas, foram identificados núcleos de sentidos, sendo a análise de conteúdo em três etapas²⁰:

- 1- **Pré-análise:** é a fase de organização, a qual permite considerar as intuições e sistematizar as ideias iniciais;
- 2- **Exploração do material:** trata-se da aplicação sistemática das decisões tomadas na pré-análise, composta pela codificação e pela categorização do material e seleção da unidade de registro;
- 3- **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:** emergiram da análise categorias empíricas, que serão agrupadas por questões metodológicas e conceituais em categorias analíticas.

5.2.5 Construção dos Resultados e Discussão

Análise das Experiências

O presente estudo envolveu sete mulheres de classes populares e autodeclaradas negras ou pardas que tentaram interromper a gestação por falta de condições financeiras ou por medo da reação dos pais ou por medo de o parceiro não assumir o bebê. Elas conhecem o Cytotec® (seis), já fizeram o uso do mesmo (três) e também utilizaram outras práticas abortivas como a colocação de sonda (uma), de chás (buta e bucha paulista) e garrafada (uma). A maioria

relatou ter apoio social a partir da decisão de interromper a gestação, seja pelo parceiro, por amigos ou por familiares.

Os elementos encontrados nas falas dos sujeitos que foram analisadas neste artigo estão abaixo descritos por meio da emergência de quatro categorias analíticas, que retratam: os meios abortivos utilizados, os atores envolvidos, o apoio social recebido para a efetivação do aborto, confidências dos sujeitos, mensagens das mulheres estudadas, aquisição e consequências de usar o Cytotec®. Com base na análise das falas das mulheres que decidiram abortar, na Microrregião de São Mateus, emergiram quatro categorias: A **primeira categoria** discute a diversidade de práticas abortivas utilizadas; a **segunda categoria** trata da situação vivenciada pela mulher no ato de provocar a interrupção da gestação e os principais atores envolvidos, exprimindo para quem, em segredo, as mulheres escolheram compartilhar o ato provocado (com ou sem perda fetal) e a **terceira categoria** desenvolve-se colocando o teor das mensagens das mulheres sobre quais conselhos dariam a outras mulheres antes e após do surgimento da gravidez indesejada/não planejada.

Técnicas empregadas na intencionalidade ou no ato de abortar

As técnicas aplicadas pelas mulheres na intenção ou no ato abortivo dizem respeito às práticas abortivas utilizadas que contemplem o uso de medicamentos, de ervas, receitas caseiras, chás, inserção de sondas e clínicas. Importa salientar que o medicamento citado pelas participantes foi o Cytotec®, apesar de ter sido proibido e retirado do mercado brasileiro pela ANVISA em 2011. Daí optou-se em mencionar o seu nome comercial. Atualmente há somente um medicamento à base de misoprostol (Prostokos®) comercializado no Brasil, e está restrito ao ambiente hospitalar.

Entre os meios abortivos citados, o Cytotec® foi o mais mencionado (seis entre sete entrevistadas), seja pelo simples conhecimento da sua existência, seja pelo seu uso efetivo. A exemplo do que foi registrado em outros estudos^{8,21,22,23}, o Cytotec® confirmou-se como o método mais referido para a indução do aborto, independente da idade das mulheres.

“Tomei o remédio,...” (Artemis)

“O Cytotec... Dois pela boca e dois injetado... na vagina” (Afrodite)

Os fragmentos das falas corroboram para a prescrição popular, cujas mudanças regionais não parecem modificar a simbologia das substâncias envolvidas. Fusco e

colaboradores observaram, na periferia de São Paulo, o uso, em sua maioria, do Cytotec®, além de chás diversos, sondas e outros objetos²⁴. Nunes e colaboradores notaram, entre grupos populares urbanos no Piauí, além dos chás e do Cytotec®, o recurso de garrafadas (misturas de ervas abortivas), que incluem, além da ingestão oral, a introdução de líquidos na vagina (em nosso universo de pesquisa, essa introdução restringe-se ao uso do Cytotec®)²⁴. No presente estudo, é igualmente marcante a utilização de chás, receitas caseiras e de medicamentos não especificados, os quais foram encontrados em outros estudos^{26,27}:

“eu tomei muita coisa, tomei bucha paulista, cachaça com sal, até sonda ne mim eu enfiei[...]” (Vesta)

“tomei coca-cola, com aquele remédio de evitar, evitar a gravidez[...]três daquele” (Ceres)

“[...] mato lá que o povo me ensinava lá. Uns remédio margoso, uma tal de buta*, é remédio caseiro, mas tudo mato, tudo ruim e forte.” (Perséfone)

Os meios para interromperem a gravidez do presente estudo variaram conforme a realidade mundial que concentra, em países da África, Ásia, América Latina e Caribe, quase a totalidade de abortos inseguros e óbitos maternos por ocasião de leis restritivas para a prática do aborto, conforme confirmado em pesquisas no Piauí²⁵ (Terezina), em Salvador²⁷ (Bahia), na Serra²⁸ (Espírito Santo) e no Gabão²⁶ (país da África Central).

Observa-se, ainda, que a falta de informação acerca da sexualidade e saúde reprodutiva, e aqui cabe salientar métodos contraceptivos, faz com que muitas mulheres provoquem abortos inseguros, como foi visto nas falas que retrataram gravidezes envolvidas no contexto abortivo, sendo secundárias, especialmente, a gestações não planejadas/indesejadas, ou seja, ocorreram, nas palavras delas, “sem querer”, devido ao uso incorreto da contracepção:

“Foi um acidente mesmo. Acidente[...] o médico falava que eu não ia engravidar. Ele falava que meu útero era infantil[...]” (Minerva)

“[...] primeira relação eu engravidei de um neném[...] e foi até relaxo meu e só” (Perséfone)

Nessa perspectiva, ratifica-se o achado de que a história contraceptiva da mulher que aborta tem relação direta com a história abortiva, conforme um estudo realizado na Índia. Em Nova Delhi, percebeu-se que cinco por cento das respondentes em que não fizeram uso do método contraceptivo, realizaram o aborto pelo menos uma vez precocemente. Nesses casos de abortos, o mesmo foi utilizado como método de contracepção. Em um quarto dos casos, em que os preservativos foram usados como método de contracepção, a mulher relatou que nunca

fez um aborto precocemente, talvez esse seja o maior sucesso desse método se usado corretamente. Em 80% das respondentes que adotaram métodos naturais tiveram um aborto precocemente, esse conhecidamente entre os métodos com altas taxas de falhas²⁹.

Ficou evidente também no estudo, apesar de isso não ter sido abordado na entrevista, mas sim percebido no campo de pesquisa, foi a dificuldade de acesso ao serviço público de saúde, via capaz de proporcionar às mulheres o uso da contracepção com eficiência. O serviço público de saúde mostrou-se longínquo das moradias visitadas(em extensão de terra), sendo preciso, muitas vezes, atravessar estradas com barco, devido a alagamentos, “estradas de chão” esburacadas, assentamentos que nem transporte público existia. Contudo, a presença de escolas nos territórios visitados deve ser pontuada, já que pode ser uma porta de entrada imediata e facilitada para o conhecimento de jovens em idade reprodutiva nesses territórios mais remotos, em parceria com profissionais de saúde das unidades de saúde. Outra consideração importante foi a forma precária de vida em que muitas mulheres se encontram, em sua maioria, vivendo sob condições insalubres com restrições decorrentes da situação socioeconômica, raça/cor e pouco ou nenhum acesso à informação. Percebe-se que, mesmo com a existência de investimentos por parte do Ministério da Saúde na saúde da mulher, poucas mudanças têm ocorrido no contexto social da saúde feminina³⁰.

Reconhece-se, por meio das observações do campo de pesquisa e do quadro teórico proposto por Ayres³¹, que a mulher em idade fértil que decide provocar o aborto encontra-se em posição de vulnerabilidade, seja no plano individual, por suas características sócio demográficas (especialmente por serem pobres e morarem em regiões longínquas), no plano social, pelo pouco acesso a informações seguras sobre saúde sexual e reprodutiva, e no plano programático, devido a pouca eficiência de ações, programas e políticas existentes voltados para o planejamento familiar da área geográfica do presente estudo.

A descrição da vulnerabilidade vívida pelas mulheres do presente trabalho compôs a somatória da privação econômica, falta de oportunidade de emprego, pouco acesso à educação, a informações, bem como normas e práticas culturais típicas da sociedade em que convivem. Sobretudo, concordando com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, o baixo *status* econômico e social das mulheres limita seu poder de negociar o uso do preservativo, de discutir com os parceiros a fidelidade e de abandonar relações de risco. Esse “desempoderamento” aumenta sua vulnerabilidade ao fenômeno do aborto provocado e, em última análise, torna-se uma ameaça à sua vida³².

Logo, o problema do aborto provocado não é somente uma questão de saúde pública devido às complicações físicas e mortes decorrentes. De acordo com os achados da pesquisa, fica evidente que o aborto também é um problema de justiça social, como apontado por Monteiro e colaboradores³³. A prática do aborto inseguro, especialmente, confirma as diferenças socioeconômicas, culturais e regionais diante de mesma ilegalidade do aborto. As mulheres com condições financeiras favoráveis, geralmente de grandes centros urbanos, têm acesso a métodos e clínicas de aborto higiênicas e que prestam cuidados. Já as mulheres de classes populares (carentes), que representam a grande maioria da população feminina brasileira, recorrem a métodos mais perigosos, com pouca precaução, resultando a altos índices de agravos a saúde³³.

Vale ressaltar que, no estudo piloto a essa pesquisa, a realização da interrupção da gestação em clínica clandestina foi encontrada, mas, nas entrevistas analisadas da pesquisa desse estudo isso não foi citado pelas participantes. Acredita-se que isso ocorreu devido à diferença socioeconômica entre as entrevistadas, visto que esse procedimento – o aborto clandestino – mostrou-se oneroso no piloto e, também, por ocasião da distância entre prestadores desses serviços clandestinos e o local de moradia das participantes. Souza *et al* (2001) demonstrou que quem tem maior poder aquisitivo utiliza clínicas especializadas e tem acesso a uma assistência qualificada, enquanto quem não tem condições financeiras busca pessoas não habilitadas e métodos abortivos rudimentares, que podem levar a graves complicações e à morte³⁴.

Sustentando a decisão pelas relações comunitárias

Em complemento à categoria anterior, os elementos dessa categoria analítica retratam a situação do abortamento provocado e os principais atores envolvidos no ato de provocar a interrupção da gestação. Nas localidades em que vivem, essas mulheres percorrem um caminho silencioso e sigiloso, apoiadas por parceiros, amigos, familiares, vendedores de medicamentos abortivos e ervas²⁷.

As falas evidenciam a necessidade de pessoas próximas à mulher ajudarem na sua decisão de não levar a termo a gravidez, seja comprando o medicamento, ofertando receitas caseiras ou fornecendo sondas para a concretização do ato. Concordando com Chauí³⁵, as mulheres não

são deixadas sozinhas, porque parceiros, amigos e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações:

“Eu ganhei, porque uma colega minha trabalha na farmácia, aí eu pedi ela, aí ela trouxe (a sonda)[...]” (Vesta)

“[...]tomei um monte de remédio, mato lá que os povo me ensinava lá...” (Perséfone)

“[...]ele trouxe (ex-cunhado) para mim, eu tomei” (Afrodite)

“Foi ele (parceiro) que comprou o remédio[...]” (Artemis)

Portanto, em concordância com estudo feito em Maceió\Alagoas com adolescentes sexo feminino de 12 a 19 anos, quando indagadas se receberam algum tipo de apoio para praticar o aborto, a maioria afirmou ter recebido apoio para fazê-lo³⁶. Isso também foi indicado em estudo de Nader e colaboradores²⁸.

Embora não seja o objetivo do estudo verificar a ocorrência de complicações físicas após o abortamento nem o estado de saúde da mulher após o abortamento, verificou-se a ocorrência de complicações de curto, médio e longo prazo. A hemorragia, seguida de expulsão fetal, em dois casos ocorrida em domicílio, sendo que essas mulheres não foram para serviços hospitalares para realização da curetagem:

“[...]Só que o aborto não aconteceu na hora que eu tomei, o aborto aconteceu de noite. É[...]sangrei e abortei em casa mesmo. Quando eu vi que tinha um bolo dentro da minha barriga, abaixei e fiz força e saiu o feto.” (Afrodite)

“Tomei o remédio, senti dores, parto (aborto) normal [...]” (Artemis: relatado após o término da entrevista gravada)

Conforme o estudo de *Correia et al (2009)*³⁶, é patente a ocorrência do aborto como uma saída para a gravidez não planejada. E o fato das mulheres não procurarem o serviço hospitalar para realização da curetagem e demais procedimentos aumenta os subregistros e consequências negativas para a saúde da mulher.

Em face de poucos estudos no cenário da comercialização ilegal do Cytotec® no Brasil, destaca-se o trabalho recente feito por Diniz e Madeiro (2012), que mostrou, por meio de seis inquéritos policiais e quatro processos judiciais, que o itinerário dos personagens envolvidos é dominado por homens, seja como vendedores ou fornecedores. O vendedor é geralmente alguém da comunidade, que comercializa o Cytotec® na própria farmácia ou nas proximidades, e pouco se conhece sobre os motivos que os levam a vender ilegalmente o Cytotec®³⁷. Entre as pessoas envolvidas na aquisição do Cytotec® no presente estudo,

verificou-se que pessoas bem próximas à mulher, como o parceiro, padrasto, amigos e profissionais, trouxeram-no para ser utilizado:

“Foi ele (parceiro) que comprou o remédio até.” (Artemis)

“Foi tudo meu padrasto que eu falei agora[...]pra eu tomar o remédio[...]” (Hera)

“eu tinha um ex cunhado, que ele conseguiu um remédio[...]oCitotec[...]ele trouxe para mim, eu tomei, injetei dois e tomei dois”. (Afrodite)

Os relatos empiristas acima mostram que, mesmo com a tipificação do aborto como delito³, isso não desestimula a mulher e sua comunidade social de se ajudarem no processo do itinerário rumo ao aborto. Receitas caseiras, equipamentos perfurantes, como as sondas uretrais, e misturas compuseram o repertório de estratégias apresentados pelas pessoas da rede comunitária dos sujeitos:

“Essa sonda de hospital[...] Eu ganhei (a sonda), porque uma colega minha trabalha na farmácia, aí eu pedi ela, aí ela trouxe.” (Vesta)

“[...]coca-cola, com aquele remédio de evitar, evitar a gravidez[...]três daquele” (Hera)

“ [...]tomei um monte de remédio, mato lá que os povo me ensinava lá[...]Uns remédio margoso, uma tal de buta[...], é remédio caseiro, mas tudo mato[...]” (Perséfone)

Corroborando com um estudo em uma região com baixo IDH em São Paulo, a maioria dos abortos provocados foram auto-abortos com uso de Cytotec®, via oral, intra-vaginal ou pelas duas vias, acompanhado de “chás” diversos. Em seguida, foi apontado o uso de sonda²⁴. Por conseguinte, no ambiente social, as mulheres ante a situação da escolha abortiva são sustentadas pelo auxílio material, cultural e profissional, respectivamente, de familiares ou responsáveis, conhecidos ou amigos e vendedores de medicamentos abortivos e ervas. Portanto, esses dispositivos ilegais estão disponíveis nas comunidades, rurais e urbanas em que as mulheres moram, conforme visto em município da região metropolitana do Espírito Santo²⁸.

Interessante retomar que, quando indagadas sobre algum tipo de apoio para praticar o aborto, a maioria das mulheres afirmou tê-lo recebido. E, na alusão à apresentação de algum tipo de complicação, a maioria relatou que não apresentou complicação física e não precisou de internação em serviços de saúde (não gravado, foi relato após o término da gravação), achado semelhante em outro estudo feito em Maceió\Alagoas³⁶ e coincidente com o advento do Cytotec®, em que ocorreu uma diminuição das complicações pós-aborto.

Conteúdos e confidências femininas

Esta última categoria assenta-se em mensagens das mulheres sobre quais conselhos dariam a outras mulheres após do surgimento da gravidez indesejada/não planejada. Ao serem inqueridas acerca de quais mensagens poderiam deixar para outras mulheres, foi percebida a limitação metodológica do estudo, pois as falas foram permeadas por uma retórica socialmente mais aceita e transmitidas de forma a defender a sua cultura e formação cristã, a medida que defendem a criminalização do aborto e que todos já nascem com conhecimento prévio acerca da saúde reprodutiva e sexual. Vejamos agora, a partir dos discursos mais completos de alguns sujeitos como podemos evidenciar os conteúdos das falas, a saber:

“Não sou boa nisso não hein[...] (risos) [...] não [...] abortar uma criança é um crime muito grave, você não paga na terra, mas no céu paga tudo”. (Minerva)

“Acho que a gente tem tanto meio de evitar a gravidez que não tem necessidade de você engravidar pra depois fazer isso, que eles não pediram pra vir no mundo, se você tirar a vida de um feto, cê tira a vida de qualquer um, que é um ser humano” (Vesta)

“As meninas que quer abortar merecia ser presa, porque tirando uma vida, porque criança não tem culpa não, disso não. Não tem culpa não. As que não querem...prevenir pra não engravidar[...] eu não tinha entendimento disso ainda.” (Hera)

“[...]porque, tirar a vida de uma pessoa, num é bom. Igual isso ai que aconteceu comigo, eu tirei a vida dele, mas Deus me deu outro.” (Ceres)

“Que os bichinho num merece, meio de evitar tem né? [...]” (Perséfone)

Essa estratégia retórica utilizada pelos sujeitos do presente trabalho buscou nomear as características humanas que qualificam a construção do papel de gênero, por meio da enumeração do desenvolvimento das características da espécie humana, numa organização retórica que visou a enfatizar a valorização da vida como valor intrínseco, ou seja, a vida do feto seria sagrada e intocável pelo fato de pertencer à espécie humana. Não é objetivo deste estudo mostrar qual é o lado certo do dilema do aborto provocado, mas é imperioso para esse estudo mostrar que, como assegura Foucault (2001), o dispositivo da sexualidade está bem arraigado na contemporaneidade e funciona de acordo com técnicas móveis, polimorfos e conjunturais de poder, pois engendra uma extensão permanente de domínios e de formas de controle. Nesse aspecto, por meio de tecnologias de poder e de saber inventada pela própria burguesia, fazer valer o alto preço político do seu próprio corpo através de uma afirmação de si e um agenciamento político da vida empenhado em atribuir uma sexualidade e construir para si um corpo “de classe” com uma saúde, uma higiene, uma raça³⁸.

Em contraposição, apesar dessas tecnologias para adestrar os modos de viver, na raiz de todo dispositivo está um desejo humano de felicidade, e a captura e a subjetivação deste desejo, numa esfera separada, particular e de poucos, é que constituem a potência do dispositivo³⁹. O dispositivo legal e religiosoda criminalização do aborto impede, portanto, que as mulheres façam uma escolha, sendo constrangidas a continuar a gravidez indesejada. É imprescindível que, estando em um Estado laico, a legislação não pode ser determinada por diretrizes religiosas, uma vez que necessita garantir a liberdade de credo. Os cristãos têm direito de justificar e advogar por seus dogmas, todavia não de impô-los a toda população por meio dos aparelhos legais de Estado⁴⁰.

Reiterando o pensamento de Freire (2011), o subjetivo constitui com o objetivo uma unidade dialética e é possível por meio da práxis autêntica. A práxis, porém, é reflexão e ação da humanidade sobre o mundo para transformá-lo. Sem ela, é impossível a superação da contradição opressor-oprimido. Dessa forma, essa superação exige a inserção crítica dos oprimidos na realidade opressora, que, objetivando-a, atuam sobre ela⁴¹.

É necessário, sob o olhar bioético, que dilemas das situações persistentes como o aborto provocadopermita à reflexão legal do Estado democrático brasileiro, de forma a transformar a situação de vulnerabilidade vivenciada empiricamente pelas mulheres que são vítimas de um modelo social profundamente excludente, e intervir para construção de posturas emancipatórias que “propicie a justiça, a igualdade, a solidariedade, a liberdade, e, fundamentalmente, que faça da equidade o caminho possível para a felicidade no presente e garanta a segurança para as gerações futuras”⁴².

5.2.6 Considerações Finais

Reconhece-se que, mesmo com a criminalização do aborto no Brasil e com a existência de uma portaria pela ANVISA que restringe o uso do princípio ativo do Cytotec®, as mulheres conhecem, conseguem adquirir esse medicamento e submetem-se à prática abortiva em domicílio, ajudadas por pessoas próximas (familiares, amigos, parceiros). Existe, portanto, um comércio ilegal capaz de absorver essa clientela de mulheres que deseja interromper voluntariamente a gestação.O itinerário terapêutico adotado pelos sujeitos para conseguir concretizar a decisão de provocar o abortoocorre no próprio domicílio e segue uma ordem que, em sua maioria utiliza o Cytotec®, seguido pela busca de receitas caseiras e chás da

comunidade e de familiares e pela aquisição de sondas, por meio do profissional do estabelecimento comercial (farmácia) do município.

Em suma, os resultados mostram que as mulheres dessa região encontram-se vulneráveis, devido aos aspectos étnico-raciais, à condição socioeconômica desfavorecida e, principalmente, ao precário acesso aos serviços de saúde, que, diante de aspectos particulares subjetivos e biológicos de uma gestação não planejada não é capaz de prover uma assistência equânime e de qualidade no âmbito da saúde reprodutiva.

Há, portanto, relevantes aspectos bioéticos a serem discutidos no que envolve a acessibilidade de determinados grupos sociais ao SUS, fato que evidencia a necessidade de realização de mais processos de pesquisa, que permitam suscitar nos aparelhos administrativos e serviços um aperfeiçoamento de uma visão crítica do fenômeno do aborto enquanto fenômeno de exclusão social e processo social que deixa as mulheres à margem de situações de vulnerabilidade social e, sobretudo, desenvolve problemas de saúde derivados dessa posição e exacerba as já precárias condições de saúde desses grupos.

Dessa maneira, é imprescindível que os programas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva sejam estruturados a ajudar também a lidar com problemas de destituição social, econômica, educacional dessa população vulnerada. É necessário que essas mulheres ultrapassem a proteção social básica, as diferenças culturais e estejam amparadas por serviços de saúde que sejam espaços de escuta, orientação e resolução.

Urge o fomento de mais pesquisas para a melhoria de dados, com o intuito de realizar a aproximação da oferta de novas possibilidades para entender os contrastes, as necessidades reprodutivas da mulher e os distintos e peculiares caminhos da interrupção voluntária da gestação, com o objetivo de melhorar a assistência prestada à mulher no serviço público de saúde, de representar um caminho de renovação, buscando o sentido da alteridade, e de predispor-se a autorreflexão.

Vale acrescentar que refletir sobre os caminhos percorridos pelas mulheres que vivenciaram a situação de abortamento e interpretaram a busca do apoio social mais íntimo para resolver o “problema” não se configura apenas como algo de origem orgânica. Esse comportamento precisa ser entendido, pelo profissional atuante, como maneira para tornar o cuidado no SUS notável, menos inclinado a processos exclusivamente mecânicos, reconhecendo a

integração humana por meio de um aprendizado que aproxima o saber da sensibilidade, favorecendo, portanto, o encontro da ciência com o humano, despojado de julgamentos.

As ponderações feitas neste estudo proporcionaram a oportunidade singular para revigorar a crença na necessidade de se ampliar o olhar para a mulher que recebe as ações em saúde materno-infantil. Compreende-se que elementos socioculturais e econômicos podem produzir modos distintos de percorrer cada etapa da vida. Por esse motivo, acredita-se que analisar esses fatores, bem como a subjetividade e as experiências de cada mulher, é fundamental para apreender as suas necessidades e, também, para conferir qualidade na atenção dispensada a esse sujeito feminino.

5.2.7 Referências

1. JBDALS (Jornada Brasileira pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro). Dados sobre aborto. Estimativa elaborada por Ipas Brasil/IMS-UERJ, 2007 e 2009 baseadas nas internações por aborto no SUS e na taxa bruta de natalidade do IBGE. Recife, p.26-29, 2011.
2. Brasil. Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Ipas Brasil/IMS-UERJ/Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2013.
3. Adesse, L.; Monteiro, M.F.G.; Levin, J. Panorama do aborto no Brasil – grave problema de saúde pública e de justiça social. Radis, n.66, p.10-5, 2008.
4. Diniz, D.; Medeiros, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. Cienc. Saude Colet., v.15, supl.11, p.959-66, 2010.
5. Hardy, E.; Alves, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. Cad Saude Publica 1992; 8(2): 454-458.
6. Barbosa, R.M; Arrilha, M. The Brazilian Experience with Cytotec. Stud Fam Plann 1993. 24(4): 236-240.
7. Brasil. UnB-UERJ. Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2013.
8. Fonseca, W; Misago, C; Correia, LL; Parente JAM; Oliveira, FC. Determinantes de aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidades da região Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 30(4): 13-18, 1996.
9. Fonseca W; Misago, C; Freitas P; Santos E; Fernandes L; Correia L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 14(2):279-286, 1998.

10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Portaria 344, de 12 de maio de 1998. Brasília: Anvisa: 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344-98.html>. > Acesso em: 27 jan. 2014.
11. Pereira, S.M.; Tornquist, C.S.; Relatos sobre o cytotec: um olhar de gênero sobre os discursos de homens e mulheres. Disponível em: <http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340408527_ARQUIVO_RelatosobreCytotec-SilvanaPereiraeSuziTornquist.pdf.> Acesso em: 01 fev. 2014.
12. Férrand, M. O aborto: uma condição para a emancipação feminina. Revista Estudos Feministas, Florianópolis: UFSC/CNPq, v. 16, n. 2, 2008.
13. Merino, M.F.G.L.; Marcon, S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. Rev. Bras. Enferm. V.60, n.6, 2007. Brasília. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.> Acesso em: 01 fev. 2014.
14. Miguel, D.S.; Tornquist, C.S.; Motta, F.M. “Não me sinto culpada: práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos. Diásporas, Diversidades e Deslocamentos. Ago 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278294454_ARQUIVO_TextoFG9-DeniseSoaresMiguel-CarmenSusanaTornsquist-FlaviadeMattosMotta.pdf.> Acesso em: 01 fev. 2014.
15. Cabral, A. L. L. V. *et al* .Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2014.
16. Langdon, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/wqffx/06>>. Acesso em: 01 fev. 2014.
17. Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR-2011). Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Espírito Santo. 2011. Disponível em: <http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.> Acesso em: 26 dez. 2013.
18. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento). Ranking IDHM dos Municípios 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em 26 dez. 2013.
19. Martinelli, K.G. Avaliação da Assistência Pré-natal na Microrregião de São Mateus – ES. 2013 - p.110. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

21. Souza AI; Cecatti JG; Ferreira LOC; Santos LC. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM)-IMP-Recife. *J Bras Ginecol.* 106(9): 615-624,1996.
22. Nunes MD; Madeiro A; Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Terezina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência e Saúde Coletiva;* 18(8): 2311-2318, 2013.
23. Costa, S.H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.), *Questões de saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 163-86, 1999.
24. Fusco CLB, Andreoni S e Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev. BrasEpidemiol.* São Paulo. 11(1):78-88, 2008.
25. Nunes MD; Madeiro A; Diniz D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Terezina, Piauí, Brasil. *Rev Ciência e SaúdeColetiva,* 18(8): 2311-2318, 2013.
26. Hess, RF. Women´s stories of abortion in Southern Gabon, Africa. *J TranscultNurs;* 18(41): 41-48, 2007. Disponível em:<<http://tcn.sagepub.com/content/18/1/41>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
27. Souza ZCSN, Diniz NMF, Couto TM, Gesteira SMA. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. *Acta Paul Enferm.* 23(6): 732-736, 2010.
28. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra/ES. *Rev. Bras Epidemiol;* 10(4)615-624, 2007.
29. Rabindranathan, S. Womens´s decision to undergo abortion: a study based on Delhi Clinics. *IndianJournalofGenderStudies.* Índia, 10(3): 457-473. Disponível em: <<http://ijg.sagepub.com/content/10/3/457>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
30. Nascimento FM, Bezerra RLA, Dantas MFS, Nery IS. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina-PI no período de 1996 a 2000: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery RevEnferm* 2007 set; 11(3): 472-78.
31. Ayres, JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST, AIDS entre crianças e adolescentes. Disponível em:<http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf.> Acesso em 23 jan. 2014.
32. JOINT united nationsprogramme on hiv/aids. Report on the Global HIV/AIDS. Epidemic. Genova, Switzerland, 2002.
33. Monteiro MFG, Adesse L e Levin J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. *Revista Radis – Comunicação em Saúde,* n.66 Fevereiro de 2008. Disponível em:< http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf>. Acesso em: 26 dez. de 2013.
34. Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 mar; 9(2): 42-7.

35. Chauí, M. Mãe, mulher ou pessoa: discutindo o aborto. São Paulo: Lua Nova. In: Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 9(2): 42-47, 2001.
36. Correia DS, Monteiro VGN, Egito EST e Maia EMC. Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS). 2009 jun; 30(2): 167-74.
37. Diniz, D.; Madeiro, A. Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 17(7): 1795-1804, 2012.
38. Foucault, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 13ed. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2001.
39. Agamben, G. *O que é contemporâneo? e outros ensaios*. Chapecó, Santa Catarina, Argos, 2009.
40. Ribeiro, F.R.G.; Spink, M.J.P. Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.35-49, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0712.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2014.
41. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra. 48. reimp. 2011.p.42.
42. Durán, M.L.U. Cidadania, complexidade e participação. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) *Bioética: poder e injustiça*. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.100.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento científico é sempre uma busca de articulação entre uma teoria e a realidade empírica; o método é o fio condutor para se formular esta articulação. O método tem, pois uma função fundamental: além do seu papel instrumental, é a “própria alma do conteúdo”, como dizia Lenin (1965), e significa o próprio “caminho do pensamento”, conforme a expressão de Habermas (1987) (MINAYO; SANCHES, 1993, p.240).

Nessa perspectiva, com a aplicação da metodologia qualitativa, foi possível empreender respeitáveis subsídios para refletir acerca da realidade do aborto provocado, especialmente, pelas respostas terem sido voluntárias e sem a presença de nenhuma interferência externa (de pessoas próximas às mulheres) durante as entrevistas.

Outro ponto importante do presente estudo foi sua realização em domicílio, diferente da maioria dos estudos desse tipo, que são realizados em ambiente hospitalar. Isso fez com que a pesquisadora adentrasse o retrospecto histórico das mulheres e vivenciasse as dificuldades delas, de modo especial para acessar o serviço de saúde devido à longínqua distância de sua casa, ausência de transporte sanitário para levá-las ao serviço de saúde, e ao desconhecimento de algumas acerca de questões de saúde reprodutiva, como realização de exame colpocitopatológico, ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis, corrimentos vaginais e utilização correta de contraceptivos.

Entre as limitações de natureza metodológica do estudo citam-se: o fato da modalidade de entrevista utilizada com a gravação simultânea poder, de alguma forma, constranger as entrevistadas, fazendo com que elas se sentissem expostas e, assim, respondessem as questões de forma socialmente mais aceitas, como, por exemplo, não ter condições financeiras de ter o filho; e também o prejuízo de não explorar o tema em questão com maior riqueza de detalhes, pelo pequeno tempo com as entrevistadas.

No entanto, devido à temática abordada na entrevista, à boa receptividade das mulheres no campo de pesquisa (nos seus lares!) e ao fato de elas mesmas fazerem questionamentos diferentes e tirarem dúvidas com a pesquisadora após o término

das entrevistas sobre os mais variados temas, pôde-se perceber que as respostas retratam as percepções e as vivências dessas mulheres.

Verificou-se que a pesquisa se configurou como um espaço de construção de conhecimentos, de assistência, de reflexão e de diálogo tanto para a pesquisadora como para as mulheres participantes. Uma vez que a primeira, enquanto profissional de saúde, pôde orientá-las com vistas à melhora de seu entendimento sobre seu corpo e sobre temáticas em saúde, pôde assisti-las sendo uma escuta acolhedora e oportunizou-lhes expressar um pouco da sua dor ao relatar os seus sentimentos, num sentido de desabafo, que outro profissional não permitiu que o fizesse. E as segundas se fizeram participantes ativas, colocando seus reais sentimentos nas respostas, interpelando a pesquisadora sobre suas dúvidas acerca de diversas temáticas em saúde e refletindo sobre as suas experiências de decidir de forma perene ou momentânea por interromper a gravidez.

O presente estudo pôde compreender, por meio dos depoimentos das mulheres, que suas percepções, ao decidirem por provocar um aborto, foram de imenso sofrimento e que o sentimento de culpa e arrependimento permearam e permeiam suas lembranças, em virtude do conflito existente entre suas próprias subjetividades, suas crenças, princípios religiosos e valores socialmente construídos.

Portanto, as mulheres indicaram que puderam fazer da pesquisa um ambiente de suave aprendizado, motivador e motor para o fomento de novas pesquisas sobre o tema, e ratificaram que uma assistência de qualidade à mulher em situações desafiadoras, deve ser despida de preconceitos e pressões socialmente construídas dando lugar a um espaço de diálogo entre elas, o profissional de saúde e o serviço de saúde.

Verificou-se e explanou-se que **existe um sofrimento na decisão** de interromper uma gestação e que, **ainda que não haja a perda fetal**, a mulher leva os sentimentos de culpa, tristeza e o arrependimento por muito tempo durante sua vida. Por isso é imperioso propor que, para uma saúde pública de qualidade, pautada na promoção de saúde da mulher, essa seja recebida no serviço de saúde com uma escuta ativa e que, na prática assistencial ofertada pelos profissionais de saúde, esteja uma postura que não reproduza sistemas ideológicos existentes na

sociedade, sendo, desse modo, um subsídio para ações integrais à saúde da mulher.

Em síntese, a decisão de abortar não é um problema pontual, pois está interligado diretamente a outras decisões e escolhas que as pessoas precisam fazer ao longo da vida. Erige-se como difícil pelas mulheres da pesquisa, e é carregada por uma diversidade de sentimentos, como tristeza, culpa, arrependimento, desespero, dentre outros, sentimentos esses evidenciado em muitas falas.

Outro achado dos depoimentos foi o apoio da comunidade a qual pertencem, que forneceu-lhe o suporte à decisão de interromper a gestação, seja com medicamentos, receitas caseiras e fornecimento de materiais hospitalares, como as sondas uretrais. Esse apoio social, com que a mulher compartilha sua decisão, é constituído por familiares, parceiros com laço afetivo-conjugais, amigos, comerciantes e a própria comunidade a qual ela está inserida. Com isso, no tocante à realidade das mulheres entrevistadas, percebeu-se nas falas que a decisão de abortar foi secundária a uma gravidez não planejada e, quando essa escolha levou a perda fetal, essa ocorreu em domicílio, fator que contribui negativamente para a saúde da mulher, além de cooperar para o subregistro de casos de abortamento na região.

As mulheres deste estudo utilizaram, preferencialmente, o Cytotec® como método abortivo, comprimidos por via oral e vaginal, simultaneamente, além de chás, misturas e receitas populares. Os percursos tomados pelas mulheres que decidiram provocar o aborto e utilizaram os métodos citados passam por parceiros, amigos próximos, trabalhadores de farmácia do bairro em que residem e pela própria comunidade, que oferta as práticas abortivas livremente e compõem a rede de apoio comunitário da mulher.

Pelo exposto, nota-se que as mulheres residentes na região como menor IDH do Espírito Santo encontram-se vulneráveis, desassistidas de políticas públicas que contemplem práticas preventivas de saúde reprodutiva e de serviços de contracepção, o que contribui, consideravelmente, para o aumento das gestações não planejadas, que culminam no abortamento inseguro e na assistência materna-infantil de baixa qualidade.

Este estudo não tem a finalidade de ser extrapolado para a população geral de mulheres, por razões já explicitadas. Entretanto, os resultados com essa população sugerem a necessidade de mudanças em serviços de atendimento que trabalham cotidianamente com saúde sexual e reprodutiva no SUS, especialmente aquelas que são sexualmente ativas, estão em idade fértil, são pobres e procuram os serviços públicos de saúde para receberem informações seguras e auxílio precoce e permanente. Os serviços de atendimento precisam estar preparados para atender, refratários a qualquer forma de julgamento às mulheres, evitando desfecho antagônico para elas, permitindo-lhes a conduta de consolidar a sexualidade independente do aspecto reprodutivo.

Portanto, o contexto é desafiador! Ainda persistem muitas dúvidas a respeito do universo feminino, da gravidez indesejada e do abortamento induzido para serem esclarecidos em futuros estudos, todavia, aumentar as possibilidades de se planejar a gestação e valorizar o planejamento familiar, pode ser um caminho não apenas de conhecimento ou reconhecimento, mas de opção, de decisão e de compromisso em busca do diálogo e de espaços construtivos do processo de produção humana entre homens e mulheres.

7 REFERÊNCIAS

- ABDO, C. **Estudo da Vida Sexual do Brasileiro**. São Paulo: Bregantini, 2004. p.202.
- ADESSE, L.; MONTEIRO, M.F.G.; LEVIN, J. Panorama do aborto no Brasil – grave problema de saúde pública e de justiça social. **Radis**, n.66, p.10-5, 2008.
- AGAMBEN, G. **O aberto: o homem e o animal**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2013.
- AGAMBEN, G. **O que é contemporâneo? e outros ensaios**. Chapecó, Santa Catarina: Argos, 2009.
- ALMEIDA, M.S.; BRITO, R.S.; ENDERS, B.C. Conhecimentos de universitários do sexo masculino sobre aborto provocado. **Rev Bras Enferm**. Rio de Janeiro, v.53, n.2, p.173-182, abr-jun. 2000.
- ANDRADE, A.; GUERRA, M.; ANDRADE, G.; ARAUJO, D.; SOUZA, J.P. Mortalidade Materna: 75 anos de observação em uma maternidade escola. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v.28, n.7, p. 380-387, jun. 2006.
- ARAÚJO, M.J. *apud* SOUZA, V.L.C. *et al* . O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-Am Enferm**. São Paulo, v.9, n.2, p.42-47, mar. 2001.
- AYRES, J.R.C.M. **O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST, AIDS entre crianças e adolescentes**. CRE, São Paulo. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_29_p015-024_c.pdf> Acesso em 23 jan. 2014.
- BACOCINA, D. **A cada ano, 19 milhões de abortos inseguros matam 70 mil, diz relatório**. BBC Brasil, 2007. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/reporterbbc/story/2007/05/070530_abortodb.shtml. Acesso em: 04 fev. 2014.
- BANKOLE, A.; SINGH, S.; HASS, T. Reasons Why Women have induced abortions: evidence from 27 countries. **International Family Planning Perspectives**. New York, v. 24, n.3, p.17-27, set. 1998.
- BARBOSA, R.M. *et al*. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com hiv\ aids no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 14(4): 1085-1099, ago. 2009.
- BARBOSA, R.M; ARRILHA, M. The Brazilian Experience with Cytotec. **Stud Fam Plann**, v.24, n.4, p.236-240, jul-ago 1993.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BARROSO, C. L. M.; CUNHA, M. C. **O que é aborto?** São Paulo: Cortez, 1980.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BENUTE, G.R.G.; NOMURA, R.M.Y.; LUCIA, M.C.; SUGAID, M. Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal: aspectos emocionais. **Rev. Bras.Ginecol.Obstet.**Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.10, 2006.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto,aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília-DF, 2001.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Portaria 344, de 12 de maio de 1998**. Brasília: Anvisa: 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.html> Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. **Cadernos de Informação de Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília (DF); 2006. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernosmap.htm?saude=http%3a%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2fcadernosmap.htm&botaoook=OK&obj=%24VObj>>Acesso em: 27 Jan 2014.

BRASIL. **Código Penal**.Artigos126 - 129, Decreto Lei Nº 2848 de 7 de dezembro e emendas em 1941 e 1969.

BRASIL. **Magnitude do Aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais**. Ipas Brasil/IMS-UERJ/Ministério da Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Brasília-DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao abortamento: Norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.p.36.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento: norma técnica/Ministério – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Causas de mortalidade materna em 2005**. Brasília: Datasus, 2007.

BRASIL. UnB-UERJ. **Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/livro_aborto.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2013.

BUSSAB, V. S. H.; Ribeiro, F. J. L. Biologicamente Cultural. Em M. M. P. Rodrigues, L. Souza, & M. F. Q. Freitas (Eds.), **Psicologia: reflexões (in) pertinentes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. Disponível em: <<http://pet.vet.br/puc/vera%20bussab.pdf>>. Acesso em 17 jan. 2014.

CABRAL, A. L. L. V. *et al* .Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, nov.

2011.Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2014.

CANAU, V. M. F. Diferença(s) e Educação: aproximações a partir da perspectiva intercultural. **Revista Educação On-Line**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 1-42, 2005.

CANEN, A; CANEN, A. G. Organizações multiculturais: logística na corporação globalizada. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2005.

CCR(COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO). Novo guia da OMS sobre aborto seguro e a situação do aborto no Brasil.[Editorial].Disponível em: <<http://ccr@ccr.org.br>>. Acesso em: 08 mai. 2013.

CHAUÍ, M. Mãe, mulher ou pessoa: discutindo o aborto. São Paulo: Lua Nova. In: Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Beserra MA. O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n.2, p.42-47, 2001.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

COMITTEE on the elimination of discrimination against women.General recommendation n.24(20th session, 1999)-article 12: women and health. Disponível em:

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom24>>.Acesso em: 27 dez. 2013.

CONCORNE, M.H.V.B. **Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas**. In: A pesquisa e a ética. Guerriero, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S. ZICKER, F. (Org.). São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2008. 308p.

CORREIA, D.S.; MONTEIRO, V.G.N.; EGITO, E.S.T.; MAIA, E.M.C. Aborto provocado na adolescência: quem o praticou na cidade de Maceió, Alagoas, Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.30, n.2,p.167-74, jun. 2009.

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

COSTA, S.H. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (orgs.), Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 163-86, 1999.

COUNCIL for international organizations of medical sciences (CIOMS).International ethical guideline for biomedical research involving human subjects, guideline 13.Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.ciomc.ch>>. Acesso em: 23 mai. 2013.

DINIZ, D.; ALMEIDA, M. Bioética e Aborto. **Rev. Iniciação em Bioética**. p. 125 – 137. Disponível em:<<http://www.pos.ajes.edu.br>>. Acesso em 21 de mai. 2012.

DINIZ, D.; MADEIRO, A. Cytotec e Aborto: a polícia, os vendedores e as mulheres. **Rev.Ciência e Saúde Coletiva**,v.17,n.7, p.1795-1804, 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Rev.Cienc. Saude Colet.**, v.15, supl.11, p.959-966, 2010.

DURÁN, M.L.U. Cidadania, complexidade e participação. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.100.

ECONOMIC and social council. Report to the Commision on Human Rights: the rights to sexual and reproductive health. 2004. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/issues/health/right/annual/htm>>.Acesso: 20 de dez. 2013.

FARFÁN, E. **O corpo feminino como espaço público: o aborto e o estigma social no Brasil**. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 7., 2006, Florianópolis. Anais eletrônicos.Florianópolis,2006. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/E/Elizabeth_Farfan_11.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2014.

FÉRRAND, M. O aborto: uma condição para a emancipação feminina. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis: UFSC/CNPq.,v. 16, n. 2, 2008.

FERREIRA ABH, FERREIRA MB, ANJOS M. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**, 3.ed. atual., Curitiba: Ed. Positivo, 2004.

FONSECA, W.; MISAGO, C.; FREITAS, P.; SANTOS, E.; FERNANDES, L.; CORREIA, L. Características sócio-demográficas, reprodutivas e médicas de mulheres admitidas por aborto em hospital da Região Sul do Brasil. **CadSaude Publica**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.279-286,1998.

FONSECA, W; MISAGO, C.; CORREIA, L.L.; PARENTE, J.A.M; OLIVEIRA, F.C. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidade da região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**,São Paulo, v.30, n.1, p.13-18, 1996.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no College de France (1975-1976). 3.ed.São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 14.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 25.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50.ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011, p.42.

FUSCO, C.L.B.; ANDREONI, S.; SILVA, R.S. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza – Favela Inajar de Souza, São Paulo. **Rev. BrasEpidemiol**. São Paulo, v.11, n.1, p.78-88, 2008.

GALLI, B. **Aborto e Direitos Humanos: o impacto da criminalização do aborto na saúde e na vida das mulheres no Brasil**[S.l.: s.n.] 2007. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/aborto_e_DH_BG07.doc> Acesso em: 26 dez. 2013.

GANDIN, L.A.; HYPOLITO, A.M. Dilemas do nosso tempo: globalização, multiculturalismo e conhecimento. Rio Grande do Sul, Brasil. Entrevista com Boaventura de Souza Santos. **Currículo sem Fronteiras**, v.3,n.2, pp.5-23, jul.–dez. 2003.

GARCIA, T.R. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. 256p. Tese (doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1996.

GARRAFA, V. Bases Conceituais da bioética: enfoque latino-americano. Capítulo III: Multi-Inter-Transdisciplinaridade, complexidade e totalidade concreta em bioética. Bioética. Volnei Garrafa, Miguel Kottow, AlyaSaada(Org.). São Paulo: Gaia, 2006.

GARRAFA, V. Bioética.In: Giovanella, L.; Escorel,S., Lobato; L.V.C., Noronha; J.C; Carvalho, A.I.(Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.p. 853-869.

GARRAFA, V. Introdução à Bioética - AnIntroductiontobioethics. **Revista do Hospital Universitário UFMA**.São Luís - MA, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of Power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

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

GOMES, I.S. **Vivências e Adolescentes e Jovens frente ao processo abortivo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem. UFPI, 2011.

GUTTMACHER, instituto. **Aborto a nível mundial: uma década de progresso desigual**. Disponível em: <<http://www.guttmacher.org/pubs/abortos-a-nivel-mundial.pdf>> Acesso em: 02 mai. 2013.

HABERMAS, J. **O futuro da natureza humana: a caminho de uma eugenia neoliberal?** Trad. Karina Jannini, ver. de trad. Eurides Avance de Souza, 2.ed. São Paulo: editora WMF Martins Fontes, 2010.

HARDY, E.; ALVES, G. Complicações pós-aborto provocado: fatores associados. **Cad SaudePublica**. Rio de Janeiro,v.8, n.2, p.454-458, 1992.

HESS, R.F. Women's stories of abortion in Southern Gabon, Africa. **J TranscultNurs**, v.18, n.41, p.41-48, 2007. Disponível em:<<http://tcn.sagepub.com/content/18/1/41>>. Acessoem: 10 dez. 2013.

HOLLANDER, D. Although abortion is highly restricted in Cameroon, It is not uncommon among Young Urban Women. Guttmacher Institute. **International Family Planning Perspectives**, vol.29,n.1., p.49-50, Mar., 2003. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/3181002>. Acesso em: 10 dez. 2013.

HOONAARD, W.C.V.D. **A explosão da bolha: relações entre pesquisador e participantes pesquisados**. In: Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. Guerriero, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S. ZICKER, F. (Org.). São Paulo : Aderaldo &Rothschild, 2008. 308p.

JBDALS (Jornada Brasileira pelo Direito ao Aborto Legal e Seguro). **Dados sobre aborto**. Estimativa elaborada por Ipas Brasil/IMS-UERJ, 2007 e 2009 baseadas nas internações por aborto no SUS e na taxa bruta de natalidade do IBGE. Recife, 2011.p.26-27.

JOINT united nationsprogramme on hiv/aids. Report on the Global HIV/AIDS. Epidemic.Genova, Switzerland, 2002.

JONES, R.K.; FROHWIRTH, L.F.; MOORE, A.M. "I would want to give my child, like, everything in the word": How issues of motherhood influence women who have abortions. **Journal of Family Issues**.New York (Guttmacher Institute), v.29, n.1, p.79-98, 2007.Disponível em:<<http://jfi.sagepub.com/content/29/1/79>> Acesso em: 10 dez. 2013.

KOTTOW, M.H. Bases Conceituais da bioética: enfoque latino-americano. Capítulo I: Bioética prescritiva. Volnei Garrafa, Miguel Kottow, AlyaSaada(Org.); São Paulo: Gaia, 2006.

KOTTOW, M.H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.72.

LANGDON, E. J. Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana. In: SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/wqffx/06>> Acesso em: 01 fev. 2014.

LIMA, B.G.C. Mortalidade por causas relacionadas ao aborto no Brasil: declínio e desigualdades espaciais. **RevPanamSaludPubl**, v.7, n.3, p.168-172, 2000.

LOURO, G.L.; WEEKS, J; BRITZMAN, D.;HOOKS, B.; PARKER, R., BUTLER, J. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Louro, G.L(Org.). 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica,2000.

MACKLIN, R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.66.

MARIUTTI, M.G.; FUREGATO, A.R.F. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.2,abr. 2010.

MARTINELLI, K.G. Avaliação da Assistência Pré-natal na Microrregião de São Mateus – ES. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2013.

MARTINS, R.**Uruguai aprova lei do aborto**. DN GLOBO. Disponível em: <http://www.dn.pt/inicio/globo/interior.aspx?content_id=2837132&seccao=EUA%20e%20Am%E9ricas>. Acesso em:24 jan. 2014.

MERINO, M.F.G.L.;MARCON, S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Rev. Bras. Enferm**, v.60, n.6, 2007. Brasília. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 01 fev. 2014.

MIGUEL, D.S.; TORNQUIST, C.S.; MOTTA, F.M. "Não me sinto culpada: práticas contraceptivas e aborto em grupos populares urbanos." **Diásporas, Diversidades e Deslocamentos**. Ago 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278294454_ARQUIVO_TextoFG9-DeniseSoaresMiguel-CarmenSusanaTornsquist-FlaviadeMattosMotta.pdf> Acesso em: 01 fev. 2014.

MINAYO, M.C.S; SANCHES, O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul./set., 1993.

MONTEIRO, M.F.G.; ADESSE, L.; LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. **Revista Radis – Comunicação em Saúde**, n.66 Fevereiro de 2008. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2013.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MOREIRA, A. F. B. Currículo, diferença cultural e diálogo. *Educação & Sociedade*, ano XXIII, n. 79, ago./2002.

MOTT, L. **Antropologia, teorias da sexualidade e direitos humanos dos homossexuais**. 2012. Disponível em: <periodicos.ufrn.br/bagoas/article/download/2252/1685> Acesso em: 17 jan. 2014.

NAÇÕES Unidas. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU**. Nova York. 2006. Disponível em: <www.objetivosdomilenio.org.br> Acesso em: 07 jan. 2014.

NADER, P.R.A.; BLANDINO, V.R.P.; MACIEL, E.L.N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra/ES. **Rev. BrasEpidemiol**; v.10,n.4, p.615-624, 2007.

NASCIMENTO, F.M.; BEZERRA, R.L.A.; DANTAS, M.F.S.; NERY, I.S. Perfil da mortalidade materna em maternidade pública de Teresina-PI no período de 1996 a 2000: uma contribuição da enfermagem. *Esc Anna Nery*, **RevEnferm**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.472-78, set. 2007.

NERI, D. Questões filosóficas na pesquisa com células-tronco: uma perspectiva europeia. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004.p.163-170.

NERY, I. S; *et al.* Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. **Rev. Enferm. UERJ**; v.14, n.1, p.67-73, jan. 2006.

NUNES, M.D.; MADEIRO, A.; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Terezina, Piauí, Brasil. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.8, p.2311-2318, 2013.

OBSERVATORIO género y equidad. **Uruguay: no registra muertes por aborto desde que es legal.** Disponível: <<http://www.observatoriogeneroyequidad.cl/index.php/bloc-mainmenu-9/26-novedades/7164-uruguay-no-registra-muertes-por-abortodesde-que-es-legal.>> Acesso 31 jan. 2014

OLINTO, M. T. A.; MOREIRA-FILHO, D. C. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 365-75, fev. 2006.

OLIVEIRA, I.B. Contribuições de Boaventura de Souza Santos para a reflexão curricular: princípios emancipatórios e currículos pensados/praticados. **Rev.E-curriculum**. v.9, n.2, 2012. Disponível em: <[http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/10984/8104.](http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/10984/8104)> Acesso em: 05 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). International Women's Health Coalition. Abortamento Seguro: orientação técnica e política para os sistemas de saúde. Campinas, SP: Cemicamp, 2004.

PAGANI, L.P.F; OLIVEIRA, A. A. S. de. O cumprimento dos Direitos Humanos pelo Estado Brasileiro: o caso do aborto como problema de saúde pública. **R. Pol. Pub.**, São Luiz, v.15, n.2, p.233, jul./dez.2011.

PEDROSA, I.L.; GARCIA, T.R. "Não vou esquecer nunca!": A experiência feminina com o aborto induzido. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.50-58, dez. 2000.

PEGORARO, O.A. Uma justificativa ética para a clonagem humana. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.153-154.

PEREIRA, S.M.; TORNQUIST, C.S.; **Relatos sobre o cytotec: um olhar de gênero sobre os discursos de homens e mulheres.** Disponível em: <[http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340408527_ARQUIVO_RelatosobreCytotec-SilvanaPereiraeSuziTornquist.pdf.](http://www.encontro2012.historiaoral.org.br/resources/anais/3/1340408527_ARQUIVO_RelatosobreCytotec-SilvanaPereiraeSuziTornquist.pdf)> Acesso em: 01 fev. 2014.

PEREIRA, V.N.; OLIVEIRA, F.A.; GOMES, N.P.; COUTO, T.M.; PAIXÃO, G.P.N. Abortamento Induzido: vivência de mulheres baianas. **Rev. Saúde Soc.**, v.21, n.4, p.1056-1062, 2012.

PLANO Diretor de Regionalização da Saúde (PDR-2011). Governo do Estado do Espírito Santo. Secretaria de Estado da Saúde. Espírito Santo. 2011. Disponível em: <[http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf.](http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanodiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf)> Acesso em: 26 dez. 2013.

POTTER, V.R. **Bioethics: bridge to the future**. EnglewoodCliffs: Prentice-Hall, 1971.

PRADO, D. **O que é aborto**. 4.ed.São Paulo: brasiliense, 1991. 89p.

PROGRAMA das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Ranking IDHM dos Municípios 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>> Acesso em: 26 dez. 2013.

RABINDRANATHAN, S. Womens's decision to undergo abortion: a study based on Delhi Clinics. **IndianJournalofGenderStudies**. Índia, v.10, n.3, p.457-473. Disponível em: <<http://ijg.sagepub.com/content/10/3/457>>. Acesso em: 10 dez. 2013.

RAMOS, D.L.P. **Bioética: pessoa e vida**. São Caetano do Sul, São Paulo: Difusão Editora, 2009. 374p.

RAMOS, K.S.; FERREIRA, A.L.C.G.; SOUZA, A.I. Mulheres hospitalizadas por abortamento em uma Maternidade Escola na cidade do Recife, Brasil. **Rev. Escola de Enf. da Usp**. São Paulo, v.44, n.3, set. 2010.

RIBEIRO, F.R.G.; SPINK, M.J.P. Estratégias retóricas na controvérsia moral sobre a legalização do aborto: o caso da anencefalia no Brasil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.35-49, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0712.pdf>> Acesso em: 01 fev. 2014.

SANDEL, M. J. **O que é fazer a coisa certa?** Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2011.

SANDI, S.F.; BRAZ, M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. **Revista Bioética**, Brasília, v.8, n.1, jun. 2010.

SANTOS, A.L.D.; ROSENBERG, C.P.; BURALLI, K.O. Histórias de Perdas Fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.268-276, 2004.

SANTOS, B.S. Poderá o direito ser emancipatório? **Rev. Crítica de Ciências Sociais**. V.65, p.3-76, May 2003:. Disponível em :<http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/pdfs/podera_o_direito_ser_emancipatorio_RCCS65.PDF> Acesso em: 05 fev. 2014.

SANTOS, V.C.; ANJOS, K.F.; SOUZA, R.; EUGÊNIO, B.G. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública. **Rev. bioét.** (Impr.), v.21, n.3, p. 494-508, 2013.

SCHMIDT, M.L.S. **Aspectos éticos nas pesquisas qualitativas**. In: Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde. Guerriero, I.C.Z.; SCHMIDT, M.L.S. ZICKER, F. (Org.). São Paulo : Aderaldo & Rothschild, 2008. 308p.

SCHRAMM, F.R. A clonagem humana: uma perspectiva promissora? In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.188-189.

SCHRAMM, F.R.; BRAZ, M [org.]. **Bioética e Saúde: novos tempos para mulheres e crianças?** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2005. Resenha de: ZABOLI, E.L.C.P. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.2, fev.2006.

SEDGH, G.; SINGH, S.; SHAH, I.H.; AHMAN, E.; HENSHAW, S.K; BANKOLE, A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **TheLancet**, v.379, n.9816, p.625-632, fev. 2012.

SEMINÁRIO sobre universalidade dos direitos humanos e bioética, 1, 2013. Palestra proferida por Aline Albuquerque. Vitória: Faculdade de Direito de Vitória (FDV), mai. 2013.

SERRÃO, D. O estatuto moral do embrião: a posição do conselho europeu. In: GARRAFA, V.; PESSINE, L. (Org.) **Bioética: poder e injustiça**. 2.ed.São Paulo: Edições Loyola, 2004, p.153-154.

SINGH, S. & WULF, D. Estimating abortions levels in Brazil, Colombia and Peru, using hospitals admissions and fertility survey data.**Int. Fam. Plan. Persp.**,v.17, n.1, p.8-13, 1991.

SOUZA,Z.C.S.N.; DINIZ, N.M.F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.4, p.742-750, 2011.

SOUZA, A.I.; CECATTI, J.G.; FERREIRA, L.O.C.; SANTOS, L.C. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM)-IMP-Recife. **J BrasGinecol**, v.106, n.9, p.615-624,1996.

SOUZA, V.L.C.; CORRÊA, M.S.M.; SOUZA, S.L.; BESERRA, M.A. O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p.42-47, 2001.

SOUZA, Z.C.S.N.; DINIZ, N.M.F.; COUTO, T.M.; GESTEIRA, S.M.A. Trajetória de mulheres em situação de aborto provocado no discurso sobre clandestinidade. **Acta Paul Enferm**, v.23, n.6, p.732-736, 2010.

VERARDO, M. T. **Aborto — um direito ou um crime?** 4ed.São Paulo: Editora Moderna, 1995, p.88.

WORLD Health Organization (WHO).**Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent_health/documents/9241593784/en/index.html.> Acesso em: 02 mai. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA ENTREVISTA ABERTA.

Perguntas de Aquecimento

1. Qual a sua idade?
2. Você estuda? Que série?
3. Você trabalha atualmente?
4. E a família? Tem irmãos?
5. Atualmente, relaciona-se com alguém? É namorado, marido, parceiro, companheiro?
6. Qual a idade dele?
7. Ele trabalha?

Perguntas sobre a Decisão e os Sentimentos vividos

1. Por que decidiu fazer um aborto? Fale um pouco sobre essa decisão.
2. O que passou na sua cabeça naquele momento? O que você sentiu?
3. Você contou para alguém? Quem?
4. E hoje, o que você sente quando pensa nesse assunto?

Perguntas sobre o caminho, práticas e redes de apoio social.

1. Você estava querendo engravidar ou aconteceu sem querer? Conte sobre isso.
2. Você contou ao seu parceiro sobre a gravidez? Ele queria a gravidez?
3. O que levou você a abortar?
4. Como você abortou?
5. Você faria novamente? Por quê? Você indicaria para alguém? Por quê?
6. Poderia deixar uma mensagem para as mulheres.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “A EXPERIÊNCIA DE MULHERES E A DECISÃO PELO ABORTO PROVOCADO EM UMA REGIÃO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, BRASIL”. A principal razão deste estudo é tentar saber os sentimentos, percepções e experiências vividas na decisão de abortar. Caso você participe, haverá uma entrevista com perguntas sobre essa questão. Essa conversa será gravada para que eu consiga melhor lembrar o que foi dito. É muito importante que você saiba que tudo o que for conversado é confidencial e em nenhum momento haverá sua identificação (seu nome não ficará gravado e nem aparecerá em nenhum momento do estudo, assim como nada será anotado, preservando sua identidade). Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer grande desconforto ou risco à sua vida. Essa entrevista não faz parte do seu atendimento na unidade de saúde do seu bairro, por isso, sinta-se à vontade para participar ou não. Além disso, você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Você também poderá obter esclarecimentos de dúvidas em outros momentos com a pesquisadora pelo telefone (27)99801-1620 e, ainda, informações sobre a autorização da pesquisa no Centro de Ciências da Saúde localizado à Av. Marechal Campos, Maruípe, Vitória/Espírito Santo. Obrigada pela sua colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas, referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura da voluntária

Assinatura da Pesquisadora

Núbia Milanez

(nubiamilanez@gmail.com ou 288121 6520)

(contato do orientador: adautoemmerich@terra.com.br)

_____ -ES, ____/____/_____.

ATENÇÃO! Em caso dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Marechal Campos, 1468 – Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES Tel: 3335 7211 E-mail: cep@ccs.ufes.br

APÊNDICE C – CONSTRUINDO AS CATEGORIAS

	E1DIANA	E2 MINERVA	E3 VESTA	E5HERA	E7CERES	E8PERSEFONE	E9 AFRODITE
DECISÃO	Relacionamento com homem casado. Era muito nova.	Raiva. Frustrada. Parceiro não queria o filho.	Desespero. Depressão. Não tinha condições de criar sozinha. Parceiro achou que filho não era dele.	Medo. Induzida por familiar (padrasto).	Não aceitação de família (Mãe e pai).	“Aonde eu iria com aqueles filhos? ”	Não aceitação de família (Mãe e pai) e relacionamento conflituoso com familiares do parceiro.
O que passou na sua cabeça naquele momento	De tirar mesmo, tomar remédio e só.	...não pensava muito não.	Nada. A minha intenção era só que ele saísse. Remorso nenhum.	Raiva, porque ele (parceiro) não queria assumir.	“Se eu chegasse de barriga em casa, eu não entrava dentro de casa.”	...eu pavorei,.. eu só sentia mesmo, vontade mesmo de conseguir tirar a criança.	“...achei que eu ia morrer.”
O que você sentiu	Mal...Deprimida....Até hoje não me sinto bem...foi uma das piores coisas que já fiz.	Decidida em abortar... Momento de susto...	Nada. Nada. Aquele vazio.	Silêncio.	Mal..	Medo. Apavoro.	Não senti nada.
Para quem contou	Contei para um monte de gente.Familiares, amigos...	Família dele todinha.	Não escondi de ninguém.	Não.	Para o parceiro.	Para o parceiro.	Familiares, exceto pai.
Hoje quando você pensa nesse assunto, o que você pensa sobre	é muito ruim. É uma sensação ruim	Arrependimento.	Angústia. Choro. Pede perdão ao filho e a Deus.	“Já passou. Ta grande”	Arrependimento.	Arrependimento. Tristeza.	Arrependimento. Tristeza.
você estava querendo engravidar ou aconteceu mesmo sem querer	Sem querer.	Sem querer.	Sem querer.	Sem querer.	Sem querer.	Sem querer.	Sem querer.
O que mais te levou mesmo para fazer o aborto	Falta de condições financeiras.	Medo de ser mãe solteira.	Falta de condições financeiras e falta de aceitação por parte do parceiro.	O padrasto e porque eu era menor de idade.	Falta de aceitação da família.	Falta de condições financeiras.	Falta de aceitação por parte do parceiro.
você faria novamente	Não. Porque até hoje a sensação que eu tenho é horrível assim.	Não, é ruim! Porque eu gostei de ser mãe...	Não...tem tanto meio de evitar...	Não.	Não. ..Morro de dó...	Hoje não...	Não faria hoje porque, acho que é uma coisa que eu vou levar pro resto da minha vida, que vai ficar pra sempre até quando eu morrer.
Você indicaria para alguém	Não, de maneira alguma, nem nas mesmas condições; a criança não tem culpa,	Não, porque isso é uma vida	Nunca.	Não.	eu num indico isso pra ninguém não..	Não jamais. que a pessoa tem vontade ali na hora, pensa em fazer, mas depois ele vai arrepender	num daria esse conselho pra ninguém abortar não. Num tem culpa de nada, num pediu pra vim,
Métodos/caminhos	Foi ele (parceiro) que comprou o remédio até. Tomei o remédio, senti dores, parto normal	eu peguei, tomei o remédio,	eu tomei muita coisa, tomei bucha paulista, cachaça	meu padrasto que eu falei agora...pra eu tomar o remédio,		tomei um monte de remédio,	umex cunhado, que ele conseguiu um remédio. O Citotec. Eu...ele trouxe

			<p>com sal, até sonda ne mim que enfiei. Eu ganhei, porque uma colega minha trabalha na farmácia, aí eu pedi ela, aí ela trouxe. Eu usei tudo, ...o último que eu ia tomar, que na hora aí me deu aquela angústia, e eu não tomei com ele na minha mão, foi o citotec.</p>	<p>só que eu não tomei.</p>		<p>caseiro, mas tudo mato, tudo ruim e forte.</p> <p>Num cheguei a tomar esse tal de Citotec,</p>	<p>para mim, eu tomei, injetei dois e tomei dois. Só que o aborto não aconteceu na hora que eu tomei, o aborto aconteceu de noite.</p> <p>É...sangrei e abortei em casa mesmo.</p> <p>Quando eu vi que tinha um bolo dentro da minha barriga, abaixei e fiz força e saiu o feto.</p> <p>Dois pela boca e dois injetado. Na vagina</p>
--	--	--	--	-----------------------------	--	---	---

ANEXO

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTEXTUALIZAÇÃO DOS OLHARES DO IDEÁRIO PLURAL FEMININO: OS REFLEXOS NA VIDA SOCIAL.

Pesquisador: Núbia Milanez

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15221313.2.0000.5080

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 317.407

Data da Relatoria: 26/06/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa busca compreender as vivências de mulheres, assistidas no serviço público de saúde brasileiro, pertencentes à Microrregião de São Mateus/Espírito Santo, com foco nos contextos social e familiar da mulher que declarou ter abortado em quaisquer gestações. Independentemente de análise política, legal, conceitual ou de resultados que possam ser encontrados, procurar-se-á discutir a realidade da mulher acolhida no serviço de saúde, na família e na sociedade por meio do confronto com suas reflexões e considerações acerca da interrupção precoce da gestação, alvitrando a singularidade da vida humana e as experiências vivenciadas por mulheres no Sistema Único de Saúde para melhorar a qualidade da resposta assistencial, expandir a discussão e reflexão sobre o tema, contribuindo também para evitar desfechos declinantes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a realidade das mulheres pertencentes à Microrregião de São Mateus/Espírito Santo que declararam ter abortado em quaisquer gestações.

Objetivo Secundário:

Identificar os contextos femininos e suas experiências no âmbito de sua existência, revelando reflexões no ideário plural de cada mulher. Analisar os contextos sócio-demográficos das mulheres

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITÓRIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 317.407

da Microrregião de São Mateus/Espírito Santo em relação ao aborto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são mínimos, pois as mulheres serão entrevistadas com base em um roteiro semi-estruturado, que teve como base um instrumento validado internacional: denominado London Measure of Unplanned Pregnancy, que está sendo validado nacionalmente (anexo B) pela Dra. Ana Luiza Vilela Borges (Universidade de São Paulo). Este instrumento abarca questões que envolvem as circunstâncias e os sentimentos no momento em que a mulher ficou grávida. Importante mencionar que este instrumento validado tem perguntas objetivas e o construído por este estudo possuem perguntas abertas para a análise compreensiva dos discursos dos sujeitos.

Benefícios:

Poder-se-á viabilizar um olhar específico e integral para a saúde da mulher, na busca de qualificar a assistência à sua saúde, promovê-la em âmbito interdisciplinar e evitar desfechos declinantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante, com foco nos contextos social e familiar da mulher que declarou ter abortado em quaisquer gestações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram atendidas as recomendações de:

- Adequar cronograma.
- Apresentar TCLE como item obrigatório.

Recomendações:

Atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1458

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br