



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

JAMILE GUERRA FONSECA

**ITINERÁRIOS ABORTIVOS DE MULHERES: UM RECORTE
GEOGRÁFICO NO ESTADO DA BAHIA**

**SALVADOR
2018**

JAMILE GUERRA FONSECA

**ITINERÁRIOS ABORTIVOS DE MULHERES: UM RECORTE
GEOGRÁFICO NO ESTADO DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa: Cuidado à Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

**SALVADOR
2018**

Fonseca, Jamile Guerra

Itinerários abortivos de mulheres: um recorte geográfico no Estado da Bahia / Jamile Guerra Fonseca. - Salvador, 2018.
128f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)
Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2018.

1. Aborto. 2. Itinerários abortivos. 3. Gênero. 4. Saúde da mulher
I. Cardoso Coelho, Edméia de Almeida . II. Título

JAMILE GUERRA FONSECA

**ITINERÁRIOS ABORTIVOS DE MULHERES: UM RECORTE GEOGRÁFICO NO
ESTADO DA BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa: “Cuidado a Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicoraciais”, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 31 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA



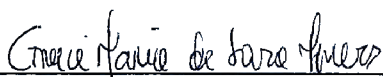
Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia



Maria Natália Pereira Ramos

Doutora em Psicologia Clínica Intercultural. Professora da Universidade Aberta de Lisboa



Greice Maria de Souza Menezes

Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora da Universidade Federal da Bahia



Mirian Santos Paiva

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia



Mariza Silva Almeida

Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Esta pesquisa é dedicada a todas as mulheres que já precisaram realizar um aborto provocado, independente das circunstâncias. Em especial, aquelas que confiaram a mim a sua fala; o seu segredo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer...

Primeiramente a Deus, ao Universo e a todas as Forças e Guias de Luz Superiores e do Bem, que me orientam durante a minha caminhada. Que me deram consolo nos momentos árduos e que trouxeram sossego e paz, nos meus dias mais felizes durante o curso. Gratidão, Paz e Luz são as palavras de ordem na vida.

Agradeço a minha rede de apoio, formada por minha família, em especial a minha mãe e ao meu pai, que são motivo e incentivo para continuação da jornada. Por eles e para eles, todo meu carinho, respeito, amor e eterna gratidão.

À minha rede de apoio, formada por pessoas queridas as quais nem sempre estão perto fisicamente, mas que são companheiras e companheiros de luta, de compartilhamento de momentos alegres, e de vínculo fraterno, o que fortalece em nós o conceito de amizade verdadeira.

A todas as pessoas que conviveram comigo durante o curso, colegas, professoras(es), alunas(os) e que me ensinaram grandiosas lições de vida, a partir de experiências vivenciadas coletivamente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por ter me selecionado como doutoranda e ter proporcionado a convivência e o compartilhamento de saberes. Agradeço a toda a equipe, desde servidores técnicos até docentes e equipe da coordenação.

Ao Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado pelo espaço de convívio, compartilhamento de saberes e estímulo à produção científica.

Agradeço sobretudo, a minha orientadora, Profa. Edmeia por aceitar a minha orientação e a minha coorientadora, Profa. Natália por me receber e colaborar por ocasião da pesquisa fora do Brasil.

AGRADECIMENTO À CAPES

À CAPES, pelo apoio financeiro à pesquisa em parte do curso e na concessão para período do doutorado-sanduiche em Portugal que contribuiu significativamente para construção e desenvolvimento dessa pesquisa.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Por ter aceito a minha orientação, pela parceria firmada na construção da tese, pelo estímulo a sempre fazer o melhor possível, pela dedicação, sabedoria, ética, paciência na condução dos trabalhos. Agradeço, ainda, pela amizade construída e por todos os momentos de compreensão e zelo. A oportunidade de convivência, com o seu saber e comprometimento profissional, fez a minha admiração aumentar e tê-la como exemplo! Gratidão.

RESUMO

FONSECA, Jamile Guerra. **Itinerários abortivos de mulheres: um recorte geográfico no Estado da Bahia**. 2018 . 128 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

A gravidez não planejada e o desfecho em aborto é realidade em todo o mundo. Países de leis restritivas como o Brasil levam mulheres à construção clandestina de itinerários abortivos e as expõem a risco, causando impacto na mortalidade materna. Esta pesquisa teve como objetivos: Descrever a construção dos itinerários abortivos de mulheres em cidades da Bahia; e analisar a experiência vivenciada por mulheres em itinerários abortivos, segundo a realidade social em que estão inseridas. Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida em três municípios de pequeno, médio e grande porte. Participaram da pesquisa 18 mulheres. O material empírico foi produzido em 2017, por entrevista; cartas eletrônicas e áudios via whatsapp, os últimos sugeridos pelas mulheres. Foi utilizada a técnica de *Bola de Neve* para acesso às mulheres, a partir da rede social informal da pesquisadora. O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, utilizando gênero como categoria analítica. As normas da Resolução 466/12 foram atendidas, e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer número 2.161.994. Os resultados reafirmaram o aborto como problema de saúde pública, revelaram disparidades sociais e de gênero e negação de direitos reprodutivos. As reações à gravidez foram similares entre as mulheres dos três municípios bem como os fatores que participaram da decisão pelo aborto: sociais, econômicos e culturais diante de insegurança quanto à aceitação pela família e não apoio do parceiro. Buscaram meios e métodos abortivos com amigas e/ou parceiro, conseguindo com erveiros, balconistas de farmácias ou funcionários/as de hospitais. As ervas foram utilizadas nos três municípios, e somente mulheres do município de grande porte buscaram clínicas particulares e casa de aborteira. O cytotec foi utilizado com êxito, com pouca necessidade de finalizar o abortamento em hospital. No município de médio porte, destacam-se métodos invasivos que expuseram as mulheres a risco de morte. Nos serviços de saúde, a atenção se deu sob juízos de valor, caracterizando violência obstétrica. Clínicas particulares ofereceram ações técnicas, resolutivas, mas sem garantias de acolhimento da mulher. No período pós-aborto, houve exacerbação de valores morais que geraram culpa, arrependimento, remorso e sofrimento na maioria das mulheres dos três municípios. O parceiro presente em algumas situações quase sempre desfez o relacionamento após o aborto, colocando a mulher em abandono afetivo. É preciso que sejam efetivadas políticas de saúde na direção do planejamento reprodutivo, bem como para evitar a recorrência de aborto; educação em saúde com problematização de realidades e de desigualdades de gênero com jovens nas escolas e na rede de saúde com usuárias, bem como elaboração de estratégias de cuidado pelas equipes de saúde, que protejam as mulheres de danos físicos e emocionais. Sugerimos que o Ministério da Saúde invista em capacitações profissionais, de modo a superar paradigmas que criminalizam o aborto e revise leis com relação ao aborto no Brasil, na perspectiva de respeitar os direitos reprodutivos das mulheres e sua cidadania.

Palavras-chave: Aborto; Itinerários abortivos; Gênero; Saúde da mulher

ABSTRACT

FONSECA, Jamile Guerra. **Abortion routes for women: a geographic cut in the state of Bahia**. 2018. 128 f. Thesis (Doctorate). School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, 2018.

Unwanted pregnancy and the abortion outcome is a reality all over the world. Countries with restrictive laws like Brazil lead women to the clandestine construction of abortive itineraries and expose them to risk, causing impact on maternal mortality. This research had the following objectives: To describe the construction of abortive routes for women in Bahia cities; and analyze the experience experienced by women on abortion itineraries, according to the social reality in which they are inserted. This is a qualitative research, developed in three small, medium and large cities. 18 women participated in the study. The empirical material was produced in 2017, per interview; electronic letters and aussies via whatsapp the latest ones suggested by women. The snowball technique was used to access women from the informal social network of the researcher. The empirical material was analyzed by the discourse analysis technique, using gender as an analytical category. The norms of Resolution 466/12 were met and the project was approved by the Research Ethics Committee, opinion number 2,161,994. The results reaffirmed abortion as a public health problem, revealed social and gender disparities, and denial of reproductive rights. Reactions to pregnancy were similar among women in the three municipalities as well as factors that participated in the abortion decision: social, economic and cultural in the face of insecurity about family acceptance and not partner support. They searched for abortive methods and methods with friends and / or partners, achieving with herbalists, pharmacy clerks or hospital employees. The herbs were used in the three municipalities and only women from the large municipality sought private clinics and abortion homes. The cytotec was successfully used, with little need to finish the abortion in hospital. In the medium-sized municipality, invasive methods that expose women to death risk are highlighted. In the health services the attention was given under value judgments, characterizing obstetric violence. Private clinics offered technical, resolute actions, but without guarantee of the reception of the woman. In the post-abortion period there was an exacerbation of moral values that generated guilt, regret, remorse and suffering in the majority of women in the three municipalities. The partner present in some situations almost always disrupted the relationship after the abortion, putting the woman in abandonment affective. Health policies need to be implemented in the direction of reproductive planning, as well as to avoid recurrence of abortion; health education with problematization of realities and gender inequalities with young people in schools and in the health network with users, as well as the elaboration of strategies of care by health teams that protect women from physical and emotional damages. We suggest that the Ministry of Health invest in professional training to overcome paradigms that criminalize abortion and to revise abortion laws in Brazil, with a view to respecting the reproductive rights of women and their citizenship.

Keywords: Abortion; Abortive routes; Genre; Women's Health

RESUMEN

FONSECA, Jamile Guerra. **Itinerarios abortivos de mujeres: un recorte geográfico en estado de Bahía.** 2018. 128 f. Tesis (Doctorado). De la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2018.

El embarazo no deseado y el desenlace en el aborto es real en todo el mundo. Los países de leyes restrictivas como Brasil llevan a las mujeres a la construcción clandestina de itinerarios abortivos y las exponen a riesgo, causando impacto en la mortalidad materna. Esta investigación tuvo como objetivos: Describir la construcción de los itinerarios abortivos de mujeres en ciudades de Bahía; y analizar la experiencia vivida por mujeres en itinerarios abortivos, según la realidad social en que están insertadas. Se trata de una investigación cualitativa, desarrollada en tres municipios de pequeño, mediano y grande porte. Participaron de la encuesta 18 mujeres. El material empírico fue producido en 2017, por entrevista; cartas electrónicas y estudios vía whatsapp los últimos sugeridos por las mujeres. Se utilizó la técnica de bola de nieve para acceder a las mujeres, a partir de la red social informal de la investigadora. El material empírico fue analizado por la técnica de análisis de discurso, utilizando género como categoría analítica. Las normas de la Resolución 466/12 fueron atendidas y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, opinión número 2.161.994. Los resultados reafirmar el aborto como problema de salud pública, revelaron disparidades sociales y de género y negación de derechos reproductivos. Las reacciones al embarazo fueron similares entre las mujeres de los tres municipios así como los factores que participaron en la decisión por el aborto: sociales, económicos y culturales ante inseguridad en cuanto a la aceptación por la familia y no apoyo del socio. Los investigadores de la Universidad de California en Los Ángeles (Estados Unidos). Las hierbas, fueron utilizadas en los tres municipios y solamente mujeres del municipio de gran porte buscaron clínicas particulares y casa de abortera. El cytotec fue utilizado con éxito, con poca necesidad de finalizar el aborto en hospital. En el municipio de mediano porte se destacan métodos invasivos que expusieron a las mujeres a riesgo de muerte. En los servicios de salud la atención se dio bajo juicios de valor, caracterizando violencia obstétrica. Las clínicas privadas ofrecieron acciones técnicas, resolutivas, pero sin garantías de acogida de la mujer. En el período post-aborto hubo exacerbación de valores morales que generaron culpa, arrepentimiento, remordimiento y sufrimiento en la mayoría de las mujeres de los tres municipios. El socio presente en algunas situaciones casi siempre deshizo la relación después del aborto, colocando a la mujer en abandono afectivo. Es necesario que se efectúen políticas de salud en la dirección de la planificación reproductiva, así como para evitar la recurrencia de aborto; educación en salud con problematización de realidades y de desigualdades de género con jóvenes en las escuelas y en la red de salud con usuarias, así como elaboración de estrategias de cuidado por los equipos de salud, que protejan a las mujeres de daños físicos y emocionales. Sugerimos que el Ministerio de Salud invierta en capacitaciones profesionales para superar paradigmas que criminalizan el aborto y revise leyes con relación al aborto en Brasil, en la perspectiva de respetar los derechos reproductivos de las mujeres y su ciudadanía.

Palabras clave: Aborto; Itinerarios abortivos; género; Salud de la mujer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ESTADO DA ARTE	14
2.1 ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA	14
2.2 ITINERÁRIO ABORTIVO COMO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	32
3.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E MATERNIDADE	32
3.2 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA	37
4 METODOLOGIA	42
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	42
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA	42
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	46
4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	47
4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	50
4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS	52
5 RESULTADOS	54
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	54
5.2 MÚLTIPLAS FACES DA DECISÃO PELO ABORTO E SUAS INTERSEÇÕES NO ITINERÁRIO ABORTIVO	54
5.3 CAMINHOS CLANDESTINOS DA BUSCA PELO ABORTO	64
5.4 INTERSEÇÃO ENTRE DIFICULDADES DE ACESSO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	75
5.5 EXACERBAÇÃO DE VALORES MORAIS EM MULHERES NO PÓS-ABORTO	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7 LIMITES E ALCANCES DO ESTUDO	99
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	120
APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS	121
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ORAL)	122
APÊNDICE D – QUADRO GERAL DOS ITINERÁRIOS NOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS	123

1 INTRODUÇÃO

O abortamento constitui a quinta causa de morte materna no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2016b) e representa um importante e grave problema de saúde pública. É a decisão mais extrema na vida de mulheres que se deparam com uma gravidez não planejada.

Embora tenha havido redução da morte materna na maioria das países, o abortamento, a hemorragia e os transtornos hipertensivos ainda são responsáveis por quase metade de todas as mortes. Em países de baixa renda, o abortamento e a hemorragia são as causas mais comuns, o que mantém o abortamento como importante questão de saúde pública (KASSEBAUM et al., 2014).

Entre 1990 e 2014, as taxas de aborto, entre mulheres de 15 a 44 anos, foram reduzidas significativamente em países desenvolvidos, em oposição a países em desenvolvimento (SEDGH et al., 2016). A maioria dos países em desenvolvimento possui legislações restritivas com relação ao abortamento, o que não impede a prática e acentua sua realização (LEAL, 2012).

A elevação dos índices de abortamento clandestino, evidenciado em internações por complicações pós-procedimento e também em altas taxas de mortalidade materna, é influenciada ainda pelo fator de criminalização do aborto, que contribui acentuando a prática insegura (CORTEZ, 2014).

No Brasil, o abortamento é uma questão de saúde pública, e em especial na região Nordeste, onde existe alta ocorrência do procedimento realizado de modo inseguro, impactando na mortalidade e em outras consequências para as mulheres, a sociedade e o Sistema Único de Saúde (VALONGUEIRO, 2007).

Assim, a sociedade segue influenciando em diversos aspectos o desfecho de uma gravidez não desejada/planejada em aborto e corroborando para a ênfase da prática clandestina e que põe em risco a vida de mulheres todos os dias.

A gravidez não planejada, os partos não planejados e os abortamentos inseguros são preocupações relevantes nas sociedades, considerando ainda que fatores relacionados à urbanização e ao desenvolvimento econômico e social das cidades aludem a uma necessidade menor de gerar filhos/as (SEDGH, 2014).

A decisão de ser mãe ou não está aliada a fatores subjetivos, sociais, econômicos, políticos, ideológicos, planos de vida e oportunidade, no mercado de trabalho, que conjecturam o seu momento de vida pessoal e profissional (SCAVONE, 2001). Nesse sentido,

entender o processo do abortamento requer a compreensão de influências e fatores socioculturais imbricados no mesmo, bem como do dinamismo existente nas relações das mulheres com seus parceiros e familiares (MCCALLUM, 2007).

Contextos sociais, culturais, religiosos, econômicos e de reprodução, além das condições de acesso à educação, à saúde e ao lazer, influenciam nos processos decisórios para o abortamento (SCAVONE, 2001a). O abortamento inseguro está, portanto, relacionado a desigualdades sociais, como dificuldades de acesso das mulheres ao sistema público de saúde, incluindo ainda nesse quesito os níveis de escolaridade insatisfatórios (NEGRÃO, 2010).

Diferentes motivos levam mulheres a realizar o abortamento, com destaque para instabilidade com o parceiro afetivo-sexual, valores familiares, questões morais, adolescência, condição econômica e social desfavorável a uma gravidez, gravidez não planejada, falha na contracepção, coerção sexual e infecção por HIV (VILELA et al., 2012; CHAVES et al., 2012; PILECCO; KNAUTH; VIGO, 2011).

Desse modo, o fato de não prever ou planejar a gravidez pode não ser motivo suficiente para consubstanciar a efetivação do aborto. Consideram-se, sobretudo, o momento e as circunstâncias aos quais as mulheres estão expostas e que interferem em sua decisão (KIRKMAN et al., 2010). Há, portanto, necessidade de investimentos em pesquisas que ampliem o olhar para essa realidade e para grupos específicos, bem como políticas de saúde que atuem nesta perspectiva (MADEIRO; RUFINO, 2012).

O abortamento é um fenômeno que vem sendo cada vez mais estudado no Brasil, todavia há lacuna na literatura em considerar o itinerário abortivo percorrido pelas mulheres (BRASIL, 2009b; MENEZES; AQUINO, 2009).

Entende-se por itinerários abortivos as trajetórias de mulheres desde a identificação do atraso menstrual, a descoberta da gestação, a decisão de abortar, a realização do aborto e os cuidados pós-aborto, o que depende do contexto peculiar de cada mulher (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Itinerários abortivos também podem ser compreendidos como um conjunto interativo de ações e decisões que se consolidam no desfecho do aborto, considerando todas as barreiras e limitações para alcançar os meios de realizá-los (HEILBORN et al., 2012a).

A realização do aborto costuma ser um segredo compartilhado com pessoas muito próximas ou se fazer escondido na própria intimidade da mulher. Aspectos de origem sociocultural e econômicos produzem assim experiências diferentes para cada mulher (DOMINGOS; MERIGHI, 2010). Para muitas mulheres, o processo se inicia com o uso de chás e outras substâncias até a utilização do misoprostol, o mais comumente utilizado, e assim

efetivam sua decisão, numa caminhada que compõe o itinerário abortivo (TORNQUIST; PEREIRA; BENETTI, 2012).

Considerando-se as disparidades sociais brasileiras, é sabido que os itinerários não são os mesmos para todas as mulheres. Jovens com melhores condições financeiras podem conseguir realizar o abortamento ilegal mais rápido e de modo seguro, se comparadas às mulheres menos favorecidas economicamente, que necessitam de mais esforços e estratégias para conseguir abortar (HEILBORN et al., 2012b).

Diversas são as pessoas que participam da teia de relações durante os itinerários e atuam intermediando o processo, entre elas há balconistas de farmácias e pessoas da comunidade que se mostram como colaboradoras. As mulheres percorrem diversos caminhos, sendo o uso do misoprostol parte do que hoje é considerado mais comum para a efetivação do abortamento, com a finalização do procedimento na unidade oficial de saúde (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Estudos confirmam ser o misoprostol (substância do cytotec) o método mais utilizado no Brasil para indução do aborto (ADESSE; MONTEIRO, 2007, DINIZ; MEDEIROS, 2010).

Nos diferentes procedimentos, as mulheres podem apresentar complicações, a exemplo de sangramento vaginal, algias, febre, além de consequências emocionais como sofrimento relacionado ao sentimento de perda e culpa (DOMINGOS; MERIGHI, 2010).

Pouco conhecemos sobre os itinerários de mulheres que buscam o aborto no Brasil, sobretudo nos interiores do Nordeste, e sobre questões de gênero, de classe e geração relacionadas à temática, havendo necessidade de pesquisas nesse âmbito. A lacuna da literatura no Brasil no que concerne a estudos sobre itinerários abortivos, em especial na região Nordeste do país, implica em ineditismo e originalidade de pesquisas nesse âmbito.

O Nordeste é a região do Brasil onde há uma maior estimativa de realização de abortos, considerando-se ainda que as mulheres que realizam o procedimento são em maioria negras e com baixo nível de escolaridade, demarcando características de cor e renda na realização do abortamento (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Apenas em Salvador, Bahia, cidade onde a população é majoritariamente negra, de acordo com dados do Sistema de Informação em Saúde, a mortalidade materna por aborto se encontra em uma proporção de 14,3% das médias de demais capitais brasileiras (BRASIL, 2015a).

Durante nossa experiência profissional como enfermeira obstétrica, estivemos próximas de mulheres que referiam não querer ou não poder levar a gestação adiante e que

havam provocado um aborto ou estavam tentando abortar, o que demandava escuta sensível e compreensão do contexto em que sua experiência com o abortamento se inseria. Além disso, nossa prática profissional é marcada pelo cuidado a mulheres que buscavam a maternidade para finalizar o procedimento iniciado em casa ou em locais clandestinos, solitariamente ou com ajuda de terceiros, se expondo a riscos e atrasando a sua busca pelo serviço de saúde.

Em seus itinerários abortivos, as mulheres ficam expostas a situações peculiares às realidades em que estão inseridas, bem como a uma rede de influências, estando assim mais vulneráveis a riscos de adoecimento e morte. O percurso das mulheres até chegar ao serviço de saúde, comumente não dito nem indagado, levou-nos a questionar por onde haviam caminhado, o que foi vivenciado para que chegassem à escolha, bem como as experiências no desencadeamento da interrupção da gravidez e no processo de aborto e pós-aborto.

Decidimos estudar esse fenômeno em diferentes realidades do Estado da Bahia, escolhendo o Estado onde desenvolvemos nossas atividades profissionais e acadêmicas e onde o aborto já ocupou o primeiro lugar como causa de mortalidade materna.

Partimos do pressuposto de que o itinerário abortivo tem variações de acordo com a realidade social das mulheres, é percorrido em meio a conflitos oriundos das relações sociais, culturais e afetivo-sexuais com diferenciais de gênero e de acesso ao sistema oficial de saúde, segundo as distintas realidades em que as mulheres vivenciam tais experiências.

Para responder a esse pressuposto temos como questão de pesquisa:

- Como mulheres vivenciam itinerários abortivos em diferentes contextos sociais, econômicos e culturais de cidades da Bahia?

OBJETIVOS:

1 Descrever a construção dos itinerários abortivos de mulheres, em cidades da Bahia.

2 Analisar a experiência vivenciada por mulheres em itinerários abortivos, segundo contextos sociais, econômicos e culturais das realidades em que estão inseridas.

2 ESTADO DA ARTE

2.1 ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL E DE SAÚDE PÚBLICA

O abortamento é uma realidade em sociedades de diferentes culturas, contudo se diferencia no modo como acontece e como é aceito por algumas e rechaçado por outras (FERNÁNDEZ et al., 2013).

O termo aborto tem origem grega - *phthora* - e seus significados implicam em “provocar a morte em outra pessoa” ou “desvio da moral” (WIKER, 2011). A origem da palavra exerce assim efeitos sociais, e os simbolismos criados perpetuam a percepção do aborto como um crime hediondo (ALTMAN, 2007).

Portanto, a vivência do aborto está relacionada aos simbolismos sociais, carregados de valores e traços culturais impostos às mulheres e apesar da experiência ser algo semelhante entre elas, cada uma em sua individualidade e subjetividade terá sentimentos e repercussões diferentes sobre a saúde (SELL et al., 2015).

Entender o fenômeno do abortamento como questão de saúde pública requer reconhecer que o Estado pune as mulheres e impõe a elas a vivência de uma gestação, sob justificativas morais e religiosas, o que acentua as necessidades de cuidado à saúde das mulheres que realizam o aborto de modo inseguro.

O aborto como questão de saúde pública precisa ser enfrentado na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos. A penalização das mulheres que realizam o aborto, desde o Código Penal de 1940, as impele à procriação determinada por forças legais, não considerando que gestar é um projeto de cunho afetivo e de responsabilidade compartilhada entre homens e mulheres, além de desfavorecer em massa as mulheres mais pobres, pois são elas as mais recorrentes ao mercado inseguro do aborto (GOLLOP, 2009).

Sob a perspectiva dos direitos reprodutivos, uma gestação é produto do exercício de autonomia e liberdade reprodutiva das pessoas, entendendo a gravidez não desejada como um fato que ocorreu na ausência de decisão consciente da mulher ou de ambos os parceiros sexuais, para efetivação da mesma (COELHO et al., 2012).

A maioria dos abortos clandestinos ocorre em países em desenvolvimento, apresentando graves consequências para a saúde da mulher, seus direitos e para a saúde pública (LEAL, 2012).

O abortamento inseguro tem maior ocorrência nos países em desenvolvimento, e as condições mais associadas a sua realização são: perfil socioeconômico, relacionamento

afetivo, situação de saúde, abuso sexual ou incesto (HAJRI et al., 2015a). O Instituto *Center for Reproductive Rights* afirma enfaticamente que a criminalização do aborto atua elevando os índices da prática insegura no mercado clandestino, o que pode ser evidenciado nas taxas de mortalidade materna no mundo associadas às complicações do abortamento (CORTÊZ, 2014).

Na América Latina, os países com legislação permissiva para o aborto são Cuba, Uruguai e Distrito Federal do México, ao contrário de países com total proibição como Chile, Nicarágua, Honduras, El Salvador. Na República Dominicana, recentemente houve uma reforma no Código Penal sendo concedida permissão para realização do procedimento em casos de risco de vida para a mulher (FAUNDES, 2015).

Para a América Latina e Caribe, estima-se de que o número de abortamentos provocados e inseguros, colocando em risco a vida da mulher, é de 4,2 milhões anualmente (LEAL, 2012).

Em países como Uruguai e México, em que o aborto já é legalizado, pode-se observar um número notável na queda da mortalidade materna bem como na redução dos abortamentos. A partir deste contexto, podemos afirmar que a legislação que criminaliza o aborto tem sua valia para matar milhares de mulheres e aumentar o número de abortos clandestinos, sem contar nas consequências físicas, psíquicas e emocionais para a mulher que aborta nestas condições (CARTA CAMPINAS, 2015).

Na América do Sul, existem diferentes posições do Estado com relação ao aborto. Na Argentina, Brasil, Equador, Peru e Venezuela, o abortamento é autorizado apenas em situações especiais. No Uruguai, se encontra descriminalizado, até doze semanas gestacionais (ONU, 2016b).

A Tunísia, com 99% da população composta por muçulmanos, legalizou o aborto em 1965, contudo com aspectos ainda restritos: prole maior de cinco filhos, gestação no primeiro trimestre e aprovação dos maridos. Em 1973, tornou legal para todas as mulheres gestantes de primeiro trimestre e, em 2000, legalizou a medicação mifepristone como abortiva até nove semanas gestacionais. Apesar do avanço, vale ressaltar que ainda há dificuldades notáveis no acesso aos serviços desse local como atrasos logísticos e burocráticos, objeção de consciência, dentre outros (HAJRI et al., 2015a).

A África do Sul e Nepal facilitaram o acesso ao aborto seguro com a legalização, contudo ainda há barreiras que dificultam a assistência; desinformação sobre leis, recursos financeiros insuficientes, questões geográficas, incapacidade no acesso a medicamentos, escassez em requisições de autorizações, coerções, estigmas, formação de profissionais insatisfatória, aplicação de normas e protocolos rígidos e preços inacessíveis ao serviço.

Soma-se ainda a insatisfação das usuárias com relação à privacidade, dentre outras ações negativas que desestimulam a busca pelo serviço e levam às mulheres ao mercado clandestino (HAJRI et al., 2015a; HARRIES et al., 2015).

No Nepal, apesar da legalização em 2002, e das dificuldades já citadas, outros motivos de ordem cultural também dificultam a realização do aborto seguro, a exemplo da definição do sexo do bebê e apoio da figura masculina para realização do mesmo, atrasando a busca pelo serviço de saúde (PURI et al., 2015).

Sobre a Europa, a maioria dos países pesquisados: Armênia, Áustria, Bélgica, República Tcheca, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grã-Bretanha, Islândia, Irlanda, Itália, Letônia, Holanda, Noruega, Polônia, Portugal, Federação Russa, Espanha, Suécia, Suíça, Ucrânia permite o aborto a ser solicitado pela mulher que se encontra nas primeiras semanas da gestação e em circunstâncias consideradas específicas, caso solicite em tempos posteriores (ACOSTA, 2015).

Nesse conjunto, alguns impõem condições como período de tempo após aconselhamento, outros encaminham para consulta médica, sendo a Irlanda considerada o local mais restritivo, pois só permite em casos de risco real e considerado relevante para mulher. E esse país chegou a se proibir quaisquer informações que relatem onde seria possível a realização do aborto, a exemplo da Inglaterra, transgredindo assim outros direitos constitucionais como o da expressão e informação (ACOSTA, 2015).

Recentemente a Irlanda, país considerado anteriormente como um detentor de uma das políticas mais restritivas com relação ao aborto por influência religiosa, tem por votação essa condição reprodutiva legalizada a todas as mulheres. As notícias informam que a lei deve entrar em vigor ainda no ano de 2018, e que faz parte de uma revolução silenciosa que o país vivencia. O governo da Irlanda propôs que a interrupção ocorra de modo legal com a condição de realização até a décima segunda semana gestacional, em casos de risco para mãe ou para o feto, antes ou após o parto. Nesse momento ainda, o governo se debruça sobre a revogação da Oitava Emenda Constitucional que consagrava a vida dos referidos nascituros (GUIMON, 2018).

O aborto em Portugal é liberado, desde que aconteça até a décima semana gestacional sem restrições com relação aos motivos que levaram à realização do mesmo. O país tem uma população prevalente em uso de métodos contraceptivos e possui baixos índices de mortalidade materna, além de ser considerado o décimo quinto melhor país para uma mulher ser mãe (STATE OF THE WORLD'S MOTHERS, 2012).

A interrupção voluntária da gravidez, ou abortamento provocado, se encontra regulamentada na Lei nº16/2007 e está prevista para uso de mulheres nacionais bem como de imigrantes que residam no país. A Portaria nº. 741/A 2007 rege que após a interrupção voluntária da gravidez, as unidades de saúde devem assegurar às mulheres medidas de contracepção bem como o agendamento de consultas após esse período (FAMER et al., 2012).

Em Portugal, no ano de 2014, houve uma redução do número de abortamentos de 10% em relação ao ano de 2013, e estes números se encontram em decadência desde o ano de 2012. Após seu aumento nos anos de 2008 e 2009, sucedendo-se a sua liberalização no ano de 2007, houve uma estagnação no quadro nos anos de 2010 e 2011. Desse modo, Portugal se encontra abaixo da média europeia de intervenções, sendo que, de um total de 16.589, 97% das mulheres o realizaram por livre opção e dentro do período das dez semanas gestacionais, seguido dos abortamentos por malformação congênita ou graves patologias (RODRIGUES, 2015).

Anteriormente à Lei 16/2007, Portugal era um dos países que mais restringia a ação de interrupção voluntária da gravidez. Com a Lei 6/84 permitia a sua ação em casos de perigo de vida da mulher, lesão grave para saúde física e psíquica da mulher, malformação fetal, e violação; no ano de 1997, a Lei 90/97 veio estender o prazo em casos de malformação fetal e violação, permanecendo esse quadro jurídico até o ano de 2007(MONTEIRO, 2012).

Duarte e Barradas (2009) alertam que as leis costumam ser baseadas numa hierarquia de gênero e assim são condizentes com algumas violências praticadas contra as mulheres, como por exemplo a penalização com relação à interrupção voluntária da gravidez, confirmando portanto o que afirmam as teorias femininas de que nem toda lei é sinônimo de justiça e deste modo alarga-se e reflete-se sobre o conceito de justiça sexual em políticas públicas.

O reconhecimento do aborto como problema de saúde pública se deu de modo especial por sua participação nas altas taxas de mortalidade materna, mas também pelo reconhecimento de que suas consequências podem gerar danos além dos físicos, perpassando por aspectos emocionais e psicológicos (SOUZA; DINIZ, 2011).

As sequelas imediatas são hemorragias, infecções, perfurações e infertilidade que se adicionam aos desequilíbrios oriundos da subjetividade de cada mulher, influenciados por ideias de culpa e penalização. Assim, há consequências físicas, emocionais e na saúde mental (BRASIL, 2010).

As estimativas do Brasil, no ano de 2013, apontam a ocorrência de um total de

abortamentos inseguros que oscilam entre 685.334 e 856.668 casos por ano (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2015). Consideramos ainda que os abortamentos classificados como inseguros atingem diretamente as mulheres menos favorecidas, em virtude das disparidades sociais, desigualdades de gênero, vulnerabilidades, acesso restrito à educação, dimensões diversas da pobreza, déficit econômico e o não exercício dos direitos humanos (BRASIL, 2010).

Uma média de 50% de mulheres que realizam o abortamento procura o serviço de saúde para internamento, durante as complicações no pós-aborto. Esse dado poderia ser diferente se houvesse de fato acesso aos medicamentos seguros e à legalização do aborto (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

As mulheres costumam buscar o serviço oficial de saúde apenas nos momentos de consequências do procedimento, pois o cenário de abortamento vem se modificando no Brasil, no decorrer dos anos. As casas das “aborteiras” ainda existem, mas, em sua maioria, as mulheres recorrem ao uso do misoprostol, comercializado clandestinamente (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O misoprostol, substância abortiva de venda restrita no país, atualmente é o principal meio de abortar no Brasil (ADESSE; MONTEIRO, 2007). Em razão da ilegalidade do aborto, o uso de medicações seguras é um desafio à saúde pública. O uso do misoprostol tem segurança e eficácia comprovada em suas aplicações, se constituindo em primeira opção, em países onde a prática é legal, para interrupções voluntárias iniciais, em que se deseja evitar procedimentos cirúrgicos (CREININ, 2000).

Na década de 1970, no Brasil, as feministas se posicionaram sobre a temática, defendendo a maternidade como a escolha das mulheres, com base no respeito aos direitos individuais e direito ao corpo, fundamentado em ideias de autonomia e liberdade (SCAVONE, 2008). Nesse sentido, criminalizar a prática do aborto é percebido como violentar o direito das mulheres com relação a sua autonomia reprodutiva, ferindo os seus direitos humanos (SYDOW et al., 2011).

Todo ser humano precisa ter liberdade para escolher como agir frente a determinadas situações, e isso se aplica às mulheres com relação à decisão pelo aborto. No Brasil, a política de planejamento familiar se mostra insatisfatória, logo, o Estado não poderia exigir da mulher algo que não faz em conformidade com os direitos da mesma (SYDOW et al., 2011).

No Brasil, em virtude da ilegalidade do abortamento, até o ano de 2008, considerava-se um aumento da prática em âmbito clandestino, alcançando estimativas em torno de 1.000.000 de abortos provocados por ano, realizados em condições precárias e inseguras

(MARTA; JOB, 2008).

A curetagem ocupa posição de destaque dentre os procedimentos mais realizados em unidades de serviço de saúde do país, superando inclusive partos naturais (BORSARI et al., 2012). Pode-se afirmar que apesar de ilegal, a realização do aborto não foi abolida, acontecendo via clandestinidade, o que implica em consequências danosas para a vida e saúde das mulheres (BORSARI et al., 2012).

O aborto entre os anos de 1990 e 2010 se manteve como quarta causa de morte materna no Brasil, equivalendo a 4,6% de óbitos maternos (RIBEIRO, 2016). Consideram-se as principais causas de morte materna o aborto, hemorragias, hipertensão, infecção e estão diretamente relacionadas ao não cumprimento da Lei 9.263 de Planejamento familiar, ausência de efetividades em políticas de planejamento reprodutivo, cobertura e qualidade de assistência no pré-natal e atendimento hospitalar insatisfatório (INSTITUTO MULHERES PELA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE, 2008).

Pesquisa realizada com amostragem em domicílios, abrangendo mulheres em idade reprodutiva, indica que uma em cada cinco mulheres brasileiras já realizou abortamento, no Brasil. Nesse conjunto, houve prevalência de mulheres com baixa escolaridade, 23% com nível de estudo de até o 4º ano do ensino fundamental e 12% com o ensino médio, que se encontravam na faixa etária entre 18 e 29 anos, utilizando medicamentos de indução ao aborto e buscando internações após o procedimento (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O aborto no Brasil é marca de desigualdade social, considerando que mulheres menos favorecidas não têm acesso a clínicas seguras e estão mais expostas aos riscos que a prática clandestina oferece (ADESSE; ALMEIDA, 2006; FAÚNDES; BERZELATO, 2004).

Variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam desigualdades encontradas, quando se trata de relações de gênero na sociedade (BRASIL, 2010). Mulheres da raça negra e de situações economicamente desfavorecidas são sempre as mais atingidas pela situação do aborto no Brasil, uma vez que desigualdades de gênero, raça, acesso à educação, situação de pobreza e as diversas vulnerabilidades conjecturam essa estrutura em nosso país (EUGENIO; AZEVEDO; VICENTE, 2016).

Assim, entendemos que desigualdades socioeconômicas expõem mulheres brasileiras a situações de extrema vulnerabilidade, pois diante de uma gestação não planejada apenas pequena parte pode arcar com intervenções cirúrgicas em clínicas clandestinas privadas e seguras, opostamente às desfavorecidas economicamente que recorrem a técnicas inseguras e que podem levá-las à morte.

No Brasil, as mulheres já configuram um novo quadro educacional, se dedicando inclusive mais aos estudos do que a população masculina, contudo no mercado profissional têm menos chances de trabalhar e ainda recebem remuneração inferior aos homens. Assim é também a sua inserção nas esferas de poder e decisão, considerando o ano de 2010, em que apenas 13,6% fizeram parte do Senado, 8,7% participavam na Câmara de Deputados e 11,6% em Assembleias Legislativas brasileiras (PNDSM, 2016).

Na atualidade, contamos com retrocessos presentes na conjuntura do Estado, embasados por políticos que se fundamentam na religiosidade, a exemplo do Projeto de Lei 5069/13. Tal projeto de Lei tipifica como crime contra a vida o anúncio de meio abortivo, estabelecendo aumento das penalidades para quem prestar auxílio, informação ou induzir o abortamento (CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA, 2015).

Recentemente, em 29 de novembro de 2016, foi liberado por meio do Supremo Tribunal Federal em caso específico, um *habeas corpus* que liberou cinco pessoas funcionárias de uma clínica clandestina de aborto da prisão, não considerando crime o aborto realizado até os três meses de gestação e afirmando ser o Código Penal de 1940 contrário à garantia aos direitos humanos das mulheres. Desse modo, abre-se um precedente no Judiciário para novas liberações em casos de aborto por decisão voluntária, o que nos aponta para um avanço na saúde da mulher (SEGATTO, 2016).

A criminalização do aborto no Brasil vem repercutindo negativamente na saúde pública, uma vez que amplia os números de mortalidade entre as mulheres que realizam os abortos em locais clandestinos. Consideramos, portanto, que há uma contradição entre a norma imposta e a sua real prática na sociedade (UNFPA, 2004).

O Estado tem o dever de assegurar o direito de acesso ao aborto para todas as mulheres, em especial aquelas que residem em países aonde a prática é criminalizada, devendo assim haver uma reformulação da legislação que as pune (GALLI; ROCHA, 2014).

As políticas de saúde que tratam de aspectos da reprodução e da sexualidade são obrigações do Estado caracterizado como laico e democrático. Assim, suas ações devem responder à garantia dos direitos das pessoas, não havendo possibilidade de formulações ou implantações de normas que sigam dogmas religiosos de qualquer espécie (ÁVILA, 2003).

As normas sexuais e reprodutivas reservadas às mulheres sempre geraram conflitos por ocasião da elaboração e implementação de leis e políticas, pois essas implicam em restrições à vida sexual e reprodutiva da mulher. São assim necessárias para reprodução e desenvolvimento ditos saudáveis para uma sociedade tradicional e conservadora (VENTURA, 2009).

Políticas públicas comprometidas com a integralidade e respeito aos direitos sexuais e reprodutivos expressam sucessos no espaço democrático e favorecem a superação do imposto tradicionalmente relacionado a aspectos de autoritarismo, patriarcado e homofobia, contribuindo desse modo para o exercício da plena cidadania na sociedade brasileira (ÁVILA, 2003).

Nesse contexto, as políticas públicas voltadas aos direitos reprodutivos devem estar imbricadas com a justiça social que considera as disparidades de gênero vivenciadas na sociedade, além das outras relacionadas à classe, raça e orientação sexual. Para tanto, é necessário um trabalho que modifique o modo de pensar das pessoas, para que possam usufruir os seus direitos e construir junto aos demais novos simbolismos constituintes do imaginário social sobre esses temas (ÁVILA, 2003).

A notável inserção da mulher no mercado de trabalho indica que muitas mulheres decidiram ter filhos/as em momento de estabilização econômica e solidificação da carreira profissional, já que o novo momento se caracteriza por buscas de autonomia e independência, postergando ou excluindo a possibilidade da maternidade (PATIAS; BUAES, 2012). A maternidade pode ser adiada ao tempo em que a carreira profissional da mulher é incentivada, contudo permanece a ideia de que no futuro, todas essas possam cumprir a determinação social de ser mãe (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012).

Todavia, ser mãe está desvinculado na atualidade do destino feminino, de modo que a percepção sobre a maternidade foi modificada a partir de novos significados sobre o papel social das mulheres e as implicações da maternidade (CHAVES, 2011). Ressaltam-se, nesse contexto, as tecnologias voltadas à reprodução que favorecem no sentido de desvincular sexo e procriação, oferecendo a escolha de ser ou não ser mãe, bem como o número de filhos/as que deseje (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012).

Frente a esse contexto, a construção social da maternidade precisa ser pensada, desvendando-se as bases ideológicas que ocultam as relações de poder imbricadas em posições sociais e na legislação, além da relação com classe, raça, sexualidade, projeto de vida e trabalho. Em países onde a ideologia da maternidade já se desconstruiu, as mulheres se expressam mais livremente sobre o não desejo de ter filhos/as, contudo no Brasil ainda se trata de um tabu (TIBURI, 2016).

A maternidade sob a perspectiva de gênero possui múltiplas faces. A depender do simbolismo que represente, pode ser concebida como realização feminina, representar um atributo opressor ou de empoderamento, havendo a possibilidade de diferentes interpretações do mesmo símbolo (SCAVONE, 2001a).

A frase de Beauvoir “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher” enfatiza o fato de que as mulheres são educadas desde crianças a cumprir determinações sociais de submissão, inclusive a maternidade que traz consigo uma possibilidade de resistir ou de reproduzir normas sociais (BOURDIEU, 2003). Recusar a obrigatoriedade de ser mãe é um caminho para a busca das mulheres por uma identidade maior, com reconhecimento de outras potencialidades.

Mudanças na posição social das mulheres ocorreram significativamente ao longo do tempo, a exemplo da sua inserção no mercado de trabalho e em ambientes educacionais, contudo ainda é prevalente o imaginário de que a mulher foi feita para ser mãe, associando a maternidade ao sexo feminino (SCAVONE, 2004; MEYER, 2005).

O conjunto de hábitos, traços culturais, ações, mitos e crendices influenciam significativamente na construção e consolidação de valores morais, inclusive em conceitos sobre o que é a família, implicando sobretudo nas experiências sexuais, pois valores e práticas não existem independentes do contexto social (RIOS; GOMES, 2009). Portanto, a mulher que vivencia uma gestação não desejada sente-se pressionada por conflitos morais, que perturbam os seus interesses internos e dificultam a sua decisão (MILANEZ et al., 2016).

O distanciamento da mulher à maternidade costuma gerar atritos, pois ainda são fortes os conceitos de dominação masculina e da constituição da família nuclear tradicional como a ideal para a sociedade. Nesse contexto, o abortamento rompe com o estereótipo da figura materna e expõe a mulher como a única responsável pela contracepção e gravidez não planejada (COSTA; GUILHEM; SILVER, 2006).

Uma vez incorporado à nossa cultura o papel social de mãe como parte do seu destino, o aborto voluntário é envolto por fatores legais, morais e religiosos (PEDROSA; GARCIA, 2000). Uma das sensações da mulher que aborta é de estar “provocando a morte” em alguém, pois esse está circundado por valores sociais, religiosos, morais que colaboram na construção desse imaginário enfrentado pela mulher que decide interromper a gestação (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010).

A maternidade pode se tornar, assim, opressiva para a mulher que não a deseja e a convida a reorganizar fatores comuns à sua identidade, à relação com seu corpo, com o pai da criança e com seus projetos de vida (BENUTE et al., 2009). Os julgamentos têm em sua base o ideal pensado sobre a maternidade como essencialidade feminina, de modo que a culpabilização das mulheres é presente e enfática quando precisam enfrentar uma gravidez não planejada e se sentem como as únicas responsáveis pela gravidez e por seu desfecho (SOUZA; PORTO; CARVALHO, 2013).

Nessa perspectiva, provocar o aborto gera conflitos, pois a mulher estará contrariando regras legitimadas socialmente e incorporadas como valor a ser seguido, com importante peso das religiões que impõem princípios de vida e de morte, a partir da fecundação.

2.2 ITINERÁRIO ABORTIVO COMO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

Os estudos sobre itinerários terapêuticos são oriundos de áreas como a psicologia, antropologia, sociologia e saúde com foco em agravos crônicos (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

O conceito de itinerário terapêutico vem sendo aplicado há duas décadas e é um constructo teórico-metodológico que se debruça investigativamente sobre sofrimentos, aflições e outras tensões que se constituem em processos de adoecimento. Essa perspectiva favorece vislumbrar o saber dentro de sua pluralidade, bem como as práticas e demandas da população por cuidado no âmbito da saúde e pode favorecer a reorientação da prática, pautada nos princípios da integralidade, requerendo desse modo uma adequação dos serviços de saúde (PINHEIRO et al., 2016).

A prática da integralidade é associada aos conceitos de universalidade e equidade materializadas no cuidado em saúde, práticas essas que se constituem em diálogos entre atores sociais interna ou externamente aos serviços de saúde. Para melhor compreenderem as demandas de saúde, estabelecem estratégias para mediar os dispositivos e ações em diferentes espaços e níveis do sistema de saúde (PINHEIRO et al., 2016).

No Brasil, o conceito de itinerário terapêutico é recente e por muito tempo foi entendido como o caminho percorrido em busca de instituições oficiais para resolução de problemas de saúde, o que não permite vislumbrar os caminhos extraoficiais que podem ser percorridos por usuárias/os dos serviços (PINHO; PEREIRA, 2012).

A abordagem dos itinerários terapêuticos favorece a observação dos atritos que ocorrem entre o estar doente e o buscar por cuidados em saúde, seja por indivíduos ou indivíduos e suas famílias, e evidencia de que modo os serviços de saúde poderiam propor resoluções para suas situações (BELLATO et al., 2008).

O itinerário também pode ser compreendido como uma sucessão de eventos que constroem o caminho elaborado pela pessoa e também por sua família em situações de adoecimento, com o objetivo de alcançar o padrão de normalidade. No processo, pode ser alterado por se inserir no contexto de relações, planejamentos e ações (REINALDO; SAEKI,

2004).

Assim, itinerários terapêuticos (IT) são produtos de decisões e negociações, constituindo-se em caminhos que as pessoas percorrem para resolver problemas de saúde, considerando as interferências culturais e a noção de autonomia no ato da decisão (GERHARDT, 2006).

Devem ser considerados, para ampliação do conceito de itinerários, a natureza da situação e o aspecto relacional e intersubjetivo no processo de decisão-ação para escolha de trajetos, pois são fundamentais e interconectados (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008). Os estudos sobre itinerários terapêuticos sinalizam a importância que deve ser dada à dimensão subjetiva das pessoas, a exemplo da experiência durante o processo saúde-doença e a variedade de caminhos existentes nesse percurso (ALVES; SOUZA, 1999).

Os trajetos percorridos se baseiam no universo social e cultural, individual e também coletivo no qual se conectam (GERHARDT, 2006). Há dois núcleos a partir dos quais podem ser estudados os itinerários terapêuticos: o primeiro, se atenta às perspectivas individuais, enfatizando escolhas pessoais e determinando itinerários diversos; e o outro, valorizando a cultura como determinante para as escolhas das pessoas. Contudo, estudos mais recentes tentam articular esses dois eixos, pois não ocorrem isoladamente (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

Os itinerários terapêuticos podem ser vislumbrados ainda como uma ferramenta de avaliação em saúde, uma vez que podem apreender discursos e práticas que expressam a lógica da integralidade e resolutividade da assistência em saúde. Essas são resultantes de vivências no processo de adoecimento e de modos como as instituições de saúde podem responder resolutivamente às necessidades da população (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

O conceito de sistemas de saúde pode ir além do que já está posto na sociedade e assim se constituir com caráter diversificado do já conhecido. Tais sistemas se estabelecem com características diferenciadas e incluem a/o profissional e o uso de práticas oficiais em saúde até o autocuidado popular, costumes e hábitos geracionais, credences, misticismos, dentre outras (KLEINMAN, 1980).

A enfermidade ou aflição tem um caráter pessoal e social, e essas significações orientam as escolhas entre as possibilidades de terapias existentes, contudo a decisão é individual e precisa de aclarações e conjuntura cultural definida pela pessoa e seu grupo de inserção (CSORDAS; KLEINMAN, 1990). A vivência do processo de adoecimento corrobora a ruptura dos padrões cotidianos que eram vivenciados antes da doença, bem como rotinas

domésticas, sendo assim consequência de um estado de incapacidade do corpo, o que produz uma desorganização da vida familiar (MONTERO, 1985).

A busca pelo cuidado se dá numa linha tênue entre a cultura e a sua experiência no processo saúde-doença e assim é construído um caminho em busca de ação de saúde, inserindo-se nessa conjectura a família, as redes sociais e os processos individuais cognitivos de cada um/a que se diferenciam nos modos de buscar o cuidado (LEITE; VASCONCELLOS, 2006).

Ressaltamos que o cotidiano vivenciado, bem como a busca pela resolução de problemas, se encarrega também de modificar e definir continuamente as experiências na vida das pessoas, não sendo assim consolidada uma ordem rígida de ideias estabelecidas e práticas realizadas (MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

Itinerários terapêuticos sempre se referem a uma outra rede social que pode inserir ou não as redes de serviço de saúde, portanto há um potencial relevante no sentido de aclarar os contornos peculiares do cuidado, sejam esses realizados em locais públicos, sistemas e grupos, espelhando a qualidade de vínculos estabelecidos nesse meio e o potencial de cuidado (PINHEIRO et al., 2016).

A experiência de usuárias(os) em busca das ações de saúde espelha a organização e a produção dos serviços de saúde e os efeitos na vida das pessoas respondendo ou não a suas necessidades sob os princípios da integralidade e com resolutividade nas ações. Retomar os caminhos ou peregrinações de usuárias/os pode nos evidenciar as implicações dos sistemas de saúde nesses itinerários bem como os efeitos que produzem nas pessoas e em suas famílias (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

A lógica das instituições prestadoras de serviços em saúde se reflete nas práticas profissionais e em sua organização, que respondem a necessidades da população assistida. A lógica de usuárias/os e suas famílias é oriunda de suas necessidades, nem sempre planejadas, de caráter intuitivo e compreende caminhos peculiares, não se restringindo a serviços oficiais de saúde como local privilegiado. No entrelaçamento dessas lógicas, é que surgem os ITs, implicando uma na outra, pois não acontecem separadamente (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

A compreensão da experiência em busca de cuidados desvela facilidades, dificuldades e limites e o modo como os serviços colaboram ou não para resolutividade do problema de saúde, demonstrando se há peregrinação. A análise das redes sociais de apoio evidencia os laços interpessoais que se formam nos deslocamentos, durante a caminhada. Além disso, conhecendo os itinerários, podemos analisar as práticas profissionais e suas operações e de

que modo têm influenciado na trajetória percorrida por usuários/as e sua família, inclusive a de permitir ou facilitar o acesso ao serviço de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

Podemos considerar que os itinerários terapêuticos são potenciais ferramentas de análise para observar como tem funcionado a busca por cuidados à saúde, como tem sido ofertado esse cuidado bem como os fluxos que podem percorrer na rede de atenção. Permitem, ainda, uma abordagem que contorna a demanda do adoecimento sob a lente de quem o vivencia de fato, pois temos duas lógicas a serem seguidas: a dos serviços de saúde e a de usuárias/os e famílias, esses que são manifestos por trajetórias construídas por essas próprias pessoas, a partir de diferentes estratégias (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2008).

Os caminhos percorridos e a experiência vivenciada durante esse processo podem servir de subsídio para vislumbrar as múltiplas possibilidades de enfrentamento a situações de saúde e que fogem de caminhos oficiais de assistência. Isso nos remete à ideia de que a rede assistencial de saúde oficial pode não ser satisfatória na atenção à saúde das pessoas. Além disso, a vivência dos trajetos está permeada por relações, acontecimentos, facilidades e dificuldades que conjecturam uma experiência singular na vida de cada pessoa e acarreta em repercussões no seu estado de saúde.

A sociedade, regida por uma espécie de biopoder, cria um cenário de guerra em que se faz necessário que as combatentes, as mulheres, resistam ou não resistam a esse tipo de controle sobre seus corpos e sua sexualidade, e assim estabelecem uma rede de solidariedade entre elas (GONZAGA, 2015).

Muitas mulheres já colaboraram com outras em situação de abortamento, dando agilidade à realização do procedimento, sendo consideradas como pessoas com quem se pode contar no momento de acionar uma rede de cuidados e dispositivos que auxiliem outras mulheres na realização do abortamento. Esse é um dos sinais de que a cultura do aborto existe, contudo de modo secreto e é compartilhada entre as brasileiras e transmitida geracionalmente (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

A prática do aborto se faz presente em grupos e sociedades diversas independentemente de crenças religiosas, pois em alguns momentos a interrupção da gestação se torna uma imposição na vida da mulher (HEILBORN, 2012a).

Frente a essa realidade, os itinerários abortivos mantêm-se como processos secretos por meio dos quais mulheres buscam efetivar o aborto. Esse cenário sigiloso se dá em especial pela ilegalidade do procedimento no Brasil. Além disso, contamos com questões morais e religiosas que incumbem a mulher de silenciar as suas experiências com receio de

julgamentos de pessoas próximas e de profissionais (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2005).

O itinerário do abortamento é o caminho escolhido pela mulher para a realização do procedimento. Essa trajetória perdura desde o atraso menstrual até os cuidados no pós-aborto. Dele fazem parte ritos, práticas, saberes, costumes e nele se negociam questões de moralidade relacionadas à temática do aborto, ao atraso de menstruação e à regularização do ciclo (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

De modo geral, os itinerários se iniciam no próprio domicílio, fazendo uso de medicações abortivas, a exemplo do misoprostol, chás, infusões e alimentos que têm por finalidade a “regularização do ciclo”, buscando-se as instituições de saúde para finalização do procedimento (TORNQUIST; PEREIRA; BENETTI, 2012).

Algumas fórmulas comuns no início da caminhada e que facilitam a “regularização do ciclo” são pimenta, buchinha-do-norte, arruda, rosas brancas e vermelhas com cravo e canela, coca-cola no sereno com o sonrisal, dentre outras combinações de ervas e líquidos seguidas do desfecho de abortamento e finalização em hospitais (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Quando as formulações abortivas não obtêm êxito, as mulheres costumam dar continuidade ao seu caminho, em busca do diagnóstico da gestação, procurando por exames como o beta HCG, teste de farmácia ou ultrassom (DINIZ; MEDEIROS, 2012). Os itinerários abortivos se diferenciam acentuadamente com relação aos percursos, estratégias e redes em busca do propósito de abortar, contudo o desfecho final costuma ser o mesmo, no sentido de finalização do procedimento em unidades de saúde, após a utilização de medicações abortivas (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

O cenário atual do abortamento é fortemente caracterizado pelo uso dessas medicações abortivas, em especial do misoprostol, principal droga utilizada e abordada pela literatura. A epidemiologia do aborto foi modificada com a entrada do misoprostol no mercado, desde os anos 90 do último século, acentuando as internações para finalização de abortamentos e quedas na mortalidade materna (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Para além das medicações, o exame ultrassonográfico (USG) tem feito parte dos itinerários abortivos e influenciado a decisão das mulheres com relação ao procedimento. O exame permite a visualização do feto que pode se tornar um conflito moral na vida da mulher que assistiu à imagem (RAPP, 2000). Algumas estratégias são acionadas quando as mulheres iniciam seus itinerários abortivos, e desse modo, a ultrassonografia faz parte do cenário no sentido de confirmação da gravidez ou da finalização do abortamento.

Os significados que são atribuídos a todos os dispositivos e práticas realizadas por mulheres, durante seus itinerários para o aborto, estão relacionados à noção de que a mesma

soube estar grávida naquele momento, pois até esse reconhecimento acontecer o aborto assume uma conotação tolerável e livre de alguns aspectos morais (LEAL; LEWGOY, 1995).

Para realizar a USG, a mulher precisa buscar um serviço de saúde e, portanto, ser assistida por sua equipe de recursos humanos. Ao declarar o atraso da menstruação já está compartilhando a informação de uma gravidez e, em seguida, ela visualizará o embrião/feto, antes do abortamento (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

A ultrassonografia tem ocupado um papel de destaque dentre os itinerários abortivos percorridos por mulheres, e a sua prática é incorporada às práticas de saúde. Essa é percebida por simbolismos criados a partir da moral e da criminalização do abortamento que implicam em condenação da mulher que aborta (LIMA, 2015).

Alguns estudos têm buscado explicações sobre a realização da ultrassonografia e a influência na decisão de mulheres com relação ao aborto. Alguns grupos pró-vida têm se esforçado no sentido de alcançar leis que obriguem as mulheres a realizar exames que permitam a visualização de imagens, considerando que essa possa despertar o seu desejo de ser mãe (WALDMAN, 2014). Assim, o exame ultrassonográfico pode ser considerado um momento de reflexão sobre a possibilidade do aborto, uma vez que as mulheres podem considerar-se envolvidas emocionalmente a partir da visualização de imagens (SILVEIRA, 2014).

Entendemos que, partindo da lente simbólica, é construído um conceito para a gravidez a partir da visualização de imagens ecográficas. Desse modo, nas fases iniciais da gestação, profissionais costumam desestimular a alusão à natureza humana do conceito se contrapondo a essa ideia. Quanto mais tardia a gravidez, muda-se o processo de significação e se considera já existir pessoa naquele período gestacional, aprimorando nessa ocasião os aspectos enfáticos da moral que condena o ato do abortamento (LIMA, 2015).

A aferição dos níveis de β -hCG sérica é tão viável quanto a ultrassonografia, pois identifica gravidez ectópica ou contínua, favorecendo na prática clínica confirmações de abortamentos e, portanto, o procedimento pode ser realizado com segurança sem necessariamente realizar exames de imagem (EL-BARADIE, 2008).

Vale ressaltar que apesar de algumas mulheres serem influenciadas após a realização da ultrassonografia e decidirem por fazer permanecer a gestação, é ilusório o ideal de perpetuar essa prática como imposição às mulheres, pois implica em uma subestimação da mulher, aludindo ao fato de a mesma não conseguir pesar cuidadosamente o que de fato ela deseja escolher naquele momento e o contexto no qual está inserida, seja financeiro, de *status* civil, planejamentos pessoais, éticos e emocionais (WALDMAN, 2014). Isso porque deve-se

considerar que a decisão da mulher não se dá de modo individual, pelo contrário se constrói oriundamente dos itinerários percorridos e espaços contextuais da mulher que aborta (HEILBORN et al., 2012b).

Os itinerários abortivos são somados à busca por pessoas que possam colaborar no processo, estando condicionados ao conhecimento, a condições financeiras para adquirir medicações abortivas e ao atendimento em unidades de saúde. Todavia, quando essas condições não são possíveis, a finalização ocorre em âmbito doméstico, com a expulsão dos restos ovulares e com a utilização da medicação Methergin que já tem indicação para o pós-abortamento, além de ervas, infusões e outras possibilidades (PORTO; SOUZA, 2013).

Os itinerários das mulheres mais jovens costumam oferecer maior risco do que os itinerários de mulheres mais velhas, ganhando contornos peculiares. Recorrem amplamente a espaços domésticos clandestinos em que recebem auxílio para abortar com utilização de sondas e outros dispositivos, utilizando menos as medicações (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Durante a juventude, a prática do abortamento está relacionada fortemente ao que foi aprendido sobre regras e normas de relacionamentos afetivos sexuais em casais heterossexuais, dentre essas as negociações relacionadas à contracepção (HEILBORN et al., 2012a). Apesar de algumas evidências na literatura sobre itinerários em diferentes faixas etárias, o conhecimento sobre as práticas abortivas com essas classificações ainda é muito superficial, além disso não se tem ainda o conhecimento sobre as pessoas, por exemplo, que auxiliam uma adolescente quando a mesma decide abortar (NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2012).

De modo geral, os itinerários percorridos consistem em: informações sobre o método de escolha para abortar, busca pela fonte do recurso, próprio ou de terceiros, compra do medicamento sozinha ou com a ajuda de pessoas próximas, venda do medicamento, algum balconista da farmácia ou alguns especialistas em ervas e infusões. As causas para ir ao hospital são sangramento ou dor, com período de latência entre 3h e 72h. Em todos esses casos, a mulher pode contar com a ajuda da mãe, irmã, parente, amigas, vizinhos e outras pessoas que façam parte da sua rede de relações (NUNES; MADEIRO; DINIZ, 2012).

Todos os métodos utilizados para realização do aborto, a sequência de tempo ocorrida para obtenção de resultado e possíveis sequelas dos procedimentos podem ser considerados como itinerários abortivos, considerando-se assim como um resultado de estratégias utilizadas, incluindo as dificuldades encontradas no caminho. Essas trajetórias costumam ser bastante sinuosas, com graves consequências, marcadas por disparidades econômicas e sociais, constituindo-se em verdadeiros dramas sociais e de saúde pública (HEILBORN et al.,

2012a).

Podemos considerar ainda que o retorno ao domicílio não encerra o ciclo do abortamento, pois temos de considerar os cuidados na fase do pós-aborto. A mesma condição se aplica para mulheres que não utilizaram serviços médicos, pois os cuidados também podem ser compartilhados através de sua rede social e afetiva (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Os itinerários percorridos refletem expressivamente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde oficiais e para ter uma assistência qualificada, quando chegam para finalizar o procedimento. A dificuldade em ter acesso às instituições oficiais de saúde, bem como algumas práticas de má qualidade oferecidas, influenciam mulheres a buscar outros locais onde possam ser assistidas em suas necessidades. No contexto do abortamento, o direcionamento acaba acontecendo para o mercado clandestino, colocando a sua saúde e vida em situação de risco.

O conceito de acesso à saúde é compreendido por meio da ideia de utilização dos serviços oferecidos, sendo resultado da interação entre comportamento da/o usuária/o até prestadoras/es de serviços. A acessibilidade faz referência ao que é de fato acessível, no sentido de apontar o ato de entrada e ingresso em determinado local (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

As normas internacionais de direitos humanos fundamentam a razão de as mulheres decidirem sobre seus próprios corpos, sua vida sexual e reprodutiva (ONU, 2016a). A ilegalidade do aborto exclui a possibilidade de busca pelo serviço de saúde e por cuidados básicos no momento do abortamento. Vale ressaltar algumas barreiras impostas às mulheres como infraestrutura, capacitação de profissionais, questões geográficas, recursos financeiros, questões burocráticas e não atenção às normas técnicas do Ministério de Saúde.

De acordo com resultados de pesquisas avaliativas do serviço de saúde, comprovamos que a atenção de fato tem contrariado a proposta das normas técnicas como por exemplo: a impessoalidade durante a assistência, não favorecendo o diálogo explicativo sobre procedimentos, o desrespeito à privacidade das mulheres, a discriminação por parte da equipe, a espera prolongada para ser assistida, a predominância de curetagem a métodos menos invasivos, compartilhamento do espaço com parturientes, alta realizada de modo burocrático com poucos esclarecimentos (AQUINO et al., 2012)

Na perspectiva de mudanças qualitativas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM foi criada com o objetivo de melhorar a atenção obstétrica no país, inserindo o abortamento inseguro nos campos de atenção (BRASIL, 2016). Contudo, o que percebemos é uma desatenção ao que é posto nas Políticas e em normas técnicas, o que

desfavorece a busca pelo serviço e desqualifica a assistência à mulher.

Há deficiência nos serviços de saúde com relação ao acesso, ao acolhimento e à assistência à mulher em abortamento. Observam-se lentos avanços nas políticas de atenção ao abortamento no Brasil. Além da regulamentação nos anos de 1980, foi lançada em 2005 uma Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, atualizada em 2011, que por fim reconhece a problemática da realidade envolvendo o aborto inseguro e busca a organização da assistência (AQUINO et al., 2012).

A norma técnica de atenção ao abortamento determina que para consolidação da sua proposta se faz necessária a comunicação entre a comunidade e profissionais de saúde com vistas à prevenção das gestações não planejadas e do abortamento inseguro, com boa utilização dos recursos. Devem-se, também, assegurar a qualidade dos serviços com acolhimento e orientação; assistência clínica adequada com base nos pressupostos éticos, legais e bioéticos; oferta de planejamento reprodutivo após o abortamento e a integração com outros serviços de atenção integral à saúde e inserção social (BRASIL, 2010).

A falta de preparo da equipe de saúde diante de temas, a exemplo do abortamento, dentre outras, pode ser também correlacionada à ausência dessas abordagens na formação acadêmica que influenciam fortemente a atuação da equipe (FARIAS; CAVALCANTI, 2012). Em relação à enfermagem, o que podemos observar é uma assistência carregada de atitudes com discriminação, comportamentos que condenam e julgam as mulheres, descaso e preconceito (GESTEIRA; DINIZ; OLIVEIRA, 2008).

Precisamos entender que as usuárias do serviço, independente de provocar ou não o aborto, necessitam de assistência digna e qualificada (SILVA; BIANCO, 2009). Assim, inserir a análise desses itinerários abortivos implica em compreender as práticas socioculturais e os diferentes contextos em que vivem as mulheres brasileiras, e a partir de novos elementos compreender o lugar social que o aborto ocupa em nossa sociedade. Além disso, faz-se necessário compreender como persiste a prática que é enrodilhada de buscas, decisões, recursos disponíveis e redes de influência.

Nesse sentido, refletimos sobre o tipo de acesso que a mulher brasileira vivencia no serviço de saúde, diante de uma legislação que a proíbe de exercer o direito sobre o seu corpo. Privar as mulheres de ingressar no serviço de saúde é restringir a sua autonomia enquanto pessoa, impossibilitando-as de exercer os seus direitos na condução da sua própria vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIREITOS REPRODUTIVOS E MATERNIDADE

A luta das mulheres por direitos de cidadania remonta ao século XVIII, tendo como referência a Revolução Francesa, em 1789, ano da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, contra a qual algumas mulheres se rebelaram. Houve, desde então, mobilizações de mulheres voltadas principalmente para a luta por direitos civis e políticos que se fortaleceram a partir do século XIX (COELHO; FONSECA; GARCIA, 2006).

Assim, o movimento feminista surgiu na França, no século XIX, buscando igualdade de direitos entre homens e mulheres e lutando para que essas ocupassem espaços públicos até então exclusivos dos homens. As reivindicações iniciais eram centradas no direito à educação, trabalho, divórcio e em especial ao voto. Somente a partir do século XX é que há um direcionamento para os direitos reprodutivos, com mobilizações que defendiam a ruptura entre sexualidade e procriação, se confundindo com outros movimentos da época, a exemplo dos malthusianos e eugênicos (ÁVILA, 2001).

O feminismo se organiza como movimento social e político, na década de 1960, na Europa, com a temática dos direitos reprodutivos inserida em seus campos político e teórico, reivindicando a liberdade reprodutiva, o direito sobre seu próprio corpo e o reconhecimento dos problemas das mulheres como parte das questões políticas (RIBEIRO, 1993).

No contexto nacional, é na segunda metade do século XX, final da década de 1970, que o movimento feminista se organiza politicamente, uma vez que com a entrada dos contraceptivos no mercado, as mulheres ganharam uma maior liberdade com relação à sexualidade, perpassando as questões morais da época. Na década anterior, foi criada a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM, filiada à Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF), com interesses controlistas (COELHO; FONSECA; GARCIA, 2006).

O objetivo do movimento seria, desde então, uma reformulação de estruturas materiais e também simbólicas da sociedade que permitissem as transformações das relações de gênero, com igualdade, liberdade, e segurança dos direitos das mulheres (ÁVILA, 2001). Busca a ruptura com a moral tradicional que submete as mulheres a padrões de sexualidade e reprodução, havendo reação no campo político, a partir de setores fundamentalistas que se posicionaram contra as modificações sociais e culturais nesses âmbitos, a exemplo da forte reação em oposição à legalização do aborto (ÁVILA, 2003).

No Brasil, no tocante ao abortamento, as discussões se iniciaram nos anos de 1980 do século XX, com o movimento feminista que, desde então, passou a apresentar propostas de descriminalização, com base na defesa da autonomia das mulheres sobre seu próprio corpo e ênfase na liberdade, privacidade e intimidade, reivindicando revisão do Código Penal (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Nos anos de 1980, com o favorecimento no quadro de luta das mulheres na conquista dos seus direitos, a saúde das mulheres foi inserida no contexto dos problemas sociais. O movimento feminista reivindicava políticas específicas e participou da elaboração, em 1983, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM, oficializado no ano seguinte, com o lançamento pelo Ministério da Saúde do documento intitulado Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (COELHO; FONSECA; GARCIA, 2006).

O PAISM surgiu antes do Sistema Único de Saúde e foi pioneiro no uso do termo integralidade da assistência, termo que define a totalidade da pessoa humana como objeto-alvo do cuidado em saúde. No campo da saúde da mulher, a integralidade envolve a abordagem de gênero, uma vez que percebe a mulher inserida no seu contexto social, para além do corpo biológico e das funções reprodutivas (SOUTO, 2008).

Com o advento da Declaração da Década da Mulher (1975-1985), elaborada pela Organização das Nações Unidas (ONU), ampliaram-se também, no país, os espaços para discussões sobre sexualidade, sendo o marco desse momento a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Contra a Mulher – CEDAW, instrumento jurídico internacional que colaborou significativamente com todas as mulheres do mundo, e de extrema relevância na construção dos Direitos Humanos das Mulheres (COELHO; FONSECA; GARCIA, 2006).

A expressão direitos reprodutivos, oriunda do ano de 1979, foi amplamente divulgada a partir de 1984, significando os direitos das mulheres em regular a sua própria sexualidade e reprodução, e requerendo dos homens o posicionamento responsável pelas consequências das suas práticas sexuais, cabendo ao Estado garantir a todas, por meio de políticas, ferramentas que viabilizem as suas escolhas em contextos que favoreçam as decisões (RIBEIRO, 1993; CORRÊA; PETECHESKY, 1996; AZEREDO; STOLCKE, 1991).

Os Direitos Reprodutivos fazem parte dos Direitos Humanos universais, que são reconhecidos por leis internacionais e nacionais, e regulam deveres e direitos por meio de princípios, normas e regras nos campos administrativos e judiciais em relação à saúde sexual e reprodutiva (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

Os Direitos Humanos se constituem em uma conjectura de direitos sociais, de caráter universal adjuntos à condição de pessoa, inerentes em especificidades de sociedades e culturas diversas (VILLELA; ARILHA, 2003). Os direitos conferem poder e forças à sociedade, contudo para que os mesmos se tornem efetivos, faz-se necessário que haja uma identificação de como se trata esse direito e como o mesmo é reconhecido pelas ordens jurídicas nacionais e internacionais (UNFPA, 2004).

No Brasil, o marco dos direitos sexuais e reprodutivos, como parte da luta política, ocorreu concomitante à Constituição Federal de 1988, que reconhece o direito à saúde inserido no conjunto de direitos sociais, no Artigo 6º, determinando que a saúde é direito de todos e dever do Estado (GALLI; ROCHA, 2014).

A II Conferência Internacional de Direitos Humanos ocorrida em Viena, 1993, ressaltou os direitos das mulheres como direitos humanos. No ano seguinte, em 1994, no Cairo, a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) a consolida e reconhece o aborto inseguro como problema de saúde pública. Em Pequim, na Conferência Mundial sobre Mulheres, destacou-se a distância das mulheres das esferas de poder e foi defendido o empoderamento de gênero. Aos Estados foi cobrada a erradicação de leis e medidas contra as mulheres que realizam abortos clandestinos a partir do documento emitido pela Relatoria do Direito Humano à Saúde Sexual e Reprodutiva (GALLI; ROCHA, 2014).

No Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, e da IV Conferência Mundial da Mulher, países signatários assumiram compromisso no sentido de viabilizar o direito à liberdade reprodutiva, a exemplo da livre decisão sobre ter ou não ter filhos/as, número de filhos/as, intervalo entre as gestações, e garantia de informação aos meios para uma saúde sexual e reprodutiva livre de qualquer tipo de discriminação (UNFPA, 2004).

Ademais no ano 2000, as Metas do Milênio visionavam a conjunção entre sexualidade e saúde reprodutiva, mortalidade materna e as políticas voltadas ao desenvolvimento (GALLI; ROCHA, 2014). Entre seus objetivos destaca-se promover a igualdade entre os sexos, a autonomia das mulheres e a melhoria da saúde materna (UNITED NATIONS, 2015).

No ano de 2004, a I Conferência Nacional de Política para Mulheres constitui marco histórico que culmina com o mapeamento de demandas e ações que deram início à configuração de parâmetros para o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres sob comando da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – SPM (WERNECK, 2009).

Em 2007, foi lançado o Programa de Planejamento familiar, apoiado pelo movimento feminista, quando o aborto já era amplamente reconhecido como problema de saúde pública.

Feministas aproveitaram assim o ensejo para reafirmar princípios e defender a laicidade do Estado e a descriminalização do aborto (SCAVONE, 2008).

Ressalva-se que o programa de Planejamento Familiar há de ter subsídios suficientes para que não se esgote apenas no repasse de informações sobre métodos de contracepção, mas além dessa esfera, possa criar espaços de diálogo entre homens e mulheres, sobre direitos sexuais e reprodutivos (NADER; BLANDINO; MACIEL, 2007).

O diálogo e o compartilhamento podem ser entendidos como um modo de tentar modificar o modelo hegemônico e conservador que distancia os homens da responsabilidade, quando o assunto é gravidez não planejada ou cuidados paternos com as crianças. Modificar esse modelo representa almejar o compartilhamento de responsabilidade e tarefas no que diz respeito à contracepção, à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e a outras dimensões da vida reprodutiva (ÁVILA, 2003).

Em 2015, os objetivos do Milênio foram avaliados e a constatação de importantes desigualdades de gênero fez-se manter na agenda “Pós- 2015” do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil, uma das metas do Milênio Sustentável é “alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas”, ganhando enfoque a luta contra discriminação, violência, práticas de mutilação e casamentos precoces, incentivo à valorização do trabalho doméstico, acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, acesso a direitos iguais na esfera econômica, utilização de tecnologias comunicacionais e de base, consolidação das políticas de igualdade de gênero e empoderamento de meninas e mulheres (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO NO BRASIL, 2016).

A mulher nem sempre foi percebida como dedicada à maternidade. No contexto histórico do século XIII, na França, as mulheres entregavam suas crianças recém-nascidas às amas de leite e apenas as buscavam por volta dos quatro ou cinco anos de idade. Esse relacionamento era visto como algo aceitável, característico do relacionamento mãe-criança e não se questionava o amor considerado materno (BADINTER, 1985).

O comportamento de entregar filhas/os a amas de leite cuidadoras pode ser percebido como uma indiferença das mães com sua prole, em especial quando há relatos de que muitas sequer buscavam notícias de suas crianças, no decorrer do período que estavam sob cuidados externos (BADINTER, 1985).

No contexto do exercício da maternidade, a indiferença que pode ter ocorrido em certas fases da história na sociedade pode se expressar de diversos modos, como frieza, falta de interesse pela criança ou ainda como proteção sentimental exacerbada. Contudo, há relatos

também de mães que choravam quando filhos/as morriam, comprovando que o amor materno poderia sim existir, contudo em graus variáveis (BADINTER, 1985).

O aspecto econômico contribuiu para o comportamento das mães burguesas que adotavam a ideia do amor as/os filhas/os em excesso como algo deselegante bem como perda de tempo frente a ideias sociais convencionais da época; realizar visitas, comprar roupas, ter uma vida social brilhante (ARIES, 1978). Portanto, os comportamentos atribuídos às mães podem configurar-se acompanhados em especial das ideologias e dos valores sociais em cada época e em cada sociedade, desmitificando que o amor materno é da essência da mulher que nasceu para procriar e ser mãe.

A partir do século XIX, a organização social se modificou e foi atribuída à mulher a responsabilidade pelo lar e pela criação de filhos/as, construindo-se o “mito do amor materno”, sendo essa mulher considerada superior às demais que não estavam dispostas a exercer as atividades maternas (BADINTER, 1985).

A determinação social de ser mãe imposta à mulher culminou em uma discriminação massiva das mulheres que foram julgadas incapazes para outras esferas, afastando-as do mundo dos negócios, do poder e ficando submetidas ao espaço doméstico, incumbidas do cuidado e educação das crianças (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012).

A temática da maternidade é alicerçada em bases sagradas, considerando-se que a mulher no inconsciente social é relacionada à virgem Maria, símbolo da pureza e do amor voluntário (BADINTER, 1985). Nesse sentido, a maternidade foi construída em torno de uma devoção e sacrifício da mulher para com as crianças e a família, e se estabeleceu a condição de ser mãe como atributo feminino (MOURA; ARAUJO, 2004).

No Brasil Colônia, os conceitos relacionados à maternidade como condição inerente à mulher, a monogamia e a aceitação da virgindade mantiveram a regulação da vida sexual feminina. Assim, os três modelos mais esperados de mulher, segundo papéis sociais, eram o de ser mãe, esposa e prostituta, este último vinculado à ruptura com a ordem social (PRIORI, 1995).

Características como docilidade, abnegação, ternura e dedicação asseguravam a permanência feminina no espaço doméstico, considerando-se assim a maternidade inscrita no corpo feminino (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012). À mulher portanto, cabia a missão da concepção, ainda que contrariamente à sua vontade e sem opções suficientes de contracepção, pois a utilização de métodos contraceptivos era algo condenável mesmo para mulheres casadas (ROCHA; BARBOSA, 2009).

A maternidade espelha parte da disparidade existente entre os sexos na sociedade,

moldada por valores atribuídos à sexualidade e à reprodução (VECCHIO, 1990). A sexualidade é instrumento que transpõe o sexo do plano particular para o social, e modos diferentes de interpretação podem dificultar o entendimento de sua interdependência, pois as normas organizativas do imaginário sobre sexualidade, comportamentos sexuais, reproduções biológicas e sociais conformam-se na estrutura cultural e sensorial que estipula valores e ações para cada sexo (FOUCAULT, 1982).

Desse modo, o amor materno não está implícito na natureza da mulher, não é condição feminina, esse sentimento pode ser modificado no decorrer do tempo, com as variações de cultura, ambições, ou frustrações, considerando-se desse modo um sentimento como outro qualquer, baseado em incertezas, fragilidades e imperfeições (BADINTER, 1985).

O cuidado maternal é assim construído socialmente e advindo de mudanças históricas, políticas e também econômicas. A mulher desenvolve as habilidades a depender de seus desejos, permissões, frustrações e modos de perceber e representar cada situação (CHODOROW, 1990).

As possibilidades de optar pela maternidade mais abertamente se deram apenas no século XX e em consequência da urbanização e da industrialização que contribuíram significativamente com novos valores e construíram novos padrões de consumo e de comportamento (SCAVONE, 2001b).

Na atualidade, a maternidade reflete as características do tempo em que vivemos. Em uma sociedade rápida, prática e superficial em que a exposição do corpo e da sexualidade é naturalizada socialmente, a mulher está ressignificando o seu papel, estabelecendo novas estratégias, outras questões e outros desejos que perpassam a habilidade de ser mãe (AGUIAR; SILVERA; DOURADO, 2011).

Apesar da pressão social em torno da necessidade de ser mãe, a maternidade está começando a ser relativizada, e as mulheres aprendendo a lidar melhor com essas situações e sentimentos decorrentes (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012). Contudo, a mulher que escolhe não ser mãe é vista como um ser anormal, egoísta e descompromissada, não se encaixando assim nos padrões sociais construídos sob valores culturais e históricos (RIOS; GOMES, 2009).

3.2 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Tendo em vista o objeto de estudo da pesquisa tratar de tema relacionado à subjetividade da mulher e a seus aspectos relacionais, característicos de estudos qualitativos,

consideramos essa abordagem a mais adequada à nossa proposta. Para tanto, utilizar o gênero constituiu categoria analítica compreendendo que o olhar sob essa perspectiva produz reflexões sobre disparidades sociais e de gênero que influenciam sobretudo na vida e saúde das mulheres.

A construção de gênero como categoria analítica dá-se na década de 1980, sob autoria da historiadora americana Joan Scott, representando posição de feministas americanas que insistiam no caráter social das diferenças fundamentadas no sexo.

O conceito de gênero foi elaborado para questionar as diferenças sexuais que foram naturalizadas e busca explicar e transformar papéis sociais atribuídos a homens e mulheres no decorrer do tempo e que se relacionam com posições antagônicas e hierárquicas (HARAWAY, 2004). O termo gênero aponta uma rejeição ao biologicismo imbricado nas palavras sexo e diferença sexual. Antes da sua formulação como categoria analítica, algumas pesquisadoras já se interessavam por aspectos relacionais de gênero e já se escreviam sobre as desigualdades sociais baseadas nos aspectos raça, classe e gênero (SCOTT, 1989b).

Os estudos anteriores de gênero não conseguiam responder aos desafios apontados pelas feministas que se tornavam descritivos e reiterados, não se comprometendo com a análise e teoria de fato (MACHADO, 1998). O redirecionamento de gênero ocorreu a partir do entendimento de que as mulheres não podem ser estudadas ou analisadas separadas dos homens, pois ambos se interconectam, são constructos sociais e relacionais que inclusive se articulam com outras categorias como classe, raça, religião, dentre outros (SCOTT, 1991; MEYER, 1996).

O conceito de gênero, entre os anos oitenta e noventa, ganhou ênfase em campos intelectuais anglo-saxônicos, na sociologia, antropologia, história, literatura, filosofia e psicologia. Envolveu nesse contexto a ideia radical de ruptura com o determinismo biológico das desigualdades entre as categorias de homem e mulher, bem como reinterpreta os simbolismos relativos às noções de feminino e masculino (MACHADO, 1998).

Os estudos de gênero afirmam o consenso de que não há quaisquer determinações biológicas para o lugar social das mulheres, bem como reafirmam as relações de gênero como construções sociais (GIFFIN, 2005; ROHDEN, 2009). Dentre as disparidades sociais, a submissão das mulheres aos homens passou a ser observada também a partir de outras dimensões além de gênero, a despeito de raça e classe não sendo esse o único eixo que marca as diferenças nas relações sociais (MOORE, 1997).

Gênero como categoria de análise é construído a partir do debate entre três posições teóricas: a vinculada ao patriarcado; a vinculada à tradição marxista e por fim, a segmentada

entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas, inspiradas na psicanálise (SCOTT, 1995).

As feministas que seguem a primeira linha, representadas pelo patriarcado, referem existir um sistema político de dominação masculina, que submete as mulheres a partir de relações de poder no seio do parentesco, ligando as desigualdades à reprodução, com primazia da paternidade e obscurecimento do papel das mulheres (SCOTT, 1995).

O patriarcado é um modo de organização social com fortes raízes culturais que exercem influência nas representações de mulheres na sociedade, a serem então percebidas pela submissão aos homens, seja de modo físico, mental ou espiritual. Aos homens desse sistema foi incumbida a missão da produção, relacionada às atividades de trabalho e amparo às mulheres, e a essas foi incumbida a atividade de reprodução que se caracteriza por prover condições para o nascimento e o desenvolvimento de outros seres humanos (SCOTT, 1995).

As teóricas que seguem a linha do marxismo adotam uma abordagem histórica e buscam uma explicação material para as desigualdades de gênero. Responsabilizam o sistema capitalista pela dominação masculina, partindo das relações de produção e reprodução. A teoria marxista se volta então para o caráter social mais prevalente que o sexual ligada à economia e à produção (SCOTT, 1989a).

A terceira linha, representada por feministas pós-estruturalistas, introduz a discussão sobre sexualidade na perspectiva foucaultiana. Valoriza também a estrutura psíquica inspirada na psicanálise com ênfase às relações de objeto, Escola Anglo-Americana; e o papel da linguagem como designantes de sistemas de significação e simbolismos, da leitura e da escrita, focando nas etapas iniciais de desenvolvimento da criança e sendo representada pela Escola Francesa (SCOTT, 1989a).

Gênero como constituinte das relações sociais implica em quatro aspectos que se inter-relacionam: símbolos culturais, conceitos normativos, política e identidade subjetiva. Os símbolos favorecem as representações que podem ser contraditórias; os conceitos evidenciam interpretações sobre o significado dos símbolos; a política, por envolver gênero na composição e operações de organizações políticas; e a identidade subjetiva, que se relaciona à identidade que é transpassada pelo gênero (SCOTT, 1995).

Gênero como categoria analítica parte de duas proposições fundamentais: gênero como constituinte das relações sociais, baseadas nas diferenças percebidas entre sexos, evidenciando um caráter social, cultural e histórico de gênero e gênero como modo inicial de significar as relações de poder, havendo vinculação entre ambas. A partir desse ponto, requer questionamentos de como esse eixo implica em relações sociais, qual o sentido de

organização atribuído por gênero e como interfere na percepção do saber histórico (SCOTT, 1995).

As abordagens de gênero mais utilizadas seguem a divisão em duas categorias: descritiva, baseada em fatos ou contextos reais sem interpretação, explicação ou detalhamento de causa, e a segunda, baseada em causalidade, abordando teorias sobre a essência dos fenômenos e dos contextos reais para a compreensão de como e por que os fenômenos ocorrem de determinado modo (SCOTT, 1995).

Gênero também pode ser compreendido como o primeiro modo de atribuir significado a relações de poder em uma sociedade que, em complexidades e operacionalizadas em símbolos, discursos, práticas e instituições, constitui o que chamamos de hierarquia entre homens e mulheres e produz as disparidades sociais (SCOTT, 1991).

Constitui-se, assim, como um constructo de percepções e organizações concretas e simbólicas da vida social, estabelecendo distribuições de poder por meio do controle ou acesso a recursos materiais e simbólicos, estando imbricado na concepção e construção do poder em si (SCOTT, 1995).

Portanto, gênero como construção social não se expressa do mesmo modo em todos os locais e tempos, está imbricado em uma teia de hábitos, costumes, crenças, religiosidades, experiências e modos de organização social, variando entre os povos. O que pode ser papel do masculino em uma sociedade pode ser feminino em outras, a que podemos denominar de representações de gênero e que estabelecem as relações entre gêneros (AZEVEDO, 2006).

As relações de gênero são configuradas e reconfiguradas a partir das construções sociais influenciadas por traços de cultura de cada sociedade, assim os corpos, a psique, a sexualidade e reprodução humana precisam ser compreendidos a partir das construções socioculturais (MOORE, 1997).

Isso porque a depender da cultura e da historicidade, os papéis de homens e mulheres podem ser reconfigurados socialmente, significando que direitos, deveres e aspectos valorativos são modificáveis, no decorrer do tempo e do contexto cultural (SANTOS; BUARQUE, 2006).

As construções de gênero não são rígidas e sim flexíveis, passíveis de mediações, pois são compartilhadas em uma série de variáveis culturais e políticas, sendo necessário discutí-las sob diversas dimensões para que nenhuma verdade sobre masculino ou feminino possa ser estabelecida (MACHADO, 1998). Gênero faz parte da identidade de cada pessoa, portanto as instituições e as práticas sociais são constituídas por gênero e constitutivas de gênero (AZEVEDO, 2006).

O conceito de gênero é substancialmente útil para o entendimento da sociedade em que vivemos, pois favorece a compreensão das representações de homens e mulheres em diversas sociedades. Ademais, gênero nos possibilita compreender disparidades de cunho econômico, político e social existentes entre os sexos e que não são fruto das diferenças biológicas e sim produto das relações estabelecidas entre os mesmos e das relações de pessoas com a natureza no desenvolvimento do seu ambiente social (SANTOS; BUARQUE, 2006).

Gênero favorece, portanto, a compreensão de uma significativa parcela dos problemas que envolvem as mulheres, vistas as definições de papéis que a sociedade lhe atribui, nos âmbitos político, de trabalho, familiar bem como nos campos de reprodução humana e sexualidade (SCOTT, 1995).

Gênero se tornou um paradigma à medida em que houve uma desconstrução do seu conceito, para que o mesmo ampliasse o olhar para a distinção entre biologia e gênero. Ao afirmar sua transversalidade pôde ser diferenciado das noções anteriores em que era comparado a um estudo sobre mulheres (MACHADO, 1998).

Estudos de gênero lutam pelo sistema simbólico que envolve cultura, política, aspectos econômicos, entrelaçando as relações de gênero, indicando uma diferenciação entre essas para não estabilidade de quaisquer tipos de caracterizações ligadas a homens e mulheres (MACHADO, 1998).

A lente de gênero colabora significativamente, pois amplia as perspectivas que possibilitam as reflexões e o engajamento em atividades sociais direcionadas para a reformulação de fenômenos relacionados ao processo saúde-doença, a partir do entendimento dos aspectos determinantes e mediadores do mesmo. Desse modo, gênero se distancia da restrição do enfoque de risco epidemiológico para entender fenômenos na perspectiva das vulnerabilidades, o que favorece uma maior cobertura, práticas focadas na integralidade e contextualização dos eventos (MERCHÁN-HAMANN; COSTA, 2000).

Assim, a compreensão sobre o abortamento foi alcançada mediante o entendimento das relações de gênero e poder existentes na sociedade, uma vez que o poder de diferentes instituições como Estado, Igreja, família e sistema jurídico consegue influenciar a vida reprodutiva das mulheres.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

A abordagem qualitativa envolve-se com um universo de significados e dados não quantificáveis. Essa abordagem pode ser justificada como um modo adequado para compreensão sobre o caráter social de um fenômeno a ser estudado (RICHARDSON, 2015).

Em estudos qualitativos, a pessoa que participa é compreendida a partir do contexto em que está inserida e os fenômenos que vivencia, não sendo apenas representante de traços culturais (GERHADT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa qualitativa se propõe a compreender grupos sociais, organizações e subjetividades, recusando a linha positivista da pesquisa (GOLDENBERG, 1997). Suas características consistem em descrever as ações, em objetivar fenômenos, em compreender e explicar as inter-relações sociais e as diferenças entre ambientes sociais e naturais, em consolidar orientações teóricas e empíricas e em prezar por dados fidedignos (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Com relação ao estudo descritivo, esse permite a melhor compreensão do objeto de estudo, relatando detalhes do mesmo e consubstanciando as possíveis explicações (MORESI, 2003). Em busca da descrição de um contexto real, esse modo de pesquisar requer da pessoa que investiga um arcabouço de informações sobre o que se almeja pesquisar, bem como uma análise crítica dessa conjuntura (TRIVIÑOS, 1987).

O estudo do tipo exploratório tem por objetivo o rastreamento de todas as dimensões de um determinado fenômeno, suas expressões e aspectos relacionais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Esse tipo de pesquisa almeja descobrir, encontrar e elucidar fenômenos ou explicar aqueles que apesar da evidência não são aceitos socialmente (GONÇALVES, 2014).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em três cidades do Estado da Bahia: Salvador, Santo Antônio de Jesus e Jaguaquara, classificadas quanto ao porte em grande, médio e pequeno porte, respectivamente. Uma vez definida a classificação pelo porte das cidades, a escolha das indicadas se justificou por haver aproximação da pesquisadora com os sistemas de saúde local, seja por vínculos sociais ou profissionais.

Considerando que os aspectos sociais e econômicos influenciam nos padrões de comportamento e atitudes das mulheres no tocante à gravidez e à maternidade, bem como definem acesso à informação e aos meios contraceptivos, a escolha das participantes por cidades de pequeno, médio e grande porte permitirá o contato com diferentes realidades de mulheres que decidiram pela interrupção, em situações de gravidez não planejada.

Não foi realizado nenhum contato com os sistemas de saúde, respeitando o princípio do sigilo e por termos escolhido a técnica *Bola de Neve* para produção dos dados, descrita a seguir como facilitadora de aproximação com as informantes. Além disso, considera-se que há uma fácil acessibilidade geográfica a esses locais, o que facilita ainda a aproximação com mulheres que lá residam e favorece a aproximação ao campo pela investigadora e o bom desenvolvimento da pesquisa.

De acordo com o IBGE, a classificação dos municípios segue os seguintes parâmetros: pequeno porte, cidades com população de até 100.000 habitantes, em geral sobrevivem do comércio local e da economia rural; médio porte, cidades com população entre 100.000 e 500.000 habitantes, atuam como centros regionais, oferecendo suporte a municípios vizinhos em especializações de serviços; grande porte, cidades com mais de 500.000 habitantes, consideradas como grandes e possuindo maiores recursos estruturais (IBGE, 2012).

Com relação às regiões de saúde e seus municípios, cada espaço estudado tem similaridade na prestação de serviços em saúde no âmbito da atenção necessária nas situações estudadas. Isso se aplica ao que tange à organização, ao planejamento e à oferta da atenção, o que permite garantir um dos momentos do itinerário possível para o aborto, que é o serviço de saúde.

As relações estabelecidas bem como os significados existentes entre as regiões de saúde e rede assistenciais podem favorecer o acesso aos dispositivos de saúde ou não. De modo geral, os serviços se integram de acordo com a lógica da territorialização (dinâmicas regionais peculiares a cada local) e se materializam em serviços e recursos humanos. Contudo, alguns motivos nesse território podem levar a desigualdades inter e inter-regionais, a exemplo da escassez de recursos em alguns locais e excesso de aparato de suporte em outros. Esses podem ser insumos, tecnologias, profissionais, dentre outros, a exemplo de capitais e áreas interioranas que ainda vivem essa realidade díspar, o que traz diferenças na prestação de serviço às usuárias da saúde (ÀVILA, 2003).

Nesse sentido, a diversidade regional se constitui como um conjunto de fatores condicionantes: território, economia, cultura, aspectos sociais, históricos, políticos, de comunicação, tecnologia e normativas. Compreende-se que todo esse cenário conforma-se em

políticas, planejamento e gestão que compõem a atenção à saúde e, portanto, interfere na assistência oferecida nesses locais (ÀVILA, 2003).

Por Região de Saúde, entendemos uma região composta por municípios situados nas regiões de limite geográfico, e que se caracteriza por afinidades entre esses no setor econômico, social, comunicacional, de infraestrutura e traços culturais que assim compõem um sistema que organiza, planeja e executa intervenções e atividades de trabalho em saúde (BRASIL, 2011).

Por Núcleos Regionais compreendemos as organizações que substituíram as DIRES - Diretorias Regionais de Saúde, e que acompanham as intervenções de regulação e de vigilância sanitária, bem como supervisiona a prestação de trabalho em saúde (BRASIL, 2015b).

As cidades de Salvador e Santo Antônio de Jesus constituem Regiões de Saúde, possuem gestão municipal nos serviços e fazem parte do Núcleo Regional Leste, cada uma com dez e vinte e cinco municípios compondo seu conjunto, respectivamente. Jaguaquara é uma cidade que pertence à Região de Saúde de Jequié que possui um total de 25 municípios em seu espaço e se insere no Núcleo Regional Sul (SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA, 2015).

Primeira cidade e capital do Brasil, Salvador, alcançou o século XXI como um dos locais mais populosos do país, com suas regiões metropolitanas compostas por áreas municipais praticamente ocupadas por espaços urbanos. Apesar de sua importância histórica e contemporânea, Salvador conta com problemas nos aspectos socioambientais equivalendo a espaços desiguais no seu conjunto, com níveis diferenciados de acesso a bens e consumo (ANDRADE; BRANDÃO, 2009).

Fundada em 1549, com divisão territorial em 1991, o município é constituído por um distrito-sede e vinte e dois subdistritos. A população em 2010 foi de 2.675.656 habitantes, estimando-se para o ano de 2016 o total de 2.938.092 habitantes. Conta com uma unidade territorial de 692.819km², 367 estabelecimentos de saúde, dos quais 14 oferecem atenção em obstetrícia (IBGE, 2016a).

O município de Salvador possui 365 igrejas e um expressivo sincretismo religioso que se caracteriza por uma mistura entre as religiões presentes. É considerado ainda como centro de cultura afro-brasileira. Em aspectos econômicos, o turismo se destaca sendo fomentado desde os anos de 1980, a exemplo do Carnaval na cidade (NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2016).

No ano de 2010, em Salvador, o IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, referente à educação foi de 0,679, em uma escala de 0 a 1, produto de uma elevação na escolaridade ocorrida entre os anos de 1991 a 2010. Nesse período, a renda *per capita* cresceu 70,5% em Salvador, e desde 2000 a renda *per capita* no município se manteve entre R\$ 624,00 e R\$ 1.157,00, caracterizada assim como alta (ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O município de Santo Antônio de Jesus localiza-se no Recôncavo Sul da Bahia, possui uma população em torno de 102.469 habitantes, estimativa de 2016, em uma área territorial de 268,763 km² e um IDH de 0,700. Situa-se a 187 km de Salvador, capital do Estado, e do total de população residente, 52,77% são mulheres. O município de Santo Antônio de Jesus dispõe de 76 estabelecimentos de saúde, considerando-se desses 39 públicos e um destinado para atenção em obstetrícia (IBGE, 2016b).

Em 2012, a população de Santo Antônio de Jesus totalizava 93.077 habitantes e desse total, 86% utilizavam os serviços disponibilizados na rede assistencial do SUS. A expansão da cobertura de atenção alcançou 83,9% da população, havendo 21 equipes de ESF no município, 17 na zona urbana e 4 na zona rural, 2 UBSs tradicionais, 15 UBSs tipo I, 1 UBS tipo II, e cobertura de 100% da EACS, dispondo de 191 agentes de saúde (CRUZ et al., 2012).

Santo Antônio de Jesus se mantém economicamente a partir do comércio local, que se consolida como polo comercial, devido a uma ampla oferta de produtos e serviços nos campos da confecção, móveis e eletrodomésticos, além da feira livre em que as pessoas comercializam os cultivos oriundos da zona rural, roupas e utensílios domésticos. A zona rural do município vem sofrendo uma migração progressiva de pessoas em direção à sede, em busca de melhores condições de vida, melhores níveis educacionais, de assistência à saúde e mercado de trabalho. Uma outra parcela ainda sobrevive na zona rural a partir da agricultura, com evidência para laranja e limão, comercializados na sede (ARAÚJO; COUTINHO, 2017).

O município de Jaguaquara conta com uma população em torno de 55.571 habitantes (estimativa de 2016), em uma unidade territorial de 924.743km². Do total populacional, 15.861 são mulheres que se encontram na faixa etária entre 10 e 49 anos; o IDH é 0,580 e conta com 24 estabelecimentos de saúde, considerando-se 3 para o atendimento em obstetrícia (IBGE, 2016a).

Jaguaquara está situada na região Sudoeste da Bahia, nos limites entre as regiões de Jequié e Vale do Jequiriá, e sua principal atividade é agrícola, com destaque para produção de hortifrutigranjeiros. É oriunda de uma fazenda (Toca da Onça) de 1896. No ano de 1976,

foi elevada a Distrito através do Decreto 1.540 e em 1923 foi emancipada para categoria de cidade através da Lei Estadual 1 673. Em 1950, começou a receber imigrantes, em maioria da Itália, que exerceram forte influência na região através da lavoura, incrementando a mesma com uva e trigo favorecidos pelo clima seco e subúmido do local (PREFEITURA DE JAGUAQUARA, 2012).

Jaguaquara nos parece ser um interior fortemente marcado por características religiosas que se naturalizaram historicamente no local e que até os dias atuais se conformam em espaços de disputa de poder com o campo político e educacional.

O setor educacional em Jaguaquara já foi campo de evangelização para as pessoas, em busca de seguidores para doutrinas. Assim, esse estímulo motivado por embates de religiões fez com que o local, na década de 50 do século passado, ganhasse destaque, inclusive políticos se utilizavam desses meios também para conseguir votos. Houve épocas das campanhas políticas eleitorais utilizarem os nomes do “demônio” ou da Virgem Maria” como aliados ou contra determinado partido, a fim de garantir votos dos seus adeptos (SANTOS, 2016).

A região Nordeste é marcada por falhas na atenção ao abortamento, sobretudo caracterizado por sua ocorrência entre mulheres negras e com baixa escolaridade (AQUINO et al., 2012). Somente em Salvador temos dados que comprovam que a mortalidade materna por aborto se encontra em uma proporção de 14,3% das médias das demais capitais brasileiras (BRASIL, 2015a).

Optamos por escolher as três cidades supramencionadas ainda que não obtenhamos dados concretos do percentual de abortos que acontecem nesses locais, pois contamos com sistemas de saúde desatualizados e informações que podem ser subnotificadas, uma vez que o procedimento é considerado crime no Brasil e envolve diversos estigmas durante sua assistência. Além disso, optamos por acessar as mulheres por estratégias que as fizesse mais protegidas de qualquer exposição.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes do estudo foram mulheres em idade reprodutiva, que já vivenciaram a experiência do aborto provocado independentemente do número de procedimentos. O número de mulheres participantes foi definido no decorrer do processo investigativo, sendo possível acessar um total de 18 mulheres, sendo 12 de Salvador, 04 de Santo Antônio de Jesus e 04 de Jaguaquara

Foram adotados como critérios de inclusão:

- Ser maior de 18 anos. Tendo em vista a clandestinidade do aborto, as adolescentes foram excluídas devido à necessidade de consentimento de responsável, o que implicaria em compartilhamento de informações sigilosas.
- Ter naturalidade e residência fixa na cidade escolhida. Consideramos que aspectos sociais, econômicos, culturais são naturalizadas ao longo do tempo e que influenciam na decisão pelo abortamento.
- Ter realizado um ou mais abortamentos, deixando-as livres para relatar a quantidade escolhida.

Ter realizado abortamento em um período inferior ou igual a 10 anos, independente de estar em idade reprodutiva por ocasião da pesquisa.

Foram considerados como critérios de exclusão:

- Ter informado abortamento espontâneo.
- Ter informado abortamento legal: estupro, anencefalia e risco de morte para a mulher.

4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Foi utilizada como técnica de acesso às participantes da pesquisa a estratégia metodológica denominada Bola de Neve. Essa técnica visa à utilização do que se chama de amostragem não probabilística em encadeamento de referências, bastante utilizada quando há uma certa dificuldade de acessar a/aos informantes. A amostragem que se dá por meio da técnica Bola de Neve favorece estudos qualitativos que se debruçam sobre temáticas sensíveis, peculiares no sentido da privacidade e que para tanto requerem de quem pesquisa o conhecer e o (re)conhecer de informantes, a partir de determinados grupos aos quais estejam inseridas para desse modo convidá-las a participar do estudo (VINUTO, 2014).

A técnica da Bola de Neve é direcionada em especial a pesquisas que se interessem por grupos cujos participantes são poucos e dispersos em um grande espaço; grupos estigmatizados ou reclusos socialmente; participantes de um grupo de elite que não se importa com a necessidade de dados de pesquisadores (BERNARD, 2005).

A Bola de Neve permite que as informantes indiquem outras informantes para participar do estudo, sendo bastante utilizada quando se almeja pesquisar grupos em que haja restrição no acesso aos mesmos por diversos motivos (WEISS, 1994).

A escolha dessa estratégia de acesso às mulheres deu-se por ser o aborto um tema que exige a maior privacidade possível das informantes em seus relatos, para preservar-lhes a integridade no momento da entrevista e também para viabilizar a maior riqueza de informações.

Para iniciar a técnica, podemos nos valer de documentos prévios ou de informantes-chave para pesquisa que se denominam “sementes” e são localizadas como pessoas dotadas de perfil para participação na pesquisa dentro de um grupo geral, não determinando quantidade. As “sementes” colaboram com a pessoa que pesquisa a iniciar o contato primário com essas possíveis informantes e sondar o grupo que será pesquisado. Em seguida, é solicitado que as “sementes” indiquem, a partir de sua rede de contatos pessoais, novos contatos que tenham perfil em potencial como informantes para a pesquisa e assim seguidamente até formar-se a amostragem que é não probabilística (VINUTO, 2014).

De modo geral, a técnica Bola de Neve é interessante no sentido de ser considerada como um processo contínuo para coletar dados e que se aproveita das redes sociais, contatos pessoais das informantes do estudo que indicam outros perfis em potencial a cada realização de entrevista (VINUTO, 2014).

Assim, por meio dessa técnica, a pesquisadora pode iniciar o contato com a população a partir da sua rede de contato social; em seguida, cada informante indica outra para fornecer as informações em uma teia de afinidades e vivências pessoais relacionadas à temática. Deve-se considerar ainda que se a cadeia de indicações por algum motivo precisar se romper, volta-se à rede inicial, caso contrário, segue-se a pesquisa e a cada informante pesquisada, mais afastada estará da rede social da pesquisadora (MOREIRA; CALEFFE, 2006).

O diálogo sobre o aborto vem ocorrendo em reuniões, salas de aula, rodas de conversa feministas, ONGS feministas, dentre outros meios que favoreceram a aproximação com o campo e com pessoas que poderiam ser informantes em potencial. Nesses espaços, algumas mulheres conseguem falar abertamente sobre a sua experiência com o aborto, o que favoreceu a participação em nossa pesquisa. Essas informantes em potencial são as “sementes” que favorecem a técnica proposta, Bola de Neve.

Assim, pela técnica Bola de Neve, alcançamos as informantes partindo inicialmente da rede social da pesquisadora como propõe a técnica. A identificação de “sementes” se deu por meio da busca de mulheres em espaços de convívio da pesquisadora. A partir dessas informantes iniciais, conseguimos alcançar outras mulheres que pertenciam à rede social e de convívio da “semente”. A busca foi criteriosa e demandava tempo e cuidado, uma vez que a nossa “semente” precisaria entrar em contato com a próxima informante, confirmando

posteriormente a aceitação da pessoa indicada em participar da pesquisa.

Algumas mulheres consideradas “sementes” do estudo tiveram dificuldades na indicação de outras participantes e, para continuidade da pesquisa, precisamos reiniciar o ciclo buscando por outras “sementes” e assim sucessivamente.

Como técnica para produção dos dados de pesquisa, foi utilizada a entrevista semiestruturada.

A entrevista busca a valorização da presença da/o pesquisadora/or, favorecendo espontaneidade e liberdade para as/os participantes da pesquisa, enriquecendo substancialmente o momento da coleta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

Caracteriza-se como um diálogo entre duas pessoas, entre as quais uma se apresenta como entrevistadora/or e a outra como entrevistada/o, considerando que aquela/e possui total liberdade para desenvolver a situação, de acordo com as direções mais cabíveis no momento da conversa, favorecendo a exploração das respostas obtidas. Essa técnica permite a/ao entrevistadora/o liberdade para explorar mais amplamente as questões propostas. Apresenta-se como uma conversa realizada lado a lado e que proporciona resultados satisfatórios e informações necessárias ao estudo (LAKATOS; MARCONI, 2006).

No momento da entrevista, deve haver a maior sinergia possível, deixando a pessoa entrevistada à vontade e sem constrangimentos. Considerando que naquele momento a subjetividade estará presente, deve-se atuar com respeito à singularidade de cada informante que faz com que suas experiências sejam únicas (BORDIEU, 1999).

Na nossa pesquisa, a entrevista foi realizada com o apoio de um roteiro e um gravador de voz. O roteiro foi composto de uma pergunta-chave e nove questões suplementares, deixando-se a participante livre para contar a sua história. As questões foram utilizadas de acordo com a necessidade, independentemente da ordem em que se encontrava no roteiro.

A entrevista foi realizada em local acordado entre a pesquisadora e as entrevistadas, preservando o máximo da privacidade possível das informantes. Foram gravadas, com autorização prévia da entrevistada, transcritas na íntegra e, em seguida, analisadas.

Todavia, durante a produção do material empírico, houve a necessidade de flexibilizar o modo como as mulheres dariam seus depoimentos. Algumas mulheres relatavam dificuldades de falar, sendo oferecido o telefone, que nem sempre foi aceito com receio de alguém ouvir a conversa. Em alguns casos, era a primeira vez que ela falava do assunto com alguém após o fato ter ocorrido.

Desse modo, algumas mulheres se negaram a comparecer ao encontro sugerido, mas afirmaram desejar falar do assunto e colaborar com a pesquisa. Propuseram cartas eletrônicas

e áudios via whatsapp, de números desconhecidos e sem utilização de foto no perfil; sugerindo o acordo do envio do documento TCLE oral via email com assinatura eletrônica da pesquisadora. Essas mulheres, apesar de terem sido explicadas as condições da pesquisa e em especial a garantia do anonimato, queriam se garantir a todo o momento, para não se sentirem expostas. Aceitamos as técnicas propostas, atendendo a princípios éticos e compreendendo que suas falas seriam extremamente relevantes para a pesquisa e que tais poderiam ser reconhecidas, uma vez que são documentos registrados e arquivados.

Assim, o que foi preestabelecido não foi suficiente e necessitamos adaptar condições mais favoráveis às nossas informantes. Entre as 18 mulheres entrevistadas do município de grande porte, houve uma entrevista via carta eletrônica (email) (E3M3), cinco entrevistas via áudios de WhatsApp (E3,E4,E6,E8,E9,E12), e as demais entrevistas face a face; duas entrevistas via áudios de whatsapp, no município de médio porte (E1M2), (E2M2), e duas entrevistas com áudios via whatsapp, no município de pequeno porte (E3M1, E4M1).

Apesar de entender toda a riqueza do cunho de uma entrevista pessoal e direta, consideramos que não houve prejuízos em nossa coleta de dados, uma vez que as mulheres que relataram o uso do whatsapp se mostraram bastante à vontade, o que está comprovado nos conteúdos das entrevistas alcançadas. Ainda aquela que enviou seu depoimento via carta eletrônica se colocou à disposição para dúvidas eventuais, esclarecidas por telefone.

A identificação das mulheres no relatório de tese foi feita pela letra E (entrevistada) seguida de um número identificador 1 a 12 (Salvador); 1 a 4 (Santo Antônio de Jesus) e 1 a 4 (Jaguaquara), seguidos da letra M (Município) e dos números 1- pequeno porte, 2- médio porte e 3- grande porte, assim apresentados, E1M1 até E4M1; E1M2 até E4M2; E1M3 até E12M3.

A coleta de dados ocorreu entre março e dezembro de 2017, após aprovação pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA, Parecer Nº 2.161.994.

4.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi analisado por meio da técnica de análise de discurso.

A linguagem é complexa e pode ser compreendida por meio de múltiplos olhares, pois pertence a diversos domínios. É individual, social, física, fisiológica e psíquica; não se deve portanto separá-la da vida social nem reduzi-la a ideologias, escapando às suas especificidades (FIORIN, 2005).

Os elementos da linguística constituem o discurso que pode ser as frases ou o aglomerado das frases, utilizadas pelos/as falantes para expressar suas ideias, falar do seu mundo interno ou externo e também de atuar sobre o mundo. A fala portanto é quando o discurso se exterioriza (FIORIN, 2003).

“Na medida em que o ser humano é suporte de formações discursivas, não fala, mas é falado por um discurso” (FIORIN, 2005, p.44). Assim, o discurso não se caracteriza por expressar a consciência, pois essa é constituída por um conjunto de discursos que foram interiorizados, ao longo da vida. O ser humano percebe o mundo ao seu redor a partir dos discursos que assimila e desse modo reproduz em suas falas (FIORIN, 2005).

O texto se conforma como um local de manipulação do consciente, em que a pessoa organiza os elementos que serão utilizados para viabilizar o seu discurso, havendo liberdade para textualizar opostamente ao discurso em que a pessoa da fala está envolvida, que se conjectura com temas e figuras das construções discursivas que existem em sua formação social; o texto é individual, mas o discurso é social (FIORIN, 2005).

A análise então se detém com o que está inscrito no discurso, pois a formação discursiva faz parte desse conjunto, e as representações de quem fala estão incorporadas à sua visão de mundo expressas por ideologias, valores e outros aspectos que foram naturalizados, ao longo de sua vida.

A pessoa que fala aplica em seu discurso estruturas sintáticas abstratas, temas, imagens que solidificam aspectos valorativos, vontades, carências, explicações, justificativas, racionalizações que existem em sua formação social, assimilando seus discursos interiorizados e considerando-se que é produto de relações estabelecidas na sociedade, não pode ser agente livre de coerções da própria sociedade (FIORIN, 2005).

A análise, portanto, vai esclarecer que a formação discursiva é constituinte de determinado discurso, e o sujeito é uma fonte de sentidos produzido pelo próprio discurso que conjectura visões de mundo da pessoa que fala. A análise do discurso estuda os elementos que compõem o mesmo, construindo com inferência o modo de ver o mundo a partir dos sujeitos inscritos no discurso, tornando visível o que influenciou aquela visão desvendada (FIORIN, 2005).

Para fim de aplicação da técnica de análise de discurso, foram seguidas as seguintes etapas (FIORIN, 2003):

- Leitura do texto, em busca de elementos concretos (figuras) e abstratos (temas) que são parte do constructo da significação.
- Agrupamentos de dados de acordo com seus elementos (concretos e abstratos).

- Desvelamento de temas centrais com elaboração de subcategorias e categorias.
- Análise e discussão das categorias e subcategorias empíricas sob fundamentação da teoria e em articulação com a literatura.

4.6 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Pesquisas em saúde envolvendo seres humanos envolvem questões éticas e profissionais e, para consubstanciá-las, foi estabelecida a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que considera as dimensões de dignidade e respeito à pessoa humana e entre outras providências (BRASIL, 2012).

Desse modo, a pesquisa garantiu o acordo com as normas propostas pela Resolução acima citada e deu total anonimato às informantes da pesquisa, bem como proporcionaria direitos indenizatórios no caso de quaisquer ocorrências que lhes causassem danos por conveniência da realização da pesquisa realizada. Todos os detalhes referentes a obediências às normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em anexo que foi entregue à informante com a assinatura da pesquisadora responsável.

Tendo em vista ser a pesquisa dirigida a tema que requer absoluto sigilo frente à clandestinidade do aborto, foi adotado o Termo de Assentimento Oral da informante, garantindo à mesma estar livre de quaisquer riscos. O Termo de Assentimento Oral das participantes, voltado para pesquisas com grupos especiais em que as informações exigem extrema confidencialidade e segurança, é embasado por meio da Resolução 510/2016 que justifica a sua aplicação, permitindo a expressão oral para alcance dos dados da pesquisa, com garantia do anonimato e a entrega por parte da pesquisadora do TCLE, garantindo-lhe o já exposto.

Desse modo, esta pesquisa preza por obedecer às normas estabelecidas na Resolução de nº 466/2012 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos bem como a Resolução nº 510/2016 – CNS que dispõe dentre outros sobre a utilização dos assentimentos e consentimentos orais em pesquisas que justifiquem a sua realização, salvando as informações e privacidade da pessoa entrevistada, com vistas aos riscos que a mesma pode causar a sua pessoa. Todo o material alcançado será armazenado em posse da pesquisadora responsável, e os mesmos serão incinerados após o período de 5 anos. De acordo com a Resolução 510/2016 sabe-se que:

Art. 15. O Registro do Consentimento e do Assentimento é o meio pelo qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante ou de seu responsável legal, sob a forma escrita, sonora, imagética, ou em outras formas que atendam às características da pesquisa e dos participantes, devendo conter informações em linguagem clara e de fácil entendimento para o suficiente esclarecimento sobre a pesquisa (RESOLUÇÃO 510/2016 – Seção II).

O TCLE oral foi aplicado informando às entrevistadas sobre as finalidades da pesquisa, a garantia do anonimato e todas as questões inerentes à mesma, oferecendo uma via desse documento à pessoa ao final da entrevista. Não houve necessidade de assinaturas ou impressão digitais, pois a mesma visa ao total sigilo das informações, salvaguardando tais participantes de possíveis riscos (BRASIL, 2016).

Sobre o TCLE, o mesmo informa sobre riscos e benefícios da pesquisa, afirmando a garantia do anonimato, a guarda sigilosa das informações obtidas, o direito de participar ou não da pesquisa, inclusive de desistir sem quaisquer prejuízos. Foi garantido às participantes o acesso aos resultados e à pesquisa final, sendo autorizada a divulgação desta em periódicos, nacionais e internacionais, eventos científicos e meio acadêmico (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2012).

A coleta de dados da pesquisa ocorreu após aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia – UFBA, após submissão por meio da Plataforma Brasil, aprovada sob Parecer Nº 2.161.994.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se à aplicação da técnica Bola de Neve para alcançar as informantes e explicar-lhes as intenções da pesquisa, em seguida apresentar-lhes o TCLE previamente elaborado para realização da coleta de dados.

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas, analisadas e discutidas as categorias empíricas centrais e suas respectivas subcategorias, antecedidas pela caracterização sociodemográfica das mulheres que participaram da pesquisa, nos três municípios.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 18 mulheres, sendo quatro no município de médio porte e quatro no município de pequeno porte e dez no município de grande porte.

Quadro 1 - Quadro de informantes

	M1	M2	M3
IDADE	25 a 39	25 a 27	29 a 36
RAÇA	+negras	+brancas	+brancas
ESTADO CIVIL	+solteiras	+solteiras	+solteiras
GESTAÇÕES	1 a 4	1	1 a 4
PROLE	3	0	2
ABORTOS	1	1	2
ESCOLARIDADE	N.A 1, ESC 2, ESI 2	EM 1, ESI 1, ESC 2	EMC 2, EMI 2, ESC 1, ESI 5
OCUPAÇÃO	Técnicas, ES, e doméstica.	ES, Informais	ES, Informais
RELIGIÃO	Nenhuma 3, Cristã 1	Católicas nenhuma 1	3, Católicas 7, umbanda, meditação, 1 cristã
RENDA PESSOAL	1/2 a 5 sal	1/3 a 2sal	1 a 4sal
RENDA FAMILIAR	1/2 a 5 sal	1/3 a 5sal	1 a 10sal

NA: Não alfabetizada, ESC: Ensino superior completo, EM: Ensino médio, ESI: Ensino superior incompleto .

5.2 MÚLTIPLAS FACES DA DECISÃO PELO ABORTO E SUAS INTERSEÇÕES NO ITINERÁRIO ABORTIVO

As mulheres que participaram do nosso estudo expressaram, em seus discursos, que após relação sexual sem proteção ficaram na expectativa da *descida da menstruação*. Na

ausência dessa, o itinerário abortivo se inicia com a suspeita da gravidez e continua com a confirmação.

Predomina o impacto por não ter planejado aquela gravidez, construindo-se um itinerário multifacetado, fortemente marcado pela dimensão emocional entre as mulheres que participaram da pesquisa, nas três cidades.

Nas subcategorias empíricas que seguem reações emocionais à confirmação da gravidez, anunciam o aborto e traduzem as múltiplas faces da decisão e suas interseções no itinerário abortivo.

- **Condições pessoais desfavoráveis à gravidez e insegurança quanto à aceitação pela família**

Diante da confirmação da gravidez, algumas mulheres reagiram com desespero, medo e vergonha da família, compartilharam com o parceiro, e o aborto foi a primeira possibilidade que se apresentou como solução, para o que vivenciavam como problema. Nesse grupo, se sobressai na decisão pelo aborto a insegurança quanto ao apoio da família associada a outros aspectos do contexto social:

Na época eu tinha dezesseis anos, era estudante, muito nova e minha mãe jamais ia aceitar que eu tivesse um filho na época, e meu namorado também era novo [...] eu não queria parar de estudar [...] tinha medo da minha família e a família dele também não ia aceitar Desesperada, eu só chorava, não conseguia estudar, não conseguia pensar, não conseguia nada[...]decidi tirar[...] (E1M1).

Eu fiquei com muita vergonha da minha família, não consegui contar inicialmente para elas, se resolveu tudo com ele e aí quando já tava próximo de fazer o (interrompeu a palavra aborto), a interrupção, a cirurgia, eu contei para minha melhor amiga (E2 M3).

E também por causa da minha mãe, eu moro com minha mãe e aí ela sempre falava: olha cuidado pra não engravidar, aquela coisa toda, aquela pressão toda e aí foi mais ou menos isso (E1M2).

Foi bem complicado porque foi um desespero muito grande[...]eu só chorava, me desesperava, sentava, levantava [...]Eu tinha medo de me apagar antes de tirar [...]Eu dizia a ele: não deixa eu querer[...]Eu fiquei com muita vergonha da minha família, eu queria que aquilo fosse embora, que aquilo acabasse (E2 M3).

- **Interseção entre contexto socioeconômico e falta de apoio do parceiro**

Diferentes fatores de ordem pessoal e social participaram da decisão pelo aborto na experiência das mulheres que, junto à falta de apoio do parceiro, diretamente implicado, excluíram a possibilidade de pensar na continuidade da gestação:

Ressaltamos que os aspectos destacados se fizeram presentes na experiência de mulheres, nos três municípios incluídos no estudo, de pequeno, médio e grande porte:

Eu era muito nova[...] uma das coisas também que me influenciou na decisão foi o não apoio de meu namorado, no final ele me apoiaria, mas não seria algo natural e sim forçado (E1M2).

Desde o dia que eu descobri foi uma coisa complicada para aceitar porque eu tava despreparada [...] foi pra mim muito difícil, tinha parte também da pessoa que eu tava, que não queria aceitar entendeu? (E1M3).

O rapaz não quis assumir[...] eu era muito adolescente[...] minha família também não iria aceitar, meus parente ia me mandar embora (E8 M3).

Para algumas mulheres, a falta de autonomia em situações de falta de apoio do parceiro é visível, sendo pressionadas a decidir pelo aborto, quando desejavam continuar a gravidez:

Eu queria, mas acabei provocando o aborto porque não aguentei o decorrer da situação[...]foi a insegurança e falta de carinho e apoio dele [...] Ele me influenciou, foi tudo o que eu vivi e estava vivendo com ele justamente no momento em que me descobri grávida, aquele crápula (E2M2).

Eu não sabia o que fazer, eu não tive o apoio dele[...]eu queria morrer[...] recém-formada, desempregada, dentro de casa com pai e mãe passando necessidades econômicas, aluguel atrasado, pouca comida, o que fazer? [...] e ainda com cara que me chamava de preguiçosa (E4M1).

A falta de apoio do parceiro foi acompanhada de atos extremos de violência sob ameaça de morte para uma delas:

Ele ficou sabendo e foi no banheiro atrás de mim, quando vi ele já tava com uma arma em minha cabeça, bastante nervoso e dizendo que eu ia tirar ali (E4 M2).

Vemos que condições pessoais e características do relacionamento afetivo-sexual se apresentam como decisivas para continuar ou interromper a gravidez, tendo participado da decisão: *ser jovem/adolescente, instabilidade na relação, pouco tempo de relacionamento, e a*

não aceitação pelo parceiro, levando a situações extremas de imposição do aborto pelo uso da violência.

- **Coexistência de autonomia e condições desfavoráveis à gravidez**

A suspeita da gravidez é imediatamente seguida por exames, sobretudo testes de farmácia, cujo resultado surpreende as mulheres, e o aborto passa a ser delineado.

Fiz teste de farmácia que deu positivo, fiz o beta-HCG que também deu positivo[...] entrei em contato com o meu parceiro, chorando em prantos, e ele muito tranquilo, perguntou o que iríamos fazer e eu com todo desespero a primeira resposta que dei foi de que realizaria um aborto (E9 M3).

Ao tempo em que parceiros foram os primeiros a saber da gravidez e da decisão pelo aborto, três participantes não compartilharam a gravidez nem anteciparam seu desfecho. Consideramos ser uma decisão em exercício de autonomia, embora com influência de *já não morar com o parceiro, não está apta a manter uma nova gestação e ter relacionamento conturbado*:

Ele soube na hora[...] nessa época eu não morava mais ele não[...] na hora que ele viu ficou só olhando, observando, falou nada não (E2M1).

Então essa era uma ideia mais ou menos já desenhada em mim, porque eu tinha muito medo de ter uma gestação indesejada e assim que eu soube eu já queria resolver [...] O fato de pensar sobre isso e não me sentir preparada de forma alguma já foi o suficiente (E10 M3).

Eu suspeitei porque tinha transado sem camisinha, e a menstruação não desceu no dia correto[...] procurei logo chá, essas coisas para providenciar que ela descesse, quando vi que demorou eu busquei ajuda com uma amiga e fui pro hospital (E3 M2).

Comunicar, somente após a realização do aborto, provocou reações contrárias em um dos parceiros:

Era um relacionamento conturbado eu não aguentava mais [...] Era um relacionamento fixo de mais de 5 anos [...] Na verdade começamos a nos relacionar na adolescência, acho que esse deve ter sido o problema [...] Ele não soube de nada, só depois que eu fiz foi que ele ficou sabendo e ficou com muita raiva de mim (E3M1).

Duas participantes, dos municípios de pequeno e médio porte, que também decidiram abortar logo ao ter a confirmação da gravidez, o fazem sem maiores conflitos, embora haja relato de culpa e arrependimento por uma delas:

Quando eu suspeitei que tava grávida eu não quis nem saber, pensei logo em tirar e fui logo na farmácia ver o que é que tinha para abortar, mas aí depois veio todo o processo mais doloroso de culpa e arrependimento (E3M1).

A decisão foi minha, ninguém influenciou nada não. Eu não queria e pronto. E foi assim. (E2M2).

Uma participante relatou a decisão antecipada por não ter filhos/as e, assim, não aceitou a gravidez imprevista:

Eu sempre falava que se acontecesse comigo, eu não iria pensar duas vezes em interromper. A gente sempre falava que não queria ter filhos então foi uma decisão que eu sempre tive ao longo dos anos[...]fico imaginando como seria minha vida hoje com filho e com o fim do meu relacionamento (E1M2).

Condições pessoais apresentadas pelas mulheres antecipam-se e criam realidades desfavoráveis à continuidade da gravidez. Somadas à instabilidade da relação com o parceiro anunciam o aborto, em meio à coexistência do livre-arbítrio da mulher e circunstâncias de ocorrência da gravidez desfavoráveis à continuidade.

- **Exercício da maternidade e suas interseções na decisão pelo aborto**

O exercício da maternidade se intersecciona com a relação com o parceiro e a condição financeira na decisão pelo aborto. Mulheres alegaram *já serem mães; ter filho/a pequeno; não estar preparadas para uma segunda gravidez; dificuldades de ser mãe solteira; já criar filha ajudada por pai e mãe; estar na faculdade; estar desempregada*, conforme constatamos a seguir:

Eu tava com um bebê de dez meses, amamentando[...]também já tinha um filho de sete anos, eu me senti sozinha, desesperada, o meu marido... a gente tinha brigado, ele tinha saído de casa, e me senti perdida e por estar fazendo faculdade (E6M3).

Já tinha uma filha de dois anos que meus pais me ajudavam a criar [...] o momento que eu tava vivendo, desempregada [...] eu já tava me formando

[...] a pessoa que eu engravidei eu não tinha relacionamento [...] eu fiz isso num ato de desespero, eu não me cuidava espiritualmente (E7M3).

Eu interrompi a gestação meio a contragosto, pensei várias vezes em ter e inclusive tentei convencer meu ex-companheiro. O que mais influenciou foi que eu não teria condição de criar outra criança, pois já tenho um filho, e sou mãe solo [...] sentia-me ansiosa, sentia medo[...]me preocupava pelo fato de estar num relacionamento recente, morar na casa do meu pai, não ter terminado a faculdade. Outro fato foi já ter mais de 30 anos, penso que será cada vez mais complicado ter outro filho por questões biológicas (E3M3).

Em síntese, diferentes fatores de ordem pessoal se unem ao contexto socioeconômico desfavorável, evidenciados nas falas das mulheres em todos os municípios. No tocante ao parceiro, somam-se as características do relacionamento, sobretudo a falta de apoio e culminam com a não aceitação da gravidez, marcando o itinerário abortivo no tocante ao processo decisório pelo aborto.

DISCUSSÃO

Desde a confirmação da gestação, as mulheres demonstraram reações emocionais impactantes para elas, mas se mantiveram, com poucas exceções, à frente da tomada de decisão, buscando apoio do parceiro e/ou de amigas apenas para viabilizar o aborto.

Assim, ainda que influenciada por contextos de vida, a decisão imediata em interromper a gravidez, por aquelas que tinham clareza da não aceitação, deu-se sem as amarras que os estereótipos sociais geram em torno da maternidade, como desígnio e da aceitação incondicional da gravidez. Todavia, a interrupção da gestação quando condicionada ao apoio do parceiro, ao medo e à vergonha da família reflete uma rede de apoio frágil, bem como as vulnerabilidades que acompanham o itinerário abortivo.

A autonomia está atrelada à liberdade de fazer escolhas independentes de julgamentos de terceiros sobre sua decisão, pois ao exercer sua liberdade de optar por algo, seu parecer predomina sobre todos os outros (FONSECA, 2018). cremos, assim, que a escolha atrelada aos motivos ou decisão do parceiro em não continuar com a gestação é aspecto que reflete a ruptura com o conceito de autonomia e que por sua vez compromete a dignidade humana.

A dignidade humana está atrelada ao exercício da autonomia, uma vez que a prática dessa fortalece aquela e se explica pela capacidade de alguém, enquanto pessoa, de decidir individualmente sobre sua vida (FONSECA, 2018). Faz-se necessário o entendimento de que as mulheres são diferentes em seus modos de vida e contextos de inserção e, desse modo,

precisam ser compreendidas e assistidas de acordo com suas diversidades (WERNECK, 2009).

Assim a necessidade de algumas mulheres em gestar não significar dizer que outras não possam ter a necessidade de interromper sua gestação, pois todas estão situadas em espaços diversos que as influenciam direta ou indiretamente em suas escolhas. A autonomia reprodutiva se refere à liberdade sexual e reprodutiva e compreende afirmar que a pessoa tem direitos sobre o seu próprio corpo, autodeterminando-se em suas escolhas e atitudes que julgue conforme o seu contexto real ser mais conveniente para sua vida (CARVALHO; CARVALHO, 2012).

Ao abrir um leque de possibilidades para o seu exercício sexual e reprodutivo, a mulher, ao recusar a gestação, afirma a ideia de que se recusa a esse papel que pode estar aliado a diversos aspectos, e sobretudo ao seu desejo de não ser mãe. A condição de realização feminina por meio de gestação é rechaçada, considerando que outras dimensões podem ser vivenciadas prazerosamente pela mulher que não procria.

A ideia, portanto, de ser uma mulher completa independe de procriação, pois existem múltiplos aspectos que garantem a realização dessa mulher, sendo assim a maternidade pode ser vista como um opção e não como obrigação (PATIAS; BUAES, 2012).

A gestação não planejada é comum em todo o mundo. Estima-se que em média trinta milhões de nascimentos ocorreram após gravidez não planejada, apenas no ano de 2012 (SEDGH, 2014). Gestações não planejadas têm efeitos para a saúde da mulher, incluindo-se o seu bem-estar enquanto gestante, variável de acordo com as características do contexto de vida, a exemplo de escolaridade, idade, condições socioeconômicas e a experiência de gravidez e parto. Comprova-se ainda que, diante de uma gravidez não planejada, as mulheres podem vivenciar reações emocionais negativas dentre essas ansiedade e sintomas de depressão (BARTON et al., 2017).

Níveis insuficientes de recursos sociais e econômicos costumam tendenciar as mulheres para interrupção da gestação que, ao relatarem o aborto, evidencia a percepção do mesmo como única opção em determinadas situações (SELL, 2013). Falhas na contracepção, relações sexuais sem consentimento da mulher e outros motivos no âmbito da saúde da mulher são fatores que a influenciam para a ocorrência do aborto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Estudos apontam comorbidades pessoais, escassez de recursos financeiros, fatores sociais e ainda psicológicos como motivos que circundam a decisão pelo aborto. Outros

aspectos a serem considerados são estar solteira, estar em idade considerada avançada para gestar e instabilidade no relacionamento com o parceiro (HAJRI; et al., 2015b).

Nesse ambiente de conflitos e tomada de decisão sob fortes tensões, a família é considerada uma rede de suporte e identidade social, além disso, estabelece uma ordem de respeito, costumeiramente hierárquico, entre membros do seu conjunto. Essa condição é conjecturada no termo *familismo* que enfatiza a família como prioridade e como fator de influência para a ideologia tradicional de gênero na sociedade, a exemplo de normas sobre comportamento sexual e reprodutivo e do poder de decisão dos homens nessas esferas, da virgindade até o casamento enquanto o homem permanece vivenciando sua sexualidade de modo livre e sem julgamentos (MANN; CARDONA; GÓMEZ, 2015). Na nossa pesquisa, algumas falas remetem ainda ao aborto e à insegurança com relação à família no momento de noticiar a gravidez não planejada, além do receio das repercussões que poderiam ser advindas desse âmbito.

Quando a família tenta impedir o aborto, algumas jovens conseguem resistir às imposições da família e interromper a gravidez, bem como alguns parceiros servem de apoio nesse momento decisório. Em seguida, o estigma associado ao aborto prevalece e continua atrelado às desigualdades de gênero, comprometendo a saúde e os direitos das mulheres (COCKRILL; NACK, 2013). Mulheres que abortaram por receio da reação da família na nossa pesquisa não se submeteram ao seu jugo, mas tem na sua decisão em abortar a expressão do poder que valores familiares exercem e da pouca condição que jovens grávidas teriam em enfrentá-lo.

Diante da importância da família, pesa, no itinerário abortivo das mulheres dos três municípios que participaram do nosso estudo, *vergonha, medo da não aceitação e até mesmo da expulsão de casa*, evidenciando as relações de poder que se mantiveram influenciando as decisões. Algumas bases familiares estão assentadas em valores morais e em especial religiosos que condenam e criminalizam o aborto, ao passo que também se recusam a aceitar a mulher que engravida e sozinha manterá sua gestação, sendo assim intitulada na maioria das vezes como “mãe solteira” ou “largada”.

As circunstâncias sociais adversas se relacionam à saúde geral e ao bem-estar, em especial aos eventos que geram forte estresse emocional e aos relacionados aos parceiros. Portanto, diante de gravidez não planejada devem ser consideradas perspectivas ampliadas de saúde reprodutiva que envolvam abordagens integrais de atenção (DALTON, 2015).

Mulheres que vivenciam gravidezes não planejadas geralmente estão inseridas em contextos de desfavorecimento social e econômico e também podem estar em

relacionamentos ruins ou conflituosos com os parceiros, independente de estar na condição de solteiras ou em relacionamento estável (HALL et al., 2015).

Assim, o lugar social é determinante do modo como a mulher percebe a sua gestação, o aborto e a maternidade. O modo como a mulher concebe a maternidade pode também determinar se continua ou interrompe a gravidez, considerando-se também o exercício do direito reprodutivo de não querer ser mãe. Com exceção das comorbidades, os demais fatores estiveram presentes nas experiências de mulheres do nosso estudo.

No tocante ao relacionamento afetivo-sexual, ressalta-se que seja qual for a modalidade de relação estabelecida entre as pessoas envolvidas, essa exerce influência nos processos decisórios para o aborto (HEILBORN et al., 2012a). A instabilidade no relacionamento demarca fragilidade e insegurança, pois não garante apoio à mulher para manutenção de uma gestação, podendo desestabilizá-la emocionalmente, sobretudo em situação socioeconômica desfavorável. Insegurança no futuro do casal frustra expectativas, o que no nosso estudo se constituiu fator para a decisão pelo aborto, em meio a contextos sociais e econômicos também desfavoráveis.

Diante do aborto, pesa para as mulheres ou para terceiros que ajudem na sua realização a posição do Estado brasileiro sobre a mulher, criminalizando-a. Entretanto, exime o parceiro que pode reprimir ou coagir a mulher para realizá-lo, implicando assim numa isenção de responsabilidades sobre a influência em sua decisão e ação no ato de abortar (BOEMER; MARIUTTI, 2003; NADER; BLANDINO; MACIEL, 2007). Sendo assim, entendemos que a ilegalidade do aborto apenas coloca as mulheres em uma situação de humilhação e vulnerabilidade diante dos homens e pode se considerar até que esse seja um ato contra sua vida (VILLELA; BARBOSA, 2011).

É visível que a mulher sofre com diferentes tipos de opressão sobre seu próprio corpo. Contudo, ao realizar um aborto, é atribuída somente a elas a responsabilização do ato sem considerar muitos fatores e atores que a influenciaram, em especial a relação com o seu companheiro (PEREIRA et al., 2012).

No nosso estudo, ao lado de circunstâncias de ocorrência da gravidez desfavoráveis à continuidade, relacionadas às condições pessoais e ao apoio do parceiro, soma-se situação de violência que também tem respaldo na literatura científica.

Nesse sentido, além da atuação de diferentes fatores, a gravidez pode ser considerada um fator de risco para casos de violência, uma vez que evidencia fortemente no plano simbólico questões de opressão, subordinação ao desejo masculino de que a mulher seja ou não seja mãe (HEILBORN, 2012a). Os resultados do nosso estudo se inserem nesse contexto.

De um lado, parceiros tanto participaram da decisão como acompanharam a parceira na busca e realização, e de outro lado, parceiros não apoiaram o desejo da continuidade da gravidez e impuseram o aborto, havendo um caso de extrema violência em que o parceiro coagiu a mulher a abortar, a ameaçou de morte e teve a autoria da realização do aborto.

A violência perpetrada por parceiro afetivo é uma questão de saúde pública, e embora possa ser prevenida ocorre em todas as suas versões: física, sexual, emocional independente do ambiente e de grupos socioeconômicos, causando consequências para a saúde das pessoas. São lesões físicas, transtornos mentais, prejuízos no desenvolvimento educacional ou econômico, dentre outros agravos, inclusive casos de violência durante a gestação e tem como consequências partos prematuros, abortos, exacerbação dos comportamentos de risco, abuso de álcool e outras drogas (GARCIA; SILVA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda adoção de estratégias que visem à prevenção primária da violência por parceiro afetivo, a exemplo da redução do acesso e abuso do álcool e outras drogas e, em especial, as modificações sociais e culturais necessárias percebidas através da lente de gênero e enfatizadas através de campanhas que sensibilizem meninos e homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O histórico de subordinação da mulher ao poder do homem ocorre em especial em termos de atitudes no que diz respeito à sexualidade, à vida reprodutiva, ao casamento e à maternidade (VILELA; BARBOSA, 2017). Nesse contexto, a responsabilidade da gestação é atribuída à mulher, enquanto o homem é eximido, evidenciando um afastamento do mesmo com relação à gestação e ao aborto (HEILBORN, 2012a; GUSMÃO; PICHELLI, 2014).

Tal posição social é fortalecida pela naturalização da maternidade que acaba por fazer com que os homens possam escapar do reconhecimento da paternidade das crianças, e as mulheres ainda sejam submetidas a um destino de ser mãe que lhe é imposto como algo natural (THURLER, 2012; BENSUSAN, 2012). Desse modo, o corpo da mulher é percebido enquanto potencial de produção, submergindo-a em um campo restrito de reprodução e afetividade e exaltando o discurso da maternidade enquanto função obrigatória (SANTOS; SILVEIRA, 2017).

Assim, a decisão de tornar-se mãe está aliada a aspectos também subjetivos que conjecturam o contexto de vida pessoal e profissional da mulher, considerando seus anseios, desejos e planos de vida (SCAVONE, 2001b).

Algumas mulheres reprimiram o desejo da continuidade da gestação e realizaram o aborto em situações de falta de apoio do parceiro. Ressaltamos que instabilidades de namoro

ou da união conjugal pesaram na decisão das mulheres. Assim, reafirmamos que o aborto é um fenômeno multifacetado, e a decisão é fortemente influenciada pelo contexto no qual a mulher está inserida, o que é confirmado pelos relatos das mulheres que vivenciaram tal experiência e por suas respectivas análises.

O fato de já ser mãe em determinado momento e não ter planejado uma próxima gestação pode também influenciar decisivamente para o aborto, uma vez que inexiste um novo projeto de maternidade, e a mulher já se sente satisfeita com sua prole. A maternidade nesse momento já pode ser percebida como “função social cumprida” e não há desejo de repetição.

Cremos que é também nesse âmbito que ocorra a violência denominada simbólica.

A violência simbólica costuma acontecer com a aceitação das vítimas na medida em que o que é imposto vai se naturalizando e se tornando algo comum naquela relação, ou seja, a violência acontece de modo inconsciente para quem a sofre (BORDIEU, 1999).

Violência simbólica é um tipo de violência que se torna invisibilidade por suas vítimas devido às suas características sutis de dominação e que se exercitam por meio de simbolismos da comunicação e do saber ou mais especificamente do não saber, do reconhecer e de sentimentos envolvidos a partir de relações subjugadas, mas que coexistem com afetos, intimidade e confiança (BORDIEU, 1999).

A violência simbólica também pode ser percebida na imposição dos valores morais que são transmitidos geracionalmente dentro da família com rigorosa obediência e punição ao ser contrariada, a exemplo de rechaço, expulsão de casa, desconsideração ao momento vivenciado pela mulher, dentre outros abusos e constrangimentos no âmbito familiar.

Embora a experiência das mulheres retrate uma realidade de conflitos, insegurança e necessidade de apoio, com respaldo na literatura científica, as mulheres que participaram do nosso estudo também desestabilizaram ordens instituídas e agiram com determinação em seu itinerário abortivo. Quando na certeza de não desejar manter a gravidez, não submeteram sua continuidade ao apoio do parceiro. Ao mesmo tempo, quando questões pessoais, sociais e econômicas as pressionaram, buscaram resolver o problema e prevaleceu a autodecisão sobre seu corpo e sobre a sua vida.

5.3 CAMINHOS CLANDESTINOS DA BUSCA PELO ABORTO

Entre as mulheres do estudo foi comum essa etapa do itinerário abortivo se iniciar com o uso de ervas, buscando-se em seguida outras alternativas, sobretudo o cytotec. Quase sempre quem fez uso dessa medicação concluiu o aborto em domicílio sem complicações.

Algumas ervas foram resolutivas de forma isolada, bem como misturas de ervas com outras substâncias.

Os itinerários abortivos no tocante à busca por métodos, meios e procedimentos constituem realidades que se assemelham, porém com clara expressão dos limites dos riscos: extrema vulnerabilidade, demarcada pela violência contra uma mulher do município de médio porte (M2) e proteção e segurança em clínica particular no município de grande porte (M3).

A realidade nos três municípios é conhecida por meio da categoria que segue:

- **Compartilhando métodos e riscos impostos pela clandestinidade do aborto**

No município de pequeno porte, o itinerário abortivo foi marcado pelo uso de ervas associado a outras substâncias; e uso do cytotec e ocitocina, verificando-se resolutividade por esses métodos:

O povo falava pra tomar “pratudo” nada dava certo, só a cachaça mesmo[...] O povo ensinava e eu tomava, gente que entendia de erva, erva com cachaça, essas coisas [...] eu tomei muita cachaça, foi o que ajudou, eu senti uma dor bem forte[...]tomei tanto remédio, bucha paulista, fel de boi, arruda com cachaça[...] até café amargando, enterrado com sete dias eu bebi[...] quando tomava os chá só me dava vontade de vomitar, tomava arruda fêmea, arruda macho[...] Tava sozinha[...] saiu com tudo, com placenta, com tudo (E2M1).

Eu me apliquei ocitocina adquirida no hospital com uma pessoa, também tomei umas coisas misturadas que uma tia que me rezava conseguiu, mas não sei a composição, só sei que funcionou graças a Deus (E4M1).

Meu namorado deu o dinheiro pra comprar o remédio[...]meu primo foi na farmácia porque o rapaz era mais amigo dele [...] fui dormir na casa da minha prima nesse dia [...] são quatro comprimidos, coloquei dois com aplicador de creme vaginal [...] a gente esperou ansiosamente pelas dores, a gente fez isso oito da noite e na madrugada foi que fez efeito [...] eu me senti um pouco preocupada por causa do sangramento que vem depois e bastante aliviada por ter conseguido (E1M1).

Fui na farmácia sou amiga dos donos, foi bastante fácil[...] quando foi na hora que começou a sair fui logo para o hospital buscar atendimento, falei que tinha sido espontâneo e que não queria que ninguém soubesse (E3M1).

No município de médio porte, foram utilizados como métodos abortivos ervas, cytotec, sonda, *espeto de churrasco* e em um dos casos a informante conseguiu acesso ao aborto em hospital público. Houve necessidade de atendimento hospitalar para algumas mulheres, durante o abortamento.

Eu e meu namorado fomos em uma barraca de folhas[...] fiz um chá e enjoiei muito[...] ele não teve efeito nenhum[...] e aí minha amiga me acompanhou[...] e eu chorando até o dia seguinte [...] Aí fui na farmácia, comprei 6 comprimidos de cytotec[...] foi feito na casa de meu namorado[...]em duas horas já comecei a sentir muitas dores, pior da experiência foi que eu tenho asma e comecei a ficar com falta de ar e eu chorava preocupada de não ter como ir ao hospital, de responder alguma coisa na justiça [...]meu namorado me ajudou na parte financeira emocional também [...] quando eu fiz a interrupção, o feto saiu por inteiro (E1M2).

Me encaminharam para um hospital em outra cidade [...] eu enfiei uma sonda e comecei a sangrar, eu não me importava que morresse eu ou a criança eu queria acabar com aquilo tudo ali [...] fui atendida, minha prima foi comigo e quando vi já tinha ocorrido a curetagem (E2M2).

Minha amiga me ajudou, foi pro hospital comigo [...] a minha amiga foi quem conseguiu tudo, foi hospital público de outro local, outro município [...] chegou lá fizeram a medicação e não precisou de curetagem nem nada (E3M2).

Em um dos casos, uma mulher sofreu violência extrema dentro de uma boate, um atentado à vida, com introdução de espeto de churrasco na vagina pelo parceiro sob uma arma apontada na cabeça, o que certamente ficou impune, mantendo protegido o autor:

Eu não abortei querendo, ele me forçou com uma arma na cabeça dentro do banheiro da boate [...]não tive escolha, comecei o aborto no banheiro mesmo e fui atendida pela equipe de plantão da boate [...]ele pegou o palito de churrasco que estava comigo e começou a me furar eu corri pra dentro do banheiro e terminei, ninguém me ajudou (E4 M2).

No município de grande porte, há um misto do uso de ervas, cytotec e ocitocina, em domicílio; casa de aborteiras e clínica particular, com destaque para o uso do cytotec sem necessidade de finalização em hospital. Nas situações em que foram utilizadas ervas, algumas produziram desconfortos sem garantia do aborto, mas *tapete de oxalá e buchinha do norte* foram efetivas com uso de modo isolado, sem complicações.

A folha que eu tomei foi Tapete de Oxalá, cozinhei, botei no fogão pra cozinhar, depois bati no liquidificador [...] eu tomei o sumo mesmo da folha, eu não coei o chá não, eu tomei a folha com tudo junto, aí veio fazer efeito no outro dia de manhã [...] depois desceu vários pedaços de sangue, foi em casa mesmo, me deu umas dores nas costas só (E8M3).

Descobri uma erva que se chama bucha do norte, fiz esse chá [...] um mês e nada, eu continuei tomando, passando muito mal, sozinha, sem conversar com ninguém, estava tomando muitas coisas, muito chá para descer a menstruação[...] essa bucha que eu tomei, quinze dias depois comecei a sentir uma cólica forte, e assim aconteceu o aborto e desesperada, aproveitava a noite para fazer as coisas, tomar chá, dormir de bruços [...] completou e eu senti uma cólica muito forte e o pai da minha filha me levou para o pronto socorro, chegando lá eu estava tendo um aborto, aí que fui levada à sala de cirurgia, eu creio, sedada, quando acordei, já foi no quarto e com a curetagem feita (E4M3).

Uma característica desse grupo foi a busca por clínica particular como algo verificado apenas entre as mulheres residentes nesse município, três mulheres. Das que buscaram esse recurso nenhuma relatou o uso de algum tipo de erva, sendo seus discursos representados pela E9 M3:

Procurei amigas que pudessem me ajudar na busca do cytotec[...]adquiri em farmácia de bairro, através de um atendente[...] refiz o teste de farmácia e confirmou a permanência da gravidez, aí busquei o procedimento em clínica, era minha única saída[...] passei por uma triagem onde me foi questionado questões socioeconômicas e a certeza de realizar o procedimento, foi realizada uma ultrassom [...] conheci a instalação da clínica [...] foi me passado o valor para o procedimento o qual realizaria após três dias [...]meu parceiro esteve me acompanhando, inclusive ele que pagou o procedimento no valor de 3 mil reais (E9M3).

Entre as participantes que fizeram uso de cytotec ou realizaram o aborto em casas de aborteiras, apenas uma necessitou de atendimento em unidade hospitalar.

Ele foi, procurou um rapaz que vendia ervas [...]tomei chá durante dois dias e nada[...]conversei com um amigo [...] a mãe dele fez um chá forte de arnica com cytotec, tomei três ou quatro dias, não resolveu[...] a gente comprou o cytotec[...]depois de umas seis horas eu comecei a sentir fortes dores e sangrando muito [...]Eu fui pro trabalho lá pra nove horas do dia eu abortei, e aí continuou o sangramento e a diarreia, ele tava comigo, passou a noite junto e durante a manhã ficou comigo [...]fiquei uns três a quatro meses sangrando e escondendo, porque eu moro com minha mãe [...]lá pra novembro, a gente foi em um hospital, fiz transvaginal com doppler[...] tava tudo limpinho o médico passou uma medicação que suspendeu o sangramento (E5M3).

Eu tomei cytotec com ocitocina, um rapaz de farmácia fornecia, aplicava e explicava [...]mas não consegui abortar [...] uma amiga que passou pela experiência arranhou uma pessoa que fazia o aborto [...] tinha todo um ritual: ir em jejum, ela fazia um café bem concentrado, lhe dava um café bem amargo[...]introduzia no seu útero um canuduzinho[...] deixava a pontinha pro lado de fora da sua vagina [...]jeu fui pra casa [...] mandou eu

tomar um chá de hortelã miúdo e água inglesa[...]na noite do dia seguinte, eu comecei a sentir cólica [...] contração forte, nesse momento eu entrei no banheiro, eu só [...] saí [...] não fui ao serviço [...]ela me orientou a tomar durante uma semana água inglesa, chá de hortelã e limpou tudo (E7 M3).

Entendemos que há uma proximidade no uso de métodos eleitos pelas mulheres para realização do aborto, em especial no que se refere à busca inicial por ervas e outras substâncias. No entanto, a finalização do abortamento vai sofrer alterações de acordo com a eficácia do método e como se dá o procedimento em cada mulher. Ressaltamos que todas essas se encontravam em situação de vulnerabilidade, expostas a riscos diversos durante a utilização dos métodos e realização do procedimento.

DISCUSSÃO

No nosso estudo, a gravidez se apresenta como um problema e encontrar a solução pelo aborto se sobrepõe a valores socialmente legitimados em que a maternidade é naturalizada. Nessa etapa do itinerário abortivo, pesa sobre as mulheres o caminho a percorrer e seus obstáculos, tendo em vista a clandestinidade e a criminalização, mas é como solução que o aborto é buscado. Nessa etapa, em que se misturam decisão e realização, há subjacente às difíceis experiências valores morais incorporados socialmente, embora não sejam limitadores do desfecho da gravidez em aborto.

A gravidez não planejada pode representar algo apavorante para a mulher que decide interromper sua gestação, tendo em vista ser questão repleta de preconceitos e implicações legais (ANWESHA, 2013). Ao conseguir acesso ao aborto, os múltiplos eventos vivenciados pelas mulheres suscitam uma rede complexa de emoções que influencia diretamente no modo como ela vai vivenciar esse momento. Essas emoções estão associadas aos conceitos prévios de gravidez, aborto e maternidade (COAST; et al., 2018).

Assim, a experiência com o aborto pode apresentar-se com simbolismos diferenciados para a mulher, associados sobretudo a aspectos sociais e políticos que buscam limitar as decisões sexuais e reprodutivas das mulheres. Desse modo, estigma, vergonha e necessidade de manter em segredo o fato acabam por consolidar um quadro de experiências negativas, durante a decisão e a realização do aborto, que afetam a saúde da mulher (DORAN; HORNIBROOK, 2016).

A possibilidade de realizar um aborto inseguro implica em questões jurídicas, sociais e culturais, durante a experiência das mulheres. Exemplo disso é a resistência ou postergação

em buscar por cuidados de saúde após a sua realização, ainda que em vias de graves consequências, o que resulta num número significativo de mortes de mulheres por essa prática clandestina (ZAEEMA; SHAIKH; NAWAZ, 2015).

Entre os eventos percebidos, durante a experiência do abortamento, podemos citar aqueles que se relacionam à condição econômica, como pagamentos por procedimentos, condições e consequências legais a depender do país que resida, efeitos em sua saúde física como dor, efeitos colaterais e em sua saúde psíquica como sentimentos de culpa, vergonha, alívio e sentimentos ambíguos (GERDTS et al., 2015).

Na pesquisa em foco, diferentes sentimentos acompanharam as mulheres dos três municípios que participaram da pesquisa, mas foi *o livrar-se do problema* que orientou as buscas de apoio para acessar métodos e meios para o aborto. Foi sobretudo o parceiro o primeiro a dividir preocupações e responsabilidades, com suporte emocional e financeiro por alguns diante da decisão das mulheres e com não apoio e imposição por outros diante de mulheres que desejavam continuar a gravidez.

O aborto inseguro é classificado como uma prática realizada sem os padrões mínimos aceitáveis para sua realização ou em ambiente inadequado (OMS, 2013). O aborto inseguro é causa de mortalidade materna em todo o mundo e é um risco para a saúde das mulheres, em especial para aquelas que residem em países em desenvolvimento, pois a maioria ocorre nesses locais (SAY; et al., 2014; HAJRI, et al., 2015b).

De modo geral, em países onde o aborto está proibido, as mulheres em situação de pobreza convergem a buscar o aborto inseguro com graves consequências para sua saúde, o oposto ocorre nos países com legislações mais permissivas. Desse modo, a prática do aborto seguro se torna um privilégio das mulheres com mais recursos e que podem pagar por um procedimento (SEDGH et al., 2012; OMS, 2013).

Para obtenção do aborto, são realizados procedimentos específicos: o cirúrgico, com realização de curetagem, sucção ou a vácuo, ou ainda por dilatação e evacuação realizada entre doze ou dezesseis semanas; medicinal que utiliza pílulas medicamentosas a exemplo do mifepristone e misoprostol, preferencialmente entre sete e nove semanas gestacionais (PROCON, 2018). Quando realizado por uso de ervas, é classificado como aborto natural com benefícios em economia e facilidade para realização em âmbitos pessoais, todavia preconiza-se cautela na utilização das doses eleitas para uso, a fim de prevenir efeitos adversos desconfortáveis ou tóxicos (GUL; et al., 2015).

Em geral, as mulheres que buscam pelo abortamento usam uma variedade de substâncias, a exemplo de ervas, chás, infusões e demais líquidos, com diferentes dosagens e

modos de uso; havendo ainda um certo conflito entre o que é relatado pelas mulheres como abortamento e como regulação do fluxo sanguíneo (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

A cautela com o método natural objetiva prevenir, por exemplo, quadros de aborto incompleto que sequencia infecções sistêmicas como sepse: corrimento vaginal fétido, sangramento vaginal, cólicas abdominais, febre, náuseas, vômitos e sudorese e em alguns casos a morte; os sintomas gerais que caracterizam o abortamento são dores abdominais, nas costas, coágulos ou tecidos vaginais e sangramento vaginal (MCATEE, 2017). A efetividade dos métodos naturais também é variável e se relaciona ao período gestacional, havendo êxito em práticas que ocorram até o primeiro trimestre de gravidez (ROHIT, 2015).

O aborto natural é uma alternativa para quem deseja interromper a gravidez não planejada, considerando que as ervas, em sua maioria, apresentam segurança e não oferecem riscos para uma futura gestação além de ser comprovadamente mais econômico e mantêm o ato em sigilo, evitando constrangimentos e outros limites sociais para sua realização (ANWESHA, 2013). Em todo o mundo, o uso de ervas enquanto método abortivo é feito por mulheres em preferência ao uso de outras drogas e procedimentos cirúrgicos; esse fato ocorre em especial devido à ilegalidade do aborto em alguns países, a situações de pobreza e à conotação de segurança que se dá ao uso dessas ervas (GUL; et al., 2015).

Há um desconhecimento social notório no que se refere ao uso de ervas para indução do aborto em todo o mundo, o que pode causar uma hesitação no seu uso, ainda que estudiosos da fitoterapia já possam afirmar que o aborto natural pode ser vantajoso para muitas pessoas, evitando procedimento dolorosos ou caros (GUL; et al., 2015).

O uso de ervas fitoterápicas para tratar agravos na saúde é histórico; inclusive em procedimentos de indução ao aborto com eficácia comprovada, todavia parece haver um silêncio na literatura científica, apesar da aceitabilidade social da aplicação do método ser extensa. Por algum tempo, o uso de ervas abortivas foi associado ao movimento das “bruxas” e “feitiçarias” de “demônios” contra “crianças” e responsável pela morte de mulheres na Europa que obtinham abortos por meios naturais, inclusive as parteiras eram inseridas no rol das condenadas, pois essas teriam conhecimento suficiente sobre o sistema reprodutivo e uso de ervas abortivas (GRADWHOL, 2013).

O uso de ervas medicinais na comunidade também circunscreve um cenário onde as crenças e valores se naturalizam culturalmente e são transmitidos de modo geracional, fixando-se nos grupos familiares e sociais (CEOLIN et al., 2011). De modo geral, a etapa de utilização de infusões, chás e vegetais favorece um tipo de moralidade estabelecida no meio

comum que divide as práticas entre abortar e “regularizar” o ciclo menstrual (LEAL; LEWGOY, 1995).

A concepção de fazer a menstruação descer está fortemente associada ao uso de chás e sumos de ervas, pois sendo algo “natural” traria apenas a “regularização” do ciclo menstrual, sem causar o que se conhece por aborto. Assim, alguns usos de ervas são propagados para utilização com a finalidade de “fazer descer a menstruação”, e não propriamente para “interromper a gestação”. Na primeira, os sentidos atribuídos comumente não comportam juízos de valor e permitem a ação do que se expressa como natural, ao contrário dos julgamentos e criminalização das mulheres, quando o sentido é interrupção da gestação.

Desse modo, mulheres que têm incorporado o valor das plantas com fins terapêuticos têm utilizado ervas medicinais como primeira estratégia de abortamento no seu itinerário terapêutico, expressando uma culturalidade compartilhada e aceita em seu meio social.

No nosso estudo, os efeitos abortivos do *tapete de oxalá* e da *buchinha do norte*, que no relato das mulheres tiveram eficácia comprovada ao efetivar o aborto completo, têm respaldo na literatura científica.

Tapete de oxalá, também conhecida por falso-boldo, folha-de-oxalá, boldo, sete - dores, boldo nacional, malva-santa, é uma erva utilizada para doenças relacionadas ao fígado, trato gastrointestinal, cefaleias e náuseas. Também utilizada em rituais de umbanda, em banhos e assentos ou lavagens para Oxalá que compõem um dos elementos do “Abô” religioso (ALMEIDA, 2011).

Na Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, essa planta tem contraindicação para uso em gestantes, lactantes, crianças, pessoas portadoras de hepatites e obstrução das vias biliares (BRASIL, 2010).

A bucha do norte, também conhecida por abobrinha-do-norte, bucha, purga-de-paulista, buchinha, buchinha-paulista, cabacinha, utilizada na terapêutica de agravos como sinusite, alcoolismo, febre, picadas de insetos, dor ciática, oftalmia crônica, sífilis, icterícia e hidropisia, é também considerada como uma planta abortiva em suas propriedades (OLIVEIRA, 2008).

No Brasil, a maioria das ervas é propagada para utilização sem comprovação de suas propriedades por pessoas que as comercializam, e quando comparadas às medicações farmacêuticas são geralmente relevadas em seus efeitos tóxicos. Esse é um dos problemas que agravam a saúde das pessoas por meio do uso indiscriminado (VEIGA JUNIOR, 2008).

Encontramos na literatura algumas ervas que podem favorecer o processo de indução ao aborto: arnica, aloe, angélica, cânfora, confrei, eucalipto, alecrim, gengibre e sene, cedro, erva-doce, jasmim, manjerição, manjerona, tomilho, rosa, lavanda (DAVIES, 1996).

Algumas ervas medicinais, em especial as conhecidas como “mágicas” utilizadas em rituais religiosos, costumam ser produzidas em associação com outras ervas ou substâncias e são preparadas sobretudo por líderes espirituais (CAMARGO, 2006). Dentre as ervas mais utilizadas em rituais religiosos, a arruda é considerada uma das mais procuradas e conhecidas em especial pelo senso comum com finalidades de proteção espiritual (TORIANE; OLIVEIRA, 2006).

Para tanto, confirmamos que o uso de ervas, os chás e as infusões associadas estão atrelados aos hábitos culturais de um povo, e sem dúvidas também às suas religiões. São, portanto, as crendices de cura de doenças, de desfazer males, de tratar, de reabilitar, além de vivenciar experiências que permitem ao senso comum ressoar, entre os demais, as finalidades e sucessos de cada método natural.

Ressaltamos que as orientações sobre dosagens no uso de ervas medicinais são realizadas por pessoas que explicam os modos de uso, mas não consideram outros pontos como efeitos adversos, toxicidade ou superdose. Isso compromete a segurança na utilização, considerando que fatores como armazenamento, manejo e posologia interferem na eficácia das substâncias, oferecendo riscos à saúde (MELO et al., 2007; SILVA et al., 2010).

A substância intitulada na pesquisa como “pratudo” tem sido utilizada empiricamente para cura de agravos do trato gastrointestinal, anemia e algias diversas, também com fins purgativos e é uma prática comum entre tribos indígenas que utilizam bastante para casos de febre em sua comunidade (VILELLA et al., 2000).

Não foi encontrado na literatura pesquisada o uso do “pratudo” isolado ou em associação com outra substância para induzir o aborto. Com relação à hortelã, aparece na literatura como parte de um ritual de reabilitação após o aborto e foi utilizado o termo “limpar tudo” como benefício da sua utilização, após o início do procedimento.

A hortelã é uma planta amplamente utilizada em todo o mundo como tempero e também como erva medicinal. Suas indicações empíricas indicam seu uso como estimulante gástrico, paliativo para vômitos, cura de verminoses, cólicas uterinas, expectorante, antisséptico bucal, infecções da boca e garganta e sistema nervoso (LE MOS JUNIOR; LEMOS, 2012).

Além das ervas, outras substâncias demonstram potencial abortivo durante seu uso na gestação a exemplo do café e do álcool. O álcool deve ser evitado durante a gestação, pois o consumo da substância traz risco de aborto; com relação ao café não se considera ainda nenhum consenso claro sobre suas doses de segurança, durante a gravidez, mas há de fato uma correlação comprovada entre altos níveis de consumo e complicações durante a gestação (JAMES, 2018).

Com relação aos métodos mais utilizados no Brasil, até a década de 1990, prevalecia a autoindução por mulheres com material perfurante o que impactava no alargamento dos índices de morbimortalidade materna. A partir desse momento, o misoprostol ganhou o mercado clandestino e passou a ser o principal método em uso para o abortamento, o que influenciou inclusive nas alterações dos índices de atendimentos para a mulher, a exemplo dos casos de hemorragia e infecção, redução dos níveis de morbimortalidade, mas vale dizer que, apesar da redução de casos, essas taxas ainda continuam altas no Brasil (MADEIRO; DINIZ, 2016).

O uso da medicação, portanto, favorece abortos completos e menos possibilidades de infecções e hemorragias, ainda que coexista grande número de internações por abortos incompletos no Brasil (DINIZ, MEDEIROS, 2012).

Mulheres em todo o mundo utilizam drogas abortivas para interromper gestações a exemplo do mifepristone – ou RU 486 – e o misoprostol, um medicamento antiúlcera, um pouco menos eficaz que o primeiro, mas que se realizado no primeiro trimestre e conforme recomendações científicas oferece êxito na indução e se apresenta como uma alternativa segura e acessível para as mulheres (INTERNATIONAL WOMENS HEALTH COALITION, 2016).

O Cytotec, princípio ativo misoprostol, não tem registro na ANVISA e a comercialização é proibida no Brasil desde o ano 2005, sendo restrita a sua venda para hospitais, e a comercialização considerada como infração sanitária gravíssima e crime (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2018). O cytotec ou prostokos é comercializado de modo ilegal, o que favorece as adulterações por comerciantes e ineficácia do produto (DINIZ, MEDEIROS, 2012).

Ainda há dúvidas com relação aos valores que as mulheres pagam para adquirir o cytotec, como alcançam essas drogas, bem como o intervalo de tempo até a busca por algum serviço de saúde. Sabemos ainda que nenhuma garantia há para mulheres que usam o misoprostol por via clandestina, pois não sabemos sobre as adulterações que podem acontecer

durante a comercialização, implicando na falha do princípio ativo da medicação (DINIZ; MEDEIROS 2012).

Com relação às vias de administração, a farmacocinética estudada entre as vias oral e vaginal constata que na primeira a concentração sérica é considerada maior, desse modo uma vez utilizada para a terapêutica de úlceras, suas concentrações plasmáticas podem ocasionar o aborto (APPROBATO; BATISTA; FONSECA, 2002).

Para além dos benefícios apresentados, o uso do misoprostol está associado à ocorrência de abortos incompletos e efeitos teratogênicos, proporcionando assim anomalias congênitas (MOREIRA et al., 2001). No nosso estudo, além do misoprostol, houve também o uso da ocitocina. A ocitocina é um hormônio que estimula contrações uterinas, independente da fase gestacional apesar de se mostrar mais intensa no período final. Seu meio de utilização mais conhecido é a via endovenosa em casos de indução e desenvolvimento do trabalho de parto (JONSSON, 2015).

As clínicas particulares constituem o ambiente mais seguro para o aborto, mas uma vez na clandestinidade, o acesso é restrito e para quem pode pagar. Esses locais geralmente já possuem a infraestrutura necessária para realização do abortamento e conta com equipes que são supostamente habilitadas para conduzir o aborto. Os valores geralmente são pagos pelas próprias mulheres ou por seus parceiros. O acesso a hospital público para efetivação do aborto é pontual no nosso estudo, e certamente por acordo entre pessoas conhecidas que garantem entre si o sigilo exigido pela clandestinidade. Com relação aos métodos perfurantes, foram relatados casos de indução, e, em seguida, as mulheres necessitaram de atendimento hospitalar.

Mulheres, independente de classe, cor, religião ou faixa etária, estão abortando no Brasil, todavia as mais abastadas economicamente realizam em clínicas com melhores aparatos tecnológicos. Mulheres economicamente desfavorecidas realizam mais abortos inseguros, o que impacta nos índices de agravo à saúde e mortalidade, resultantes de consequências como quadros hemorrágicos, infecções, perfurações, esterilidade e óbito após o aborto (MENEZES; AQUINO, 2009).

Ressaltam-se, no nosso estudo, outras situações de riscos com o uso de objetos perfurantes. A utilização de material rígido na indução ao aborto traz a possibilidade de perfuração do útero ou do fundo de saco, há casos também em que são utilizados produtos químicos que podem ainda conduzir a uma necrose miometrial, sem contar ainda na possibilidade da infecção pelo agente *Clostridium perfringens* que pode induzir a um quadro de anemia hemolítica do tipo fulminante e insuficiência renal aguda (BRASIL, 2011).

Em relação a “casas de aborteira”, constitui uma das opções de escolha das mulheres para realização de abortos clandestinos e inseguros com procedimentos geralmente arriscados e em espaços domésticos por pessoas nem sempre habilitadas e com destreza para o procedimento (DINIZ; MEDEIROS, 2012). As mulheres mais pobres são as que mais realizam abortos inseguros via clandestinidade, uma vez que condições econômicas favoráveis facilitam o acesso à prática de modo seguro até mesmo em locais onde o ato é restrito (FAÚNDES; BERZELATO, 2004).

Em síntese, o acesso a métodos e meios abortivos traz consigo as desigualdades de classe, reservando-se às mulheres mais pobres maior exposição a riscos e itinerário abortivo mais longo e com maior tempo de inseguranças e incertezas. São elas, porém, que logo acessam meios naturais, independente do município de origem, pequeno, médio ou grande porte, com as ervas sendo um dos primeiros recursos que resolvem ou auxiliam no processo a ser finalizado em hospital.

Métodos mais invasivos, que poderiam estar superados, ainda são registrados na experiência das mulheres, e a aborteira também se apresenta como agente de solução em ambiente inseguro. Ao cytotec dá-se a maior eficácia e a maior segurança em relação a processos resolutivos, não sendo porém comparado ao rápido, mas também obscuro meio de solução encontrado nas clínicas particulares.

5.4 INTERSEÇÃO ENTRE DIFICULDADES DE ACESSO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A garantia de acesso ao serviço de saúde é um dos princípios do SUS e deve ocorrer com acolhimento da mulher e resolutividade de suas demandas. Todavia, nas situações de abortamento, entra em ação um sistema simbólico e de valores que discrimina as mulheres e define ações profissionais contrárias à integralidade da atenção.

Na subcategoria que segue, constata-se o desrespeito aos direitos reprodutivos da mulher que aborta, o que constitui violência obstétrica:

- **Sobreposição de valores pessoais à ética profissional no serviço público de saúde**

Para algumas mulheres que participaram do estudo, foi necessária a finalização do aborto em unidade hospitalar, havendo relatos de desrespeito e constrangimento atribuídos ao fato de estar em abortamento.

Na primeira consulta me deu remédio para parar o sangramento em casa e pronto [...]quando você tem uma indicação, quem te leve, conhecidos na área da saúde, você tem um excelente atendimento, mas quando não tem, a gente não pode esperar muita coisa[...] depois que eu tinha feito o aborto, eu tive que fazer três curetagens[...]Então, em relação ao próprio atendimento médico, eles tratam a gente com muito descaso, como se fosse a pior coisa do mundo provocar um aborto, [...]a gente fica com vergonha de chegar no médico e dizer: ah tomei remédio pra perder [...]A gente sofre uma rejeição pelos próprios médicos que nos atende, ainda mais quando eles perguntam se o aborto foi provocado (E1M3).

Logo fui a um hospital que lá até então fui atendida normalmente, esperando minha vez e tal, mas logo que falou que foi aborto, fui tratada com descaso[...]Começou com a demora a me internar para a curetagem, e logo que fui internada levei umas horas ainda sentindo dor [...]Lembro como se fosse hoje, gritei, berrei, até que uma senhora que trabalhava no local falou: minha filha, fica quietinha aí, se não, vão te pirraçar, fui aí que pude perceber que nesse caso, eles tratam com descaso (E4M3).

Uma das participantes, E4M2, sofreu outra modalidade de violência institucional pelo profissional médico com ameaça de denúncia. Registra-se que essa mulher já havia sofrido violência pelo parceiro, que impôs e teve a autoria do aborto em uma boate com objeto perfurante sob ameaça de uma arma de fogo, que foi objeto de categoria empírica relativa a métodos e meios abortivos. Em seu relato afirma:

O serviço de saúde que eu fui foi a própria emergência do local da boate[...] em seguida fui pra outra emergência encaminhada, mesmo assim escutando desaforo do médico que ameaçou me denunciar[...] Não souberam o que eu fiz, fiquei com medo de ser presa na hora, foi uma confusão grande (E4M2).

Nessas situações, valores pessoais de profissionais se sobrepõem à ética necessária à atenção em saúde, a ser exercitada sem discriminação, sem juízos de valor e em defesa da vida das pessoas que precisam do cuidado à saúde.

- **Mediações para acesso aos serviços de saúde distanciando a atenção da integralidade**

Mulheres que antecipadamente conheciam a resistência dos serviços em relação ao aborto valem-se de amigas que se disponibilizaram a ser uma ponte entre o hospital e a usuária ou pessoas do serviço de saúde conhecidas da participante, como se lê nos relatos abaixo:

A minha amiga foi quem conseguiu tudo, foi hospital público de outro local, outro município no caso, ela conseguiu, marcou e eu fui com ela[...]chegou lá fizeram a medicação e não precisou de curetagem nem nada foi bem tranquilo assim (E3M2).

Não foi tão fácil assim, mas consegui logo atendimento[...]Uma amiga tinha amigos no hospital e isso ajudou a questão ser resolvida no hospital público[...]Fui atendida, minha prima foi comigo e quando vi já tinha ocorrido a curetagem (E2M2).

Fiz curetagem no serviço de saúde daqui mesmo, eu conheço as pessoas do lugar e quando foi na hora que começou a sair fui logo para o hospital buscar atendimento[...] falei que tinha sido espontâneo e que não queria que ninguém soubesse, as pessoas já sabiam do meu relacionamento confuso e conturbado e ninguém contou nada aqui na cidade (E3M1).

A clandestinidade do aborto e o receio dos julgamentos profissionais fazem com que mulheres posterguem a busca pelo serviço de saúde. Ao acessar algumas unidades, se defrontam com resistência de profissionais que geram uma sequência de encaminhamentos com base no quadro clínico sugestivo de aborto em curso, o que caracteriza peregrinação e entrave no acesso à saúde:

Já tinha uns dois meses eu sangrando, então eu resolvi procurar atendimento [...]Aí a gente foi pra um hospital, eu tinha plano particular, e lá eles não me atenderam, disseram que sem nenhum exame que comprovasse que eu não estava grávida, eles não me atenderiam[...]No outro dia, eu fui para outro hospital mas lá também eles não me atenderam, precisava de um exame que confirmasse que eu não estava grávida, eles sabiam que poderia ser um aborto e que não queria prestar atendimento[...] Foi aí então que indicaram a gente pra outro hospital, eu fiz a ficha não falei diretamente que estava tendo um aborto, mas falei que estava suspeitando, que a menstruação atrasou, como se fosse uma coisa que tivesse acontecido assim [...], e aí a vergonha, o medo sem saber o que iria me acontecer[...] Eu cheguei a fazer um exame de imagem[...]retornei, ele olhou e então passou a medicação e o sangramento suspendeu (E5M3).

Situações em que ações técnicas e relações acolhedoras levariam ao alívio e ao sentimento de ser cuidada, com respeito à dignidade da mulher, constituem dúvidas e retardam a busca por apoio, ampliando-se a insegurança. Mantêm-se, assim, o mal-estar, o desconforto, o medo da mulher em relação à sua saúde e aos riscos à própria vida, o que produz sofrimento crônico, sendo mais uma demonstração de violência obstétrica.

- **Acesso a clínicas particulares sem garantia do acolhimento das mulheres**

O acesso a clínicas particulares foi viabilizado mediante condições socioeconômicas favoráveis, que permitiram agilidade para realização do aborto. Ficou evidente que nesse ambiente as participantes conseguiram resolutividade, mas a clandestinidade distancia as relações e prejudica o acolhimento necessário às mulheres, conforme se lê abaixo:

É bem complicado o acesso às clínicas, é algo bem sigiloso[...]nada é muito falado, muito verbalizado, tudo é muito oculto, camuflado, você não verbaliza o que você quer[...] passei por uma triagem, onde me foi questionado questões socioeconômicas e sobre a certeza de realizar o procedimento [...] você não tem acesso fácil ao médico, só mesmo depois que você passa por essa triagem, [...] foi realizada uma ultrassom para confirmar a idade gestacional [...]você fica na sala em repouso sozinha, toma os medicamentos, meio que anestésicos, e não pode ter a presença de nenhuma outra pessoa (E9M3).

Na verdade, foi tudo muito rápido, quarta eu descobri, sexta à tarde eu consegui ligar pra uma clínica e já marquei uma consulta pra segunda-feira e na terça-feira eu já fiz o procedimento[...] foi tudo rápido, eu queria resolver tudo muito rápido[...]O médico me disse que trabalhou em outro país onde o aborto é legalizado[...]Ele me prescreveu alguns remédios e ressaltou que qualquer atendimento em caso de emergência, eu deveria falar com ele antes, me passou os contatos dele e das funcionárias da clínica[...] duas mulheres trabalham com ele, uma delas ficou comigo na sala, durante e depois (E10M3).

O exame de toque não foi suficiente, ele pediu pra fazer uma ultra, quando chegou na ultra, a médica falou: tá ouvindo o coração? foi uma merda[...]Parecia um médico seguro, cabeça pra frente, correto[...]E no dia da cirurgia eu fui, subi com medo, lembro de ter entrado na sala, eles me injetaram o negócio e pediram para contar até 100 e aí chegou ao fim[...]acordei numa sala e acho que no mesmo dia, colocou um tampão e voltei pra casa, um negócio assim, saiu, tchau, e beijo[...]Vi as pessoas fazendo assim, saindo de boas, era muito prático[...]Eu vi as pessoas entrando, fazendo a cirurgia e saindo como se nada tivesse acontecendo (E2M3).

Em ambiente com relações eminentemente técnicas, onde todas as pessoas se defendem do risco de serem julgadas pelo Estado e pela sociedade, condutas impessoais são a regra. Entendemos que as referências institucionalizadas sobre a mulher que aborta e sobre as pessoas que o realizam definem ações rápidas e pouco explícitas, garantindo o não envolvimento, o vínculo e reafirmando a necessária invisibilidade do que ali acontece. Mulheres têm proteção à vida, mas a clandestinidade ameaça a todas.

DISCUSSÃO

No nosso estudo, para alcançar o aborto, as mulheres percorreram itinerários definidos, segundo o contexto social e econômico em que estão inseridas. As estratégias são diferenciadas e, de modo geral, aquelas com melhores condições financeiras buscaram por clínicas particulares clandestinas que lhes parecem em condições mais seguras para realizar o procedimento, sem garantias porém de atendimento humanizado. No lado oposto, se encontram as mulheres desfavorecidas economicamente que costumam autoinduzir o aborto e retardar a busca por cuidados à saúde.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Aborto - PNA, uma em cada cinco mulheres, de até quarenta anos, já realizou um aborto no Brasil de modo inseguro e clandestino (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Boa parte das mulheres que realizam aborto no Brasil necessita de internação hospitalar por complicações, em decorrência do procedimento inseguro. Geralmente o aborto se inicia com o uso de medicamentos em ambiente domiciliar e, em seguida, ocorre a busca pelo serviço de saúde para realização da curetagem (DINIZ; MEDEIROS, 2010).

O perfil de mulheres que mais apresentam complicações no pós-aborto se caracteriza por pessoas que se encontram em situação econômica desfavorável e que buscam a realização do procedimento de modo clandestino. Isso reflete uma série de desvantagens no acesso aos cuidados à saúde, um quadro de vulnerabilidade individual e social do aborto inseguro e as repercussões para a saúde (SILVA et al., 2010).

Os itinerários abortivos percorridos envolvem estratégias, tempo gasto no percurso e a busca por cuidados de saúde que variam de acordo com o contexto de vida de cada mulher. Essa deverá buscar um serviço formal de saúde ou recorrer aos sistemas informais conjecturados por erveiros, comerciantes de métodos abortivos, farmacêuticos e clínicas particulares (COAST et al., 2018).

Reafirmamos, assim, que as disparidades sociais são importante obstáculo na busca pelo aborto, uma vez que dificultam ou não permitem o acesso a alguns serviços de saúde, a exemplo de clínicas particulares, o que obriga mulheres a utilizar métodos mais inseguros e às vezes insalubres, pondo em risco a sua vida.

Com relação às clínicas particulares, ainda são raros os estudos no Brasil que se debruçam sobre as vivências de mulheres de classe social média que buscam o aborto nesses locais, sendo ainda um tanto obscuro dialogar sobre essa temática pouco abordada (BRASIL, 2009a).

Sabemos que existem diferentes tipos de clínicas clandestinas e de atendimento prestados por profissionais médicos e que apesar do procedimento ser custeado diretamente pela usuária, não existe nenhuma garantia de que ocorra um atendimento seguro e humanizado. Há relatos de abusos e violências institucionais, colocando a mulher em mais uma situação de vulnerabilidade (SILVEIRA; MCCALUUM; MENEZES, 2016).

Por não ter a regulamentação do Estado para realizar o aborto, as clínicas particulares costumam guiar seus atendimentos com suas próprias normas e sem fiscalização. Nesses locais, as mulheres ficam subordinadas a profissionais que presume-se ter a disposição para atendê-las, julgados/as como aptos/as e qualificados/as para tal demanda (DINIZ; MEDEIROS, 2010; HEILBORN et al., 2012a).

Na realidade brasileira, de modo geral, as informações veiculadas sobre clínicas particulares que realizam abortos têm sido propagadas por meio das mídias sociais, divulgando-se também os casos de estabelecimentos fechados após denúncias. A maioria das reportagens tem tons de rechaço e de discriminação e divulga tais clínicas com ênfase apenas na punição para algo criminoso no Brasil.

A exemplo, citamos uma Clínica de Planejamento Familiar, fechada em 2007, após a confirmação de que realizava aborto. Foi feita apreensão de prontuários com um significativo número de mulheres que foram indiciadas e condenadas. O que sabemos é que, na ocasião, houve a exposição pública dos prontuários, e as mulheres foram julgadas na ausência de advogados, o que causou um maior tensionamento no debate social sobre direitos reprodutivos das mulheres (GALI; ADESSE 2010; IPAS BRASIL, 2008). No ano de 2013, também houve o fechamento de clínica similar em outro Estado brasileiro, os médicos foram presos, e o debate acirrado na mídia (CONSTÂNCIO, 2013).

Essa etapa do itinerário ainda nos parece um tanto obscura, sendo necessárias mais investigações de como ocorrem os procedimentos e como se dá o acesso a essas clínicas. Há pressuposição de que ofereçam condições adequadas para realização do procedimento, salvaguardando a vida de muitas mulheres.

As disparidades no tocante ao acesso para atenção ao abortamento estão atreladas a diversos aspectos: individuais, condições sociais e de saúde da mulher e institucionais, influenciados sobretudo por legislações vigentes de cada país (COAST et al., 2018). Durante essa busca, as mulheres experimentam desigualdades de múltiplas faces relacionadas ao estigma do aborto, implicando em dificuldades no acesso aos cuidados à saúde (DePINERES et al., 2017; HANSCHMIDT et al., 2016). Considerando serem essas informações de literatura internacional, mostram realidades que se aproximam da brasileira.

Algumas pesquisas demonstraram que o estigma provoca eventos que dificultam o acesso ao serviço de saúde, inclusive em locais onde o aborto é legalizado. Nesse contexto os prejuízos são diversos: não respeito à privacidade da mulher, objeção de consciência sem encaminhamentos, desencorajamento imputado à mulher para que ela não aborte levando-a em alguns casos à forçosa busca pelo setor jurídico (TRUEMAN; MAGWENTSHU, 2013; HARRIES et al., 2015).

Os serviços de saúde podem apresentar diversos entraves que limitam as mulheres pela busca do cuidado à saúde. Podem ser citados: requisitos que exigem mais de uma consulta, diagnósticos obrigatórios incluindo ultrassonografia – USG ou longos períodos de espera para conseguir o atendimento (FRENCH et al., 2016). A discussão sobre a ultrassonografia como entrave é importante pelo fato de suas projeções imagéticas estimularem emoções na mulher que as remetem a concepções sobre gestação antes de a mulher realizar o aborto, o que classificamos como violência obstétrica.

A USG é um instrumento para confirmação da gestação e diagnóstico de aborto considerada relevante enquanto parte da rotina de exames do pré-natal e casos de abortamento, todavia representa não apenas um instrumento de avanço tecnológico, mas uma ferramenta dotada de poder simbólico, uma vez que as imagens reproduzidas podem repercutir sobre as significações atribuídas à vida, ao corpo e ao conceito (LIMA, 2015). A ultrassom faz emergir reflexões que questionam também o momento de compartilhar a possibilidade da gravidez com um profissional já para a interrupção, o que provavelmente será um segredo, com imagem projetada e visualizada pela mulher, antes da provocação do aborto (DINIZ e MEDEIROS, 2012).

Além disso, não mais que atitudes de caráter punitivo discriminatório e de julgamento já costumam ser esperadas pelas mulheres que buscam serviços de saúde em processo de abortamento, o que pode estar associado ao retardo por buscar o serviço inclusive em casos em que ocorrem complicações (HARRIES et al., 2015). No nosso estudo, as mulheres protelaram até o limite das condições de resolução de modo isolado, com sofrimento, apreensão, medo da morte e da divulgação da sua condição de mulher que realizaria um aborto.

Diante do receio e vergonha de buscar atendimento ou não ser assistida em sua singularidade, as mulheres podem se manter caladas, pois faltam ainda ferramentas que lhes permitam compreender a saúde como um dos seus direitos enquanto cidadã.

Os cuidados que se relacionam à atenção à mulher no abortamento são delineados por profissionais que atuam nesses serviços e cujas atitudes influenciam a conjuntura de acesso ao

serviço de saúde (BIRDSEY et al., 2016). A atenção ao abortamento, baseada nos conceitos de humanização, requer uma prática ética que norteie os direitos de igualdade, liberdade e dignidade da pessoa humana, livre da discriminação ou dificuldade no acesso ao serviço de saúde (BRASIL, 2011).

Estudos têm evidenciado profissionais da saúde cuja formação biologicista quanto à saúde sexual e reprodutiva não se atentam para outros aspectos, o que representa entraves no que se refere à prática da integralidade do cuidado nas ações de saúde, reproduzindo disparidades sociais (COELHO, 2001).

A atenção à saúde, portanto, deve ser livre de qualquer discriminação e desumanização que podem se dar por meio da recusa de internação da mulher, como longos períodos de espera, não classificação correta para os atendimentos e suposições que visam a justificar a negação da atenção (BRASIL, 2011).

A integralidade é princípio do SUS e na saúde da mulher implica em garantir o acesso a ações resolutivas, valorizando-se o contexto em que as demandas são geradas com “acolhimento e escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (CARNEIRO; COELHO, 2013).

É necessário que se entenda que a mulher que vivencia um abortamento necessita de assistência que possa lhe garantir respeito e apoio emocional, atitudes não condenatórias, estabelecimento de confiança com a equipe, ausência de ações tendenciosas ou de coerção e espaço de escuta (MONTEIRO; ADESSE, 2007). Conforme verificado no nosso estudo, as mulheres que realizaram o aborto sofreram violência de diferentes formas ao procurar o hospital, deparando-se também com falta de apoio do parceiro.

A Norma Técnica de Atenção a Mulheres em abortamento reconhece que as mulheres precisam ser assistidas com dignidade e acolhidas, pois o aborto inseguro constitui importante causa de morte materna (BRASIL; 2011). Profissionais de saúde necessitam, assim, assumir postura ética e cuidadosa para além do cuidado à dimensão biológica da mulher, levando em consideração sua subjetividade e fatores psicossociais, compatíveis com a proposta de humanização do atendimento em saúde (AQUINO et al., 2012).

Entre os entraves que vêm se mostrando mais aparentes no que diz respeito ao acesso ao serviço de saúde relatado por mulheres de todo o mundo, citam-se: distância ao local de atendimento, indisponibilidade de serviços, e, sobretudo comportamentos de profissionais que desqualificam a assistência à saúde; em casos de países onde o aborto é legal ainda acrescentam-se os custos do procedimento (DORAN; HORNIBROOK, 2016.).

Desse modo, independentemente das permissões legais que delineiam a modalidade de assistência a mulheres em abortamento, há internalização do estigma e interferência de valores pessoais nas condutas profissionais. Essas características fortalecem atitudes condenatórias com relação às usuárias, que configuram limitações no acesso ao serviço, entraves na proposta de atendimento humanizado e insuficiência na postura ética e profissional.

Na década de 50 do século passado, já se perpetuava a cultura no serviço público de saúde de que mulheres em abortamento deveriam ser assistidas como criminosas por estar se “eximindo” da função social de ser mãe e assim percebia-se a prática de acusações, julgamentos, condenações, curetagens sem anestésias e agressões verbais (FAÚNDES; BERZELATTO, 2004). Na atualidade, a relação entre profissionais e usuárias demanda uma relação simbólica e de poder que se não estabelecida de modo adequado pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de resistência no serviço de saúde (BISPO; SOUZA, 2007).

Entre os tipos de violência, a caracterização por ações de negligência, discriminação, agressão verbal, violência física e até violência sexual conformam a moldura da violência institucional (D ÔLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). Essa pode ser considerada como um fenômeno de complexidade, uma vez que envolve inter-relações sociais, alicerçadas sob parâmetros da consciência e da subjetividade (MINAYO, 2007). Há semelhança com os resultados da nossa pesquisa que confirmam distanciamento, frieza e aridez das relações com que os procedimentos abortivos são adotados, diante de uma mulher que sofre.

Essa violência pode ser caracterizada também como situações em que ocorrem o abuso de poder presente na relação profissional-usuária, a omissão de informações, o atraso em respostas solicitadas e a realização de terapias requeridas para aquele momento (RIBEIRO, 2016).

A violência também está caracterizada por condutas, atos ou omissões realizadas por profissionais de saúde, independente do caráter de financiamento da instituição, que leve a terapêuticas desumanas, abusivas ou patologizantes e que leve à perda da autonomia e da capacidade para a mulher decidir sobre seu corpo, Inserem-se nesse rol ainda os aspectos de negligências, discriminação, agressões, uso inadequado de tecnologias, uso de intervenções desnecessárias com forte potencial de risco à saúde da mulher (GUIMARAES; JONAS; AMARAL, 2017).

A atenção obstétrica pode, portanto, caracterizar um momento de violência impactando na saúde da mulher que busca pelo serviço de saúde. Essas ações de caráter desrespeitoso e abusivo podem ser explicadas também como uma ação de violência entre e

intragênero, perpetrada por relações de poder entre profissionais e usuárias em processo de abortamento.

Ainda se inserem no rol das agressões o uso desnecessário de procedimentos ou o não uso de alguns outros que amenizariam o quadro de dor da paciente, em vistas de novas evidências que garantiriam uma melhor assistência (ADESSE et al., 2015). Um bom exemplo se refere à utilização das técnicas de esvaziamento uterino e a aspiração manual intrauterina (AMIU), consideradas como procedimentos preferenciais para terapêuticas do abortamento (BRASIL, 2011; OMS, 2013).

Para qualificar, portanto, a questão do acesso aos serviços, seria necessário investir em formação de profissionais, ampliar a rede de serviços e opções para a mulher, incluindo acompanhamentos por telefone, criação de diretrizes claras e objetivas para a realização de procedimentos em ocasiões propícias diante do abortamento (DORAN et al., 2015). Inclui-se, ainda, o aconselhamento contraceptivo em especial nos casos após o aborto, recomendáveis em oferta sensível, diálogos sem julgamentos e juízos de valor, requerendo de profissionais da saúde estratégias para convencer as mulheres sobre medidas contraceptivas eficazes (PURCELL et al., 2014).

A receptividade das mulheres em dialogar sobre anticoncepção no pós-aborto pode variar com relação à quantidade de informações transmitidas naquele momento e que podem ser geridas pela mulher. Conta-se ainda com o seu nível de conhecimento prévio e com a possibilidade de haver a sensação de constrangimento e coação, após o procedimento (POWELL-JACKSON; GLASIER; CAMERON, 2010).

Em todo o mundo, a estigmatização do aborto interfere nas práticas dos serviços, em especial no que se refere à incorporação de aconselhamento sobre contracepção, após a ocorrência do aborto. Podemos citar os Estados Unidos, em que essas barreiras ainda limitam o acesso na prática do aconselhamento; a Escócia, em que o aborto é oferecido pelo Serviço Nacional de Saúde, no âmbito de ginecologia hospitalar, todavia quase sempre com suas demandas excedidas, dificultando os diálogos sobre contracepção; e o Quênia em que a população tem um difícil acesso a serviços e produtos de planejamento familiar, bem como há uma escassez no que se refere a insumos que produzam educação sexual de modo ampliado, resultando assim em um reduzido uso de método contraceptivo entre mulheres desse país (KAVANAUGH; JONES; FINER, 2010; THOMPSON et al., 2011).

De modo geral, as disparidades sociais e de gênero influenciam sobremaneira os itinerários abortivos, desfavorecendo sobretudo as mulheres de baixa classe social que não conseguem ter acesso a serviços particulares clandestinos com o mínimo de segurança,

recorrendo a métodos inseguros. Assim, na pesquisa em foco, a atenção à saúde para mulheres em abortamento é demarcada por violência obstétrica perpetuada por profissionais dos serviços que se deixam influenciar por seus valores morais e acabam por desqualificar a sua prática.

5.5 EXACERBAÇÃO DE VALORES MORAIS EM MULHERES NO PÓS-ABORTO

Após o aborto, as mulheres dos três municípios que participaram da nossa pesquisa vivenciaram experiências envolvendo uma pluralidade de emoções. Há subjacente a dor em recusar uma gravidez, cuja aceitação incondicional rege o princípio da maternidade como desígnio feminino, estruturando mentalidades no processo de construção da identidade de gênero.

Pesa também sobre as mulheres a incorporação do aborto como crime presente no imaginário social e institucionalizado no Estado brasileiro, que impõe a submissão do corpo das mulheres a suas leis, destituindo-as de direitos reprodutivos. Assim, a transgressão de normas faz emergir a autopunição, constituindo violência simbólica que se aprofunda com a falta de apoio do parceiro, conforme constatado na subcategoria empírica que segue:

- **Dor emocional e falta de apoio do parceiro traduzindo a experiência no pós-aborto**

Na experiência das mulheres, o que se constituiu solução para uma gravidez não planejada fez emergir sentimentos com potencial de desestabilizá-las emocionalmente, dentre esses culpa, remorso, tristeza, depressão, vergonha, angústia, vivenciados sem o apoio do parceiro em várias situações:

O que fica é angústia, remorso, culpa, eu também não sei se eu ia conseguir ter esse filho, porque eu uso muita droga, cara, eu sei que eu uso muita droga e isso faz mal à criança[...]foi isso que ficou (E4M2)

Fiquei me sentindo invadida[...]me sentia estuprada[...]desequilibradinha [...]envergonhada[...]bem frágil emocionalmente [...]sensação de falência, alguma coisa sua se perdeu e não vai voltar, como a sua dignidade, a sua preservação, eu me senti um pouco suja [...]traumatizada, até hoje eu me sinto assim [...]sensação de desrespeito por si mesma [...]Uma decepção, vergonha [...]parece que eu carrego um defeitinho [...]A feição do ex foi insuportável [...]isso me desesperou [...]eu me senti tão abandonada [...]fiquei ali com aquela dor, aquela angústia, um dia depois [...]tudo meio que perdeu a cor [...]eu precisava de atenção e de pessoas estáveis e eu tinha

ele, um arredio e afastado, sem paciência, escroto mesmo[...].Alguns meses depois, a gente terminou e isso me desestruturou emocionalmente (E2M3).

Minha saúde emocional ficou muito abalada e eu entrei em processo de depressão profunda [...]Quando ele soube e disse que não me perdoaria[...] com o término eu quis morrer [...] Tentei suicídio algumas vezes, mas por sorte ou por Deus eu tive pessoas próximas de mim que desconfiavam e me socorriam (E3M1).

Foi sofrido mas foi a melhor coisa que fiz foi isso [...] Fiquei mal alguns dias, mas uma amiga me ajudou com apoio, me levou pra sair, pra comer, pra passear e os dias foram passando[...] Vejo ele como um monstro, nunca mais vi nem quero ver, ele acabou com minha vida (E2M2).

Em meio aos sentimentos que levam ao sofrimento, a falta de apoio do parceiro compõe a experiência das mulheres que abortam. Assim, o pós-aborto se traduz para algumas mulheres como período de ausências e vazios, configurando-se como experiência solitária, acompanhada de decepção e dor emocional, para a qual as mulheres contam com a ajuda de amigas.

Na pluralidade de sentimentos que acompanham o período pós-aborto, mulheres convivem com o julgamento que emitem sobre si, mas não negam terem acertado na decisão, embora uma participante conviva também com a incerteza, para a qual concorreu a condição do parceiro de não se sentir preparado para a corresponsabilidade, como se lê a seguir:

Acho que nunca tive certeza se tomei a decisão certa, não foi meu primeiro aborto, mas, porque para além de que eu gostava dele, e pensava em formar uma família juntos, eu também me via agora em uma condição financeira menos pior, já que sou concursada, apesar de ganhando pouco.[...] ele disse que não tava preparado para ser pai naquele momento, que tava estudando pra concurso[...].Fiquei um pouco preocupada (E3M3)

O apoio do parceiro fez parte em um dos momentos em que a mulher refere-se a uma decisão correta e se acalma após o aborto:

Fui me acalmando e pensando que essa foi a decisão correta e adequada para aquele momento da minha vida, há 3 anos atrás[...] dias angustiantes de muito choro, medo, peso na consciência[...] meu parceiro me apoiou após esse momento (E9M3).

Ressaltamos que os sentimentos que afloraram provocando sofrimento nas mulheres, após a realização do aborto, se mantiveram por algum tempo ou ainda se apresentavam por ocasião da pesquisa.

- **Ambivalência como sentimento vivenciado no pós-aborto**

Em meio a sentimentos com forte potencial de comprometimento da saúde mental das mulheres, a ambivalência se apresenta como conflito que ofusca o alívio experimentado por algumas delas nessa fase do itinerário abortivo. São mulheres que sob as mesmas referências das demais têm contato com seus códigos morais e oscilam entre o direito ao livre-arbítrio e a obrigação legitimada socialmente de não recusa à gravidez e à maternidade:

A ambivalência se revela imbrincada em um contexto de desgaste emocional influenciado sobretudo por juízos de valor sobre sua conduta:

Fazer o que né? [...]Fiquei com pena, aí depois eu não senti mais nada (E2M1).

Fiquei bastante aliviada de ter interrompido no começo, mas sempre fica aquele sentimento[...] aliviada por estar hoje com vida, porque a maioria dos abortos acaba em tragédia [...] traumatizada [...]sensação de culpa o tempo todo [...] tive o apoio da minha família, da minha colega (E1M3).

Eu me senti aliviada, depois que eu fiz o aborto, triste também [...] realmente, eu vivenciei momentos horríveis, desesperada, só fazia chorar (E4 M3).

Depois eu tive medo[...]eu comecei a me sentir triste, a pensar no que eu tinha feito[...] A sensação foi de alívio, só me senti triste dias depois[...] De imediato, eu me senti aliviada, mesmo não acreditando que eu tinha sido capaz de resolver tudo aquilo em tão pouco tempo e continuei sem acreditar que tive tanta força e objetividade (E10M3).

Algumas mulheres expressaram maior possibilidade de reorganizar-se após o aborto, quando comparadas àquelas que se mostraram afetadas emocionalmente. Essas, ao afirmar ter ficado *normal ou não ter se arrependido*, vivenciam o aborto como solução não conflitante nas circunstâncias em que o realizaram e como exercício de um direito reprodutivo:

Eu não senti muita coisa não. Eu não tinha sentimento nenhum, não tava apegada ainda, eu sou um pouco fria assim mesmo. Essa minha amiga me apoiou um bocado, eu gosto muito dela (E3M2).

Porque eu era muito nova entendeu? não tinha juízo certo não, mas num foi bom não, eu num gostei não, pelo fato de eu sentir as dores, ter que tomar aquele chá ruim, amargando, num foi muito bom não, num gostei não[...] Eu não me arrependi não, não tive arrependimento, nem de ninguém ficou junto de mim (E8M3).

Destacamos que os significados da experiência do aborto se diferenciam a partir dos contextos pessoais de cada mulher e da sua capacidade no enfrentamento de desafios. Esses requerem organização emocional para tornar proveitoso algo que lhes pareça negativo e sem favorecimento. Em alguns discursos, há ressignificação do aborto como oportunidade de reflexão e desenvolvimento de ações para o autocuidado.

Hoje eu passei a me cuidar bastante nas minhas relações pra não pegar uma gravidez indesejada[...]então eu tomo bastante cuidado, porque é ruim, é difícil (E1M3)

Foi depois desse aborto que eu comecei a me cuidar mais, procurar ajuda no posto de saúde, [...] a experiência valeu pra que eu refletisse e hoje eu tenho mais experiência[...]me tornei uma pessoa mais pensativa, pensar mais antes de fazer besteira (E4 M3).

Certeza de que eu não vou fazer mais, evitando a gestação, me prevenindo, me cuidando e é isso aí (E6M3).

- **Sobrecarga emocional das mulheres diante dos simbolismos religiosos**

Os simbolismos religiosos internalizados causam nas mulheres uma sobrecarga emocional no sentido de culpá-las e responsabilizá-las integralmente pela realização do aborto. Desse modo, os discursos mostram autopunição diante de um aborto representado como pecado:

Eu fiquei com vergonha depois de ter contado para as pessoas do que eu fiz[...] Eu interrompi, eu tô pagando por isso[...] me senti com a consciência pesada..., a gente pede perdão a Deus, mas a gente não tem a certeza que Deus vai perdoar a gente[...] Se Deus quiser, vai me perdoar, é um sentimento assim que quando você olha pra trás, você se arrepende, você sofre, sofrimento (E1M3)

Enfim, foi uma situação muito difícil de se lidar [...]Logo depois que eu realizei começou a acontecer um monte de coisa na minha vida, por diversas questões, pela questão religiosa de que a questão do aborto que é um pecado [...]o medo, não foi uma coisa que eu me sinta bem[...] Sempre lembro, ainda me sinto um pouco assim culpada, eu chorei muito, [...] Depois eu me arrependi muito(E5M3)

Pedi perdão a Deus de joelho do que eu fiz e prometi pra mim mesma que eu não cometo mais esse ato [...]me senti culpada[...]desolada[...]como se tivesse perdido um pedacinho de mim[...]a experiência foi extremamente negativa, não só pelas dores que eu senti até o aborto completo, mas pelas dores emocionais, o sentimento de incapaz (E6M3).

No imaginário social, as mulheres carregam consigo a responsabilidade pela contracepção e pela ocorrência da gravidez e seu desfecho. Em consequência, nas situações de aborto, os homens estarão livres do pecado, do castigo e da condenação divina.

Uma participante assume posição de crítica à responsabilidade exclusiva da mulher pelo aborto, reclama de valores socialmente legitimados, que culpabilizam somente as mulheres e as colocam na condição de pecadoras, com isenção da responsabilidade masculina. No depoimento que segue, a mulher atribui o sentimento de culpa a um martírio onde não se compartilha a corresponsabilidade com o homem pela gestação e aborto:

Nós mulheres nos martirizamos muito e a gente culpa só a gente, mas a culpa é dos dois, compartilho, porque o filho não é só da mulher é da mulher e do homem e o ato sexual é entre os dois então tem que quebrar também esse paradigma[...]Mas eu entendo que serviu pra poder amadurecer, abrir minha mente, porque antes disso eu comentava que era contra o aborto, mas não entendia que cada um tem seu momento, foi até vivenciar o meu momento[...]Então hoje, é só orar e pedir perdão[...] a sociedade culpa, é a discriminação e aí eu penso, será que eu tô errada dentro da sociedade?[...] Até porque essa condenação divina se houver é de cada um, será que essa condenação divina não podia ser dívida entre o pai e a mãe, porque os dois são culpados?[...] eu pedi perdão e acho que fui, não sei, fui perdoada (E7M3).

DISCUSSÃO

O aborto é tema envolto por estigmas e preconceitos que afetam as subjetividades e a saúde emocional e psíquica de mulheres que já realizaram um aborto. No nosso estudo, o aborto, buscado como solução de um problema causado pela gestação não planejada, foi seguido por sentimentos que expressam o imediato contato das mulheres com sua bagagem moral, consolidada pela identidade de gênero que, em sua construção, não comporta recusas à maternidade.

No Brasil, vão à óbito cerca de cinco mulheres por dia, devido à realização de abortos clandestinos; esses influenciados por diversos fatores como abandono, medo, relações desiguais de poder, estreitamento de laços com a religiosidade, repressão social e influência simbólica e judicial perpetrada por Estado e Igreja (PEREIRA, 2013).

O contexto de vida da mulher que aborta envolve dimensões de sua intimidade, relações machistas e questões culturais e morais que se coadunam para a sua decisão de realizar o abortamento e por sua vez repercutem em sua saúde (AGUIRRE, 2006).

Nesse contexto, se incluem representações sobre gestação e maternidade, dotadas de valores morais e culturais, com tensionamento quando é afirmada a ideia do aborto e que carrega discussões sobre o início da vida, com suporte no âmbito jurídico (VALPASSOS, 2013). Vivenciar o abortamento é, portanto, estar suscetível a exposições que envolvem censuras, constrangimentos e discriminações e que podem sequenciar situações traumáticas e fazer surgir sequelas físicas, sociais, emocionais e psíquicas (AGUIRRE, 2006).

Apesar da propagação de que há indiferença emocional das mulheres que abortam, ficou comprovado que há dor existencial além da dor fisiológica, sensação de abandono, tensão, perda da fé, autoestima prejudicada, culpa, medo da morte, de castigos divinos, pesar, remorsos, arrependimentos, hostilidade, raiva, desespero, desamparo e mágoa (SELL et al., 2015).

Assim, o ato de renegar uma gestação pode resultar em sentimentos da esfera da tristeza a exemplo de remorso, culpa, arrependimento e sensação de perda, pois emergem dúvidas sobre o que é considerado correto naquele momento, e a culpa se inicia com o sentimento de algo não confortável (MILANEZ et al., 2016). Ansiedade, medo, culpa, depressão, solidão, angústia, arrependimento, isolamento social e sensação de alívio, dentre outros, são comuns surgirem em casos de aborto (PEREIRA et al., 2012).

Em suma, o surgimento das emoções no abortamento está relacionado ao papel social da maternidade como algo sagrado e imanente à condição feminina. Apesar de modificações na estrutura familiar acontecerem continuamente, a tradicional ideia de ser mãe como destino da mulher ainda se mantém e apresenta relação e influência sobre seus corpos (RODRIGUES, 2008).

Todavia, o abortamento é vivenciado de modo diverso por cada mulher, uma vez que se relaciona a outros eventos da sua história de vida, perdas sofridas e outras experiências relacionadas à sua intimidade (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010). Assim, os sentimentos presentes diante do aborto se relacionam a particularidades envolvendo seus processos mentais, convicções e realidades sociais (BORSARI et al., 2012).

Na nossa pesquisa, o estigma que envolve o aborto provocado, atrelado à naturalização do ser mãe, fez aflorar sentimentos de medo, culpa, vergonha, remorso, sensação de falência entre as mulheres, após o abortamento. Ao mesmo tempo, o modo como expressam suas emoções revela que se sentem criminosas, diante de concepções sobre a vida humana que afloram, quando o ato de abortar já aconteceu e o aborto torna-se real.

A culpa e o sofrimento são repercussões também de um valor simbólico sobre a mulher, e o aborto representa uma desqualificação social (CITELE; NUNES, 2010). Tal

condição é cotidianamente reforçada pelos discursos que criminalizam o aborto e são compartilhados pelas instituições sociais, reforçando valores morais que fazem das mulheres transgressoras da norma e da lei, ao recusarem a maternidade e exercerem o livre-arbítrio sobre seu corpo.

O sentimento de culpa também pode se iniciar a partir dos julgamentos expressos primeiramente pela rede familiar, levando a mulher a desenvolver medo e outros conflitos (SELL et al., 2015). A autopunição, por exemplo, é oriunda da crença pela própria mulher de que está em uma condição de desobediência às normas impostas pela sociedade, não correspondendo às exigências externas e internas da função social de ser mãe (BENUTE et al., 2009).

Outro sentimento que se mostra evidente relacionado ao abortamento é a preocupação com seu próprio corpo, associada a consequências do abortamento, a exemplo do receio de não poder gestar novamente e a vontade de rever os seus projetos de vida (BERTOLANI; OLIVEIRA, 2010).

As mulheres costumam definir o aborto como uma vivência que causa dor, sobretudo emocional e desse modo reforçam a prática como problema de saúde pública, requerendo de imediato uma reformulação nas práticas assistenciais a essas mulheres. As consequências traumáticas físicas e emocionais decorrentes do aborto não têm sido amenizadas pelas discussões que se mostram contra ou a favor da prática, e além disso os serviços de saúde parecem não estar operacionalizando a assistência nesse sentido do cuidado (MARIUTI; FUREGATO, 2010).

Em relação à ambivalência constatada na nossa pesquisa, a literatura considera um conflito de sentimentos em mulheres que abortam, constituindo-se em uma ambiguidade emocional presente entre a decisão de abortar e o não contentamento por essa decisão (PEREZ, 2006). É bastante usual as mulheres se depararem com sentimentos de alegria e tristeza concomitantemente, associadas à decisão pelo aborto; o fato se relaciona com as expectativas sociais e morais embutidas em seu processo de socialização e, nesse momento, também se percebem numa condição de infração do padrão determinado como correto (RODRIGUES, 2008).

Apesar de toda a sobrecarga de emoções que possa ocorrer no pós-aborto, nem sempre há dúvidas se a decisão pela interrupção foi ou não acertada, sendo assim considera-se que todo o contexto moral, familiar, religioso e social da mulher parece afetar mais sua saúde emocional do que de fato ter optado pelo aborto (ROCCA et al., 2013). Tal afirmação se relaciona aos resultados do nosso estudo em que mulheres com sentimentos diversos que as

afetam emocionalmente não consideram a decisão como errada, havendo mais certezas que incertezas sobre ter tomado a decisão correta.

As interpretações da realidade são moldadas pelas experiências vivenciadas pela mulher na família, no trabalho, no cotidiano, e demais sistemas sociais são compostos por significados que se constroem e se solidificam em relações afetivo-situacionais (PEREIRA, 2013). Existe um sistema estruturante e estruturado que padroniza quais devem ser as práticas sociais adotadas, induzindo a comportamentos a partir da imposição de valores representativos como a Igreja (KALSING, 2002).

A religião, por sua vez, é uma instituição social com forte poder de influenciar as pessoas. Atua no delineamento comportamental, induzindo a práticas consideradas corretas sob verdades absolutas e, conseqüentemente, exercendo poder simbólico, com apoio do Estado (BORDIEU, 1996). A Igreja Católica utiliza crenças e preconceitos naturalizados e legitimados em suas doutrinas para direcionar práticas sociais consideradas como corretas, a partir do seu entendimento religioso e assim exerce a violência simbólica (CITELE; NUNES, 2010).

A violência também pode ser compreendida como uma ameaça à autonomia, ao bom estado psicológico e à integridade moral, pois além de danos físicos, causa danos psíquicos, constrangimentos diversos, e em especial danos no sentido de impor a sua vontade sobre a de outra pessoa, que obedece de acordo com o conhecimento sobre os valores impostos e disseminados socialmente (BOURDIEU, 1996).

Assim, a Igreja Católica concebe o aborto como destruição da vida humana, condena a sua prática e excomunga a mulher que o realiza, impedindo a mesma de realizar seus rituais religiosos costumeiros (AGUIRRE, 2006). Nessa condição, impõe às mulheres a maternidade e a aceitação incondicional da gravidez, atribuindo símbolos que representam o abortamento como perversidade. Caracteriza negativamente as mulheres que o realizam, a exemplo das denominações de assassinas, criminosas e destruidoras de *vidas* inocentes e indefesas (BORDIEU, 1996).

Desse modo, a partir dos seus dogmas dita normas que regulam a vida afetivo-sexual e reprodutiva das mulheres e estabelece punições para o seu descumprimento. No nosso estudo, o pecado, o castigo e a condenação estão incorporados pela maioria das mulheres participantes, e uma delas atribui eventos negativos posteriores ao aborto a castigo divino.

Historicamente a Igreja Católica sempre atuou contra as políticas de planejamento reprodutivo e contra legislações que permitam ou ampliem as possibilidades de realização do aborto, apoiando mobilizações e argumentando contra (KALSING, 2002). O posicionamento

dessa Instituição data de 1869, bem como determina o não uso de preservativos, enclausurados na ideia da castidade, e demais ações que visem ao planejamento reprodutivo (BORDIEU, 1996).

Exerce, assim, o fundamentalismo, que se caracteriza por uma manifestação de força real, predeterminação da verdade máxima e restrição da capacidade de escolher sobre algo, imbricado em uma teia de relações que envolve poder e que utiliza a Bíblia como texto normativo (PEREIRA, 2013).

Com relação às demais religiões, sabe-se que a protestante trata pouco sobre o aborto, contudo se aproxima da tradição cristã; metodistas da América não conceituam a concepção da vida humana antes do nascimento; e a batista americana apoia o aborto até as doze semanas gestacionais e a depender da solicitação e desejo da pessoa envolvida no abortamento; xintoísmo e budismo não se atêm a restrições com relação à prática de abortar; o islamismo permite com algumas restrições (AGUIRRE, 2006).

Assim, a religiosidade tem papel importante nas discussões sobre o aborto, considerando que a maioria das religiões defende que a vida humana se inicia desde o momento da fecundação do óvulo, sendo enfaticamente contra a realização do mesmo (BARBIERI, 1997). A Igreja, presente em atividades políticas e inserida no Parlamento, aplica seu poder institucional e representativo, influenciando nas decisões do Governo e impondo suas normas e doutrinas (CITELI; NUNES, 2010).

Apesar de estar sempre associado ao bem e à paz, o simbolismo manifesto por meio da religião católica pode ser associado a determinados tipos de violência. A igreja reforça a submissão da mulher ao homem, subjugando-a e desvalorizando-a e reforçando padrões de violência, em potencial subscrito em seus discursos, limitando-as nas suas práticas como cidadãs no usufruto dos direitos humanos (CITELE; NUNES, 2010).

O Brasil tem colocado o aborto no rol das condutas que não devem ser praticadas, enquanto o movimento feminista reivindica o posicionamento de um Estado Laico e que não possibilite a implicação de valores religiosos em suas condutas de governo (KALSING, 2002). Assim, o movimento feminista orienta sua luta sob uma ética que valoriza a dignidade das mulheres e a superação de sistemas opressores que as submetem a suas verdades, destituindo-as de direitos reprodutivos.

De modo geral, as mulheres decidem e vivenciam o abortamento sozinhas e sem apoio, o que torna a caminhada difícil e dolorosa e implica em consequências físicas em especial, psicológicas (NORMURA et al., 2011). A participação do homem durante o processo de abortamento tem ocorrido por meio da busca por informações sobre locais

possíveis para realização da prática abortiva, custeamento do serviço ou métodos ou ainda lhe oferecendo apoio emocional durante o processo (MENEZES; AQUINO, 2009).

O tipo de envolvimento do homem é mais na direção de afastamento do processo de abortamento. Todavia, também os homens podem se sentir ambivalentes diante do alívio e da culpa pela decisão da mulher. Um outro ponto que o preocupa é o receio de assumir as possíveis responsabilidades penais se por acaso algo ocorra à mulher, durante o abortamento (DANTAS; DINIZ; COUTO, 2011). O distanciamento dos homens no que diz respeito à gravidez e ao aborto pode estar relacionado com o que ele compreende sobre paternidade e ao não querer ser pai.

Algumas mulheres conseguem ressignificar sua experiência, despertando para o autocuidado com relação a sua sexualidade, a métodos contraceptivos e constroem um novo olhar sobre seus relacionamentos afetivo-sexuais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da nossa pesquisa foram analisados e discutidos a partir de quatro categorias empíricas e reafirmam o aborto como problema de saúde pública, com disparidades de gênero e com outras disparidades sociais.

Os itinerários abortivos mostram as contradições entre os princípios dos direitos reprodutivos e a realidade das mulheres que se revelam tanto no nível mais objetivo de cada experiência vivenciada como ao fazermos uma imersão na realidade que nos foi apresentada por cada participante da pesquisa.

Na decisão pelo aborto, apresentaram-se imbricados fatores sociais, econômicos e culturais, com forte presença de condições pessoais desfavoráveis, como ser jovem, estar desempregada, ser estudante, ter filhos/as pequenas/os, que se interseccionaram com a insegurança quanto à aceitação pela família e à falta de apoio do parceiro.

A ausência de apoio do parceiro foi determinante de algumas decisões pelo aborto, em circunstâncias socioeconômicas desfavoráveis. Assim, essa ausência constituiu elemento de pressão e de tensão para as mulheres e, em um dos casos, o aborto foi imposto com extremos de violência.

Todavia, o exercício de autonomia sobre o corpo foi evidenciado nos três municípios, quando em contexto de vida desfavorável mulheres exerceram o direito de decidir pelo aborto, bem como de compartilhar ou não com o parceiro. Assim, as decisões se deram livres de amarras históricas que vinculam mulheres à aceitação incondicional de uma gravidez, estando também presente a decisão de não querer ser mãe por uma delas.

As mulheres das cidades de grande, médio e pequeno porte tiveram experiências similares, todavia os itinerários não foram os mesmos, embora se aproximassem.

As reações, diante da suspeita e confirmação da gravidez, foram semelhantes, bem como os fatores que influenciaram a decisão pelo aborto, havendo busca imediata de meios para interrupção da gestação, com as mulheres acompanhadas pelo parceiro ou por amigas.

Partindo em busca do aborto, entram em cena parceiros, amigas, erveiros, balconistas de farmácias e até funcionários/as de hospitais. Ainda há a busca por serviços extraoficiais que são ambientes insalubres ou inabilitados para intervenções clínicas, casa de aborteiras e as clínicas particulares que dão resolutividade técnica, mas não garantem acolhimento nem relações de confiança.

A maioria das participantes da pesquisa iniciou sua busca por meios e métodos abortivos, com a tentativa de “regularização do ciclo” e, em seguida, a mulher lança mão do

mercado clandestino, na busca por fármacos alopáticos. O misoprostol (cytotec) está incorporado como o que oferece maior eficácia, mas repetidamente foi usado após o uso de ervas, em concomitância com elas ou foi a única escolha.

As ervas, consideradas métodos naturais, foram quase sempre utilizadas, de modo isolado ou em misturas junto a outras substâncias, nos três municípios. Somente as mulheres que buscaram diretamente o serviço particular de saúde, todas do município de grande porte e uma que conseguiu realizar o aborto em serviço público, não fizeram uso desses métodos.

O domicílio foi o lugar em que o uso dessas substâncias, sobretudo o cytotec, se deu com êxito, sendo a unidade hospitalar pouco procurada para a finalização do aborto. Em outras situações, especificamente entre as mulheres da cidade **de pequeno porte**, após o uso de métodos naturais ou medicamentosos, apenas uma buscou unidade hospitalar.

No município de **médio porte**, houve uma variedade maior de métodos medicamentosos, mas destacamos os métodos invasivos que expuseram as mulheres a alto grau de vulnerabilidade e a risco de morte. Apenas uma dessas mulheres não precisou de atendimento em hospital, finalizando em domicílio sem complicações.

A busca por casas de aborteiras bem como por clínicas particulares foram características do município de grande porte. Do total de mulheres participantes da pesquisa, apenas duas precisaram recorrer a serviço de emergência por complicação obstétrica.

Nos serviços de saúde, acesso, acolhimento e atenção humanizada se apresentam sob influência de sistema simbólico que comporta juízos de valor, sobrepondo-se a atitudes eticamente competentes. Retardo no atendimento e julgamentos explícitos fizeram parte da realidade da atenção buscada pelas mulheres, caracterizando violência obstétrica. Conhecedoras dessa realidade, mulheres postergam sua procura a serviços onde relações impessoais são a regra, estando comprometidos protocolos e recomendações do Ministério da Saúde referentes ao atendimento da mulher que aborta, o que nega a integralidade do cuidado.

Nas clínicas particulares, profissionais, que também se escondem do julgamento pelo Estado brasileiro e não estão livres da influência da sua bagagem moral, oferecem ações técnicas, resolutivas, mas sem garantias de acolhimento da mulher. Esses locais favorecem a realização do aborto com menores riscos à saúde da mulher, todavia apenas aquelas com melhores condições socioeconômicas é que conseguem o acesso a essas clínicas. No nosso estudo, somente mulheres do município de grande porte relataram ter realizado aborto em clínica particular.

O período do pós-aborto foi marcado por exacerbação de valores morais, fortemente influenciados por princípios da Igreja Católica, considerados transgredidos pelo aborto.

Assim, o aborto faz ressurgir concepções internalizadas sobre gravidez, maternidade e aborto, impostas por uma rede de instituições legitimadas socialmente.

A recusa à maternidade como destino e a aceitação incondicional da gravidez adquiriram o caráter de pecado passível de condenação divina, e uma multiplicidade de emoções gerou culpa, arrependimento, remorso e muito sofrimento na maioria das mulheres. Algumas apresentaram melhores condições de lidar com tal realidade, e o aborto se tornou oportunidade para redirecionar o cuidado consigo ou não causou impacto nem mal-estar. No entanto, um misto de sentimentos acompanhou as mulheres, independentemente do município em que residiam.

Nesse cenário de silêncio e dor, por vezes, as mulheres não conseguem compartilhar o seu segredo ou compartilham com pessoas muito próximas e pedem o apoio do parceiro, que inicialmente tenta se fazer presente com ajuda financeira e emocional, mas em sequência a abandona.

No nosso estudo, o homem presente em algumas situações de tomada da decisão e durante o procedimento quase sempre desfez o relacionamento após o aborto, colocando a mulher em uma situação de abandono afetivo. Assim, ruptura do relacionamento e a interrupção da gestação interagem e comprometem a saúde da mulher, deixando-a vulnerável emocionalmente.

Consideramos atendido o pressuposto de que o itinerário abortivo tem variações de acordo com a realidade social das mulheres, é percorrido em meio a conflitos oriundos das relações sociais, culturais e afetivo-sexuais com diferenciais de gênero e de acesso ao sistema oficial de saúde, segundo as distintas realidades em que as mulheres vivenciam tais experiências.

O Brasil é um país caracterizado por fortes valores religiosos e uma expressiva influência fundamentalista do Estado que permite a influência da Igreja e legitima a violência de gênero. Assim, compromete a cidadania feminina, ao não garantir direitos reprodutivos, e nega sua laicidade.

Desse modo, políticas de saúde efetivas para mulheres que se submeteram a abortamento são deveres de toda a rede de saúde. Atenção ao planejamento reprodutivo, com garantias de acesso à informação e a contraceptivos que as protejam de nova gravidez não planejada; educação sexual de adolescentes e jovens nas escolas; educação em saúde com problematização de realidades e das desigualdades de gênero e elaboração de estratégias de cuidado pelas equipes de saúde que protejam as mulheres de danos físicos e emocionais devem ter prioridade na atenção à saúde das mulheres.

A nossa legislação encontra-se desatualizada e não converge para mudança do quadro atual em que se encontram as mulheres brasileiras. A lei, portanto, não se atenta de que o aborto é um fato que vem sendo consumado à custa das mulheres, em especial das mais desfavorecidas economicamente. Sugerimos e apoiamos a revisão com relação às permissividades para o aborto no Brasil, na perspectiva da ampliação do direito da mulher interromper sua gestação, até doze semanas, de forma gratuita e segura nos serviços públicos de saúde.

Sugerimos, ainda, que o Ministério da Saúde invista em mais capacitações para profissionais, em especial aqueles/as que atuam na assistência direta a mulheres, de modo a incentivar a desconstrução de paradigmas e posturas estigmatizantes que constituem entraves no acesso ao serviço de saúde. Nosso propósito é dignificar a vida das mulheres que abortaram e ajudá-las a resgatar a autoestima e a cidadania.

7 LIMITES E ALCANCES DO ESTUDO

As limitações do estudo são decorrentes das dificuldades de acesso a mulheres que abortaram, em dois municípios parceiros. A maioria das mulheres pertence ao município de grande porte, portanto, alguns aspectos ficaram mais destacados em mulheres desse local. Contudo, pelos resultados, presumimos que as realidades nos menores municípios iriam continuar mais convergindo do que divergindo ou mostrando outra realidade.

Algumas mulheres, que residem nas cidades de grande e médio porte, desmarcaram entrevistas após agendamento ou em meados do processo retiraram a informação de ter realizado um aborto. Sendo assim, conforme estão garantidos nos princípios éticos, foi respeitado o direito dessas informantes e, portanto, contamos com um número restrito nesses dois locais.

Com relação aos aspectos positivos, o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Oral, assinado pela pesquisadora, favoreceu a adesão de mulheres à pesquisa. A possibilidade de escolher qual a técnica de coleta de dados seria mais conveniente para cada uma delas, deixou-as mais livres e obtivemos diálogos espontâneos e ricos em informações.

Outro fato de destaque foi o uso da técnica Bola de Neve que favoreceu o contato com mulheres de perfis diferenciados, não se restringindo assim apenas a um tipo de local para entrevistá-las e não estando presa a algum tipo de instituição ou formalidade de serviço oficial de saúde.

Sugerimos e apostamos, ainda, na continuidade de desenvolvimento desta pesquisa, na busca para suprir lacunas na literatura ainda existentes, a exemplo da participação do homem no itinerário abortivo, o acesso às clínicas particulares, a ressignificação do aborto em ações para o autocuidado e ainda abordar a lacuna evidenciada no serviço quanto ao aconselhamento do anticoncepcional pós-aborto.

Destacamos que a oportunidade de falar sobre o aborto constituiu, para diversas mulheres, uma oportunidade de diálogo e de escuta, com verbalização do ganho na oportunidade de falar sobre algo que não poderia vivenciar sozinha, mas que até então era sua realidade.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, L. **Abortion Legislation in Europe**. The Law Library of Congress, 2015. Disponível em: <<https://www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.
- ADESSE, L. et al. Complicações do abortamento e assistência em maternidade pública integrada ao Programa Nacional Rede Cegonha. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 694-706, 2015.
- ADESSE, L.; ALMEIDA, L. C. R. Utilizando princípios de direitos humanos para promover qualidade nos serviços de aborto no Brasil. **Revista questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 114-7, 2006.
- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. **A Magnitude do Aborto: aspectos epidemiológicos e sociais**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Cytotec**. Assessoria de imprensa da ANVISA. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=2863893&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=cytotec&inheritRedirect=true>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- AGUIAR, D. T.; SILVERA, L. C.; DOURADO, S. M. N. A mãe em sofrimento psíquico: objeto da ciência ou sujeito da clínica? **Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 622-28, 2011.
- AGUIRRE, L. P. **Aspectos religiosos do aborto induzido: cadernos nº 5**. São Paulo: Católicas pelo direito de decidir; 2006.
- ALMEIDA, M. Z. de. **Plantas medicinais**. SciELO-EDUFBA, 2011.
- ALTMANN, H. Sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educação em Revista**, n. 46, p. 287-310, 2007.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 125-38.
- ANDRADE, A. B; BRANDÃO, P. R. B. **Geografia de Salvador**, 2 ed., Salvador, 2009. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ufba/587/3/Geografia%20de%20Salvador%20.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- ANWESHA. **Herbal Abortion Methods That Are Safe**. Boldsky. 17 July 2013. Disponível em: <<http://www.boldsky.com/pregnancy-parenting/basics/2013/herbal-abortion-methods-that-are-safe-034283.html>> Acesso em: 09 jan. 2017.

APPROBATO, M. S.; BATISTA, S. R.; FONSECA, T. D. O misoprostol na gestação. **Femina**, v. 30, n. 5, p. 293-95, 2002.

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

ARAÚJO, S; COUTINHO, S. **vertentes do português popular do estado da Bahia**. Copyright, 2017, Projeto Vertentes. Todos os direitos reservados. Disponível em: <<http://www.vertentes.ufba.br/o-municipio-de-santo-antonio-de-jesus-no-reconcavo-baiano>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed., Rio de Janeiro: Zabar Editores, 1978, 224p.

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Salvador, BA. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013: IDHM RENDA**. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento.

ÁVILA, M. B. (org) **Textos e imagens do feminismo**. Mulheres construindo a igualdade. Recife. SOS Corpo, Gênero e Cidadania. Pág. 15-61, 2001.

_____. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S465-S9, 2003.

AZEREDO, S; STOLCKE, V. Direitos reprodutivos. **Revista Estudo Feminista**, v. 0, n. 0, p. 230-31, 1991. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/381/38126508009.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2017.

AZEVEDO, E. L. **Gênero: trocando em miúdos**. Cadernos de Gênero, 2006.
BADINTER, E. B. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução de DUTRA, W. 2ª ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBIERI, J. C. **Desenvolvimento e meio ambiente: as estratégias de mudanças da Agenda 21**. Vozes, 1997.

BARBOSA, P. L; ROCHA-COUTINHO, M. L. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 577-87, 2012.

BARTON, K. et al. Unplanned pregnancy and subsequent psychological distress in partnered women: a cross-sectional study of the role of relationship quality and wider social support. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 17, n. 1, p. 44, 2017.

BELLATO, R. et al. A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 849-56, 2008.

BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS; Abrasco, 2008. p. 167-185.

_____. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2011.

BENSUSAN, H. Quem pode fugir dos filhos indesejados?. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 1, p. 322-24, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2012000100020&script=sci_arttext>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BENUTE, G. R. G; et al. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 3, p. 322-27, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan. 2017.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. Lanham, MD: AltaMira Press, 2005.

BERTOLANI, G. B. M.; OLIVEIRA, E. M. de. Mulheres em situação de abortamento: estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 2, p. 286-301, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2010.v19n2/286-301>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BIRDSEY, G. et al. Unmet counselling need amongst women accessing an induced abortion service in KwaZulu-Natal, South Africa. **Contraception**, v. 94, n. 5, p. 473-7, 2016.

BISPO, C. F. B.; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 19-30, 2007.

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

BORDIEU, P. Capital social—notas provisórias. **Escritos de Educação. Petrópolis: Editora Vozes**, 1999.

_____. **Contrafuegos. Barcelona: Anagrama**, 1999.

_____. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas, SP: Papirus Editora, 1996.

_____. **Usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Unesp, 2003. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oZsv3J89omsC&oi=fnd&pg=PA7&dq=bourdieu+2003+&ots=2lHt3Hkd6V&sig=XwzRse8jDzv-GjnsQfZF7WxosrM#v=onepage&q=bourdieu%202003&f=false>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BORSARI, C. M. G. et al. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **Femina**, v. 40, n. 2, p. 63-8, 2012.

_____. O aborto inseguro é um problema de saúde pública. **Revista Femina**, v. 40, n. 2, p. 63-8, 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília-DF, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 dez 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM – DATASUS**, 2015a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10ba.def>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres**: norma técnica. 3.ed., atual. ampl., Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher –PNAISM e do Plano Nacional de Política para as Mulher PNPM**. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Cliente/Downloads/INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/INSTRUMENTO_PNAISM_PNPMversaoWeb1%20(1).pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS: Informações de saúde (TABNET) - estatísticas vitais**. Brasília, 2015b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6941&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: Norma Técnica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2 ed. Brasília. 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2017.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE- CNES. **Estabelecimentos**. 2012. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/samu192/2917602469774>>. Acesso em 10 dez 2016.

CAMARGO, M. T. L. A. Os poderes das plantas sagradas numa abordagem etnofarmacobotânica. **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia**, v. 15, n. 16, p. 395-410, 2006.

CARNEIRO, A. J. S.; COELHO, E. de A. C. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 887-92, 2013.

CARTA CAMPINAS, **Número de mortes de mulheres e de abortos diminui com descriminalização**. In: Manchete, Saúde, 2015. Disponível em: <<http://cartacampinas.com.br/2015/01/numero-de-morte-de-mulheres-e-de-abortos-diminui-com-descriminalizacao/>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CARVALHO, J. M. S. M.; CARVALHO, V. S. Direitos Humanos e Autonomia da Vontade da Mulher: A liberdade sexual e reprodutiva e a problemática do aborto. **Revista Direito e Desenvolvimento**, v. 3, n. 6, p. 82-100, 2012.

CENTRO FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA - CFEMEA. **Alerta feminista. Brasil**, 2015. Disponível em: <http://www.cfemea.org.br/images/stories/Alerta_Feminista_AMB_ago17.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

CEOLIN, T. et al. Plantas medicinais: transmissão do conhecimento nas famílias de agricultores de base ecológica no Sul do RS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 47-54, 2011.

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

CHAVES, S. S. **Significados de maternidade para mulheres que não querem ter filhos**. 2011, 133f. Tese (Mestre em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2011.

CHODOROW, N. **Psicanálise da Maternidade**. Uma Crítica a Freud a Partir da Mulher. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1990.

CITELI, M. T.; NUNES, M. J. **Violência simbólica, a outra face das religiões**. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2010.

COAST, E. et al. Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. **Social Science & Medicine**, v. 200, n. 1, p. 199-210, 2018.

COCKRILL, K.; NACK, A. "I'm not that type of person": managing the stigma of having an abortion. **Deviant Behavior**, v. 34, n. 12, p. 973-90, 2013.

COELHO, E. A. C. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001, 174f. Tese (título de doutora), Escola de Enfermagem/USP, São Paulo- SP, 2001.

COELHO, E. A. C. et al. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

COELHO, E. A. C; FONSECA, R. M. G. S; GARCIA, T. R. Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquista e desafios. **Caderno Gênero e Trabalho**. Salvador: Redor, 2006.

CONSTÂNCIO, T. **Polícia desarticula maior rede de abortos do Rio**. Estadão, 2013.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 147-77, 1996.

CORTÊZ, N. Precisamos falar sobre aborto. Campanha pelo debate e descriminalização. **Revista Trip**, 2014. Disponível em: <<http://revistatrip.uol.com.br/tpm/precisamos-falar-sobre-aborto>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

COSTA, A. M. C.; GUILHEM, D.; SILVER, L. D. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 75-84. 2006.

CREININ, M. D. Regimes de abortamento medicamentoso: contexto histórico e visão geral. **Jornal americano de obstetrícia e ginecologia**, v. 183, n. 2, p. S3-S9, 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937800840533>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CRUZ, J. S. et al. Gestão da atenção básica no sistema único de saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2009 -2012. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 49-66, 2014.

CSORDAS, T.; KLEINMAN, A. The therapeutic process. In: JOHNSON, T. M.; SARGENT, C.F. (Orgs.). **Medical anthropology: a handbook of therapy and method**. New York: Wesport, 1990. p. 3-21.

DALTON, V. K.; WALLET, S. The evolution of medication abortion care: using science to achieve quality. **Obstetrics and Gynecology**, v. 126, n. 1, p. 3-4, 2015.

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

DAVIES, P. Experimentación en la propagación de *Baccharis trimera* (Less.) DC. (carqueja). In: **World Congress on Medicinal and Aromatic Plants for Human welfare**, 2. Mendoza, 1996.. P. 101.

DEL PRIORI, M. **Ao Sul do Corpo**: Condição Feminina, Maternidades e Mentalidades no Brasil Colônia. 2 ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

DePINERES, T. et al. 'I felt the world crash down on me': Women's experiences being denied legal abortion in Colombia. **Reproductive health**, v. 14, n. 1, p. 133-43, 2017.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, sup. 1, p. 959-66, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/959-966>>. Acesso em: 11 Jan. 2017.

_____. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671-81, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n7/1671-1681>>. Acesso em: 11 Jan. 2017.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B.. "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem". **Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-85, 2002.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa nacional de aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653-60, 2017.

DOMINGOS, S. R. F.; MERIGHI, M. A. B. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 177-81, 2010.

DORAN, F. et al. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 41, n. 3, p. 170-80, 2015.

DORAN, F. M.; HORNIBROOK, J. Barriers around access to abortion experienced by rural women in New South Wales, Australia. **Rural & Remote Health**, v. 16, n. 1, 2016.

DUARTE, M.; BARRADAS, C. Entre a legalidade e a ilegalidade: representações em torno do direito ao aborto em Portugal. **e-cadernos ces**, n. 4, 2009.

EL-BARADIE, S. M. Y. et al. Espessura endometrial e β -hCG sérico como preditores da eficácia do misoprostol oral na falência precoce da gravidez. **Jornal de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá**, v. 30, n. 10, p. 877-81, 2008. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316329668>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

EUGENIO, B. G.; AZEVEDO, A. L.; VICENTE, C. T. da S. A produção do conhecimento sobre aborto no período 2011-2014. **Caderno Sisterhood da UFRB**, 1 ed., p. 8-18, 2016. Disponível em: <https://www2.ufrb.edu.br/cadernosisterhood/images/Caderno/Caderno_versao_atual.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2017.

FAMER, C. M. R. et al. Migração internacional e vulnerabilidade em saúde: tópicos sobre as políticas de saúde e de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. **Hygeia: revista brasileira de geografia médica e da saúde**, v. 8, n. 15, p. 190-200, 2012.

FARIAS, R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1755-63, 2012.

FAÚNDES, A. Mal entendidos sobre el efecto de la legalización del aborto. **Anales de la Facultad de Medicina**, v. 76, n. 4, p. 425-9, 2015.

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

FERNÁNDEZ, C. E. R. et al. Captação de adolescentes grávidas e interrupção da gravidez durante um período de cinco anos na província de Santiago de Cuba. **MediSan**, v. 17, n. 09, p. 5011-18, 2013. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44936>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 8 ed. São Paulo: Ática, 2005.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6 ed. São Paulo: Ática, 2003. 87p.

FONSECA, J. G. Aborto legal no Brasil: avanços e retrocessos. 1 ed. Curitiba: Appris, 2018. 131 p.

FOUCAULT, M. (1971). _____. In: **Microfísica do poder**. 3 ed., Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRENCH, V. et al. Influence of clinician referral on Nebraska women's decision-to-abortion time. **Contraception**, v. 93, n. 3, p. 236-43, 2016.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - UNFPA. **Relatório 2004**: Situação da População Mundial 2004. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2004.pdf>>. Acesso em 10 set. 2016.

GALLI, B.; ADESSE, L. Autonomia reprodutiva em questão: relatos de mulheres sobre aborto e estigma em Mato Grosso do Sul. **Rio de Janeiro: Ipas Brasil**, 2010.

GALLI, B.; ROCHA, H. Direitos Sexuais e Reprodutivos, Autonomia Reprodutiva, Política e (des) respeito ao Princípio da Laicidade. **Plataforma de Direitos Humanos**, 2014. Disponível em: <http://www.meel.org.br/wpcontent/uploads/2014/08/artigo_dsr_politica_principio_laicidade.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2017.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. da. Violência por parceiro íntimo: perfil dos atendimentos em serviços de urgência e emergência nas capitais dos estados brasileiros, 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. e00062317, 2018.

GERDTS, C. et al. Measuring abortion-related mortality: challenges and opportunities. **Reproductive health**, v. 12, n. 1, p. 87, 2015.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GERHARDT, T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449-63, 2006.

GESTEIRA, S. M. A.; DINIZ, N. M. F.; OLIVEIRA, E. M. Assistência à mulher em processo de abortamento provocado: discurso de profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 449-53, 2008.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 47-57, 2005.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Editora Record, 1997.

GOLLOP, T. R. Porque despenalizar o aborto? **Ciência e Cultura**, v. 61, n. 3, p. 4-5. 2009.

GONÇALVES, H. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 2 ed. AVERCAMP, 2014.

GONZAGA, P. R. B. **Eu quero ter esse direito a escolha**: formações discursivas e itinerários abortivos em Salvador. 2015, 150f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

GRADWHOL, A. Herbal Abortifacients & Their Heritage in Classical Tudor England. **Penn History Review**, v. 20, n. 1, p. 44-71, 2013.

GUIMARÃES, L. B. E.; JONAS, E.; AMARAL, L. R. O. G. Violência obstétrica em maternidades públicas do Tocantins. **Revista Estudos Feministas**, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2017.

GUIMON, P. **A Irlanda enfrenta o seu último tabu**: o aborto, El país, 2018. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/05/23/internacional/1527101735_801848.html>. Acesso em: 01 dez. 2016.

GUL, S. et al. Herbal drugs for abortion may prove as better option in terms of safety, cost & privacy. **Journal of Scientific and Innovative Research**, v. 4, n. 2, p. 105-08, 2015.

GUSMÃO, C. S. D.; PICHELLI, A. A. W. S. Identidade masculina Hegemônica e o impacto na penalização feminina do aborto provocado e saúde reprodutiva. **Revista Gênero & Direito**, v. 3, n. 2, p. 229-51, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20397>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

HAJRI, C. et al. ‘This Is Real Misery’: Experiences of women denied legal abortion in Tunisia. **PloS one**, v. 10, n. 12, p. e0145338, 2015a.

_____. Denial of abortion in legal settings. **J Fam Plann Reprod Health Care**, v. 41, n. 3, p. 161-63, 2015b.

HALL, K. S. et al. Stressful life events around the time of unplanned pregnancy and women’s health: exploratory findings from a national sample. **Maternal and child health journal**, v. 21, n. 6, p. 1336-48, 2015.

HANSCHMIDT, F. et al. Abortion stigma: a systematic review. **Perspectives on sexual and reproductive health**, v. 48, n. 4, p. 169-77, 2016.

HARAWAY, D. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos pagu**, n. 22, p. 201-46, 2004.

HARRIES, J. et al. An exploratory study of what happens to women who are denied abortions in Cape Town, South Africa. **Reproductive Health**, v. 12, n. 1, p. 2-6, 2015.

HEILBORN, M. L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699-708, 2012a.

_____. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latino-americana**, n. 12, p. 224-57, 2012b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estatísticas do Registro Civil**, v. 40, Rio de Janeiro, 2013. p. 1-212. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. **CIDADES@**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291760>>. Acesso em: 13 set. 2016a.

_____. **Cidades@** Santo Antônio de Jesus. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292870>>. Acesso em 13 nov. 2016b.

_____. Pesquisa de Informações Básicas Municipais. **Perfil dos municípios brasileiros 2012**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2012/munic2012.pdf>. Acesso em: 28 set. 2016.

INSTITUTO MULHERES PELA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE- IMAIS. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. **Dossiê A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana**. 2008.

INTERNATIONAL WOMENS HEALTH COALITION. **Abortion With Self-Administered Misoprostol: A Guide For Women**. UPDATED, 2016. Disponível em: <<https://iwhc.org/resources/abortion-self-administered-misoprostol-guide-women/>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

IPAS BRASIL. Processos judiciais envolvendo abortamento: Negação dos Direitos Reprodutivos das mulheres em Mato Grosso do Sul. **Rio de Janeiro: Ipas Brasil**, 2008.

JAMES, K. **10 Foods To Avoid During Pregnancy**. Natural Food Series, 2018. Disponível em: <<https://www.naturalfoodseries.com/10-foods-avoid-pregnancy/>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

JONSSON, M. Induction of twin pregnancy and the risk of caesarean delivery: a cohort study. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 15, n. 1, p. 136, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PM C4467042/pdf/ 12884_2015_Article_566.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

KALSING, V. S. S. O debate do aborto: a votação do aborto legal no Rio Grande do Sul. **cadernos pagu**, n. 19, p. 279-314, 2002.

KASSEBAUM, N. et al. Níveis e causas globais, regionais e nacionais da mortalidade materna durante 1990-2013: uma análise sistemática para o estudo Global Burden of Disease 2013. **The Lancet**, v. 384, n. 9947, p. 980-1004, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255481/>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

KAVANAUGH, M. L.; JONES, R. K.; FINER, L. B. How commonly do US abortion clinics offer contraceptive services?. **Contraception**, v. 82, n. 4, p. 331-6, 2010.

KIRKMAN, M. et al. Reasons women give for contemplating or undergoing abortion: A qualitative investigation in Victoria, Australia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 1, n. 4, p. 149-55, 2010.

KLEINMAN, A. **Pacientes e curandeiros no contexto da cultura: uma exploração da fronteira entre antropologia, medicina e psiquiatria**. Los Angeles: Universidade da Califórnia Press, 1980. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZRVbw6-UyucC&oi=fnd&pg=PR9&dq=KLEINMAN,+1980&ots=Lc3tiGna72&sig=UfIU_QaVvpd5e-2YQFyUC2UL1uM#v=onepage&q=KLEINMAN%2C%201980&f=false>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia Científica: Ciência e conhecimento; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

LEAL, O. F. "Levante a mão aqui quem nunca tirou criança!": revisitando dados etnográficos sobre a disseminação de práticas abortivas em populações de baixa-renda no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1689-97, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n7/1689-1697/pt>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

LEAL, O. F.; LEWGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. In: LEAL, O. F. (Org.). **Corpo e significados: ensaios de antropologia social**. Porto Alegre: UFRGS, 1995. p. 57-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000201&pid=S1414-3283200600020000700031&lng=pt>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LEMOs JÚNIOR, H. P. de; LEMOS, A. L. A. de. H. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 3, p. 115-7, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 113-28, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3861/386137982007/>>. Acesso em: 01 fev. 2017.

LIMA, M. R. P. **Practices and meanings around the obstetric ultrasound in Salvador, Bahia**. 2015, 96f. Dissertation (Masters in Community Health). Institute of Collective Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2015.

MACHADO, L. Z. Gênero, um novo paradigma. **cadernos pagu**, v. 11, p. 107-25, 1998.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Serviços de aborto legal no Brasil—um estudo nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 563-72, 2016.

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

Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000700012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 fev. 2017.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 176-82, 2008.

MANN, E. S.; CARDONA, V.; GÓMEZ, C. A. Beyond the discourse of reproductive choice: narratives of pregnancy resolution among Latina/o teenage parents. **Culture, health & sexuality**, v. 17, n. 9, p. 1090-104, 2015.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F.. Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 183-89, 2010.

MARTA, G. N.; JOB, J. R. P. P. Aborto: uma questão de saúde pública. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 41, n. 2, p. 196-99, 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/267>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

MCATEE, E. **Dong Quai & Miscarriages**. Livestrong.com, 2017. Disponível em: <<https://www.livestrong.com/article/228732-dong-quai-uses-for-men/>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

MCCALLUM, C. **Trajetórias de mulheres em situação de abortamento**. Subprojeto 1 – do Projeto de pesquisa em elaboração: “Morbimortalidade e atenção ao aborto no nordeste brasileiro: uma abordagem multicêntrica”, para Edital MCT/CNPQ/MS- SCTIE-DECIT/CTSaúde n. 022/2007. 2007.

MELO, J. G. et al. Qualidade de produtos à base de plantas medicinais comercializados no Brasil: castanha-da-índia (*Aesculus hippocastanum* L.), capim-limão (*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf) e centela (*Centella asiatica* (L.) Urban). **Acta Botânica Brasílica**, v. 21, n. 1, p. 27-36, 2007.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de saúde pública**, v. 25 sup. 2, p. s193-s204, 2009.

MERCHÁN-HAMANN, E.; COSTA, A. M. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas**. Brasília, DF: Ed. da Universidade de Brasília, p. 19-32, 2000.

MEYER, D. E. E. A politização contemporânea da maternidade: construção de um argumento. **Revista Gênero**, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MEYER, M. **Folhetim: uma história**. Editora Companhia das Letras, 1996.

MILANEZ, N. et al. Gravidez indesejada e tentativa de aborto: práticas e contextos. **Sexualidade, Saúde e Sociedade-Revista Latino Americana**, n. 22, p. 129-47, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sexs/n22/1984-6487-sexs-22-00129.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. **Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro**, 2007.

MONTEIRO, M. F. G.; ADESSE, L.; DREZETT, J. Atualização das estimativas da magnitude do aborto induzido, taxas por mil mulheres e razões por 100 nascimentos vivos do aborto induzido por faixa etária e grandes regiões. Brasil, 1995 a 2013. **Reprodução & Climatério**, v. 30, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208715000254>>. Acesso em: 15. Jan. 2017.

MONTEIRO, R. A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos. **Análise Social**, n. 204, n. 3, p. 586-605, 2012.

MONTERO, P. **Da doença à desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
MOORE, E. Compreendendo sexo e gênero. Biologia e Cultura. "Understanding sex and gender"._____ in: INGOLD, T. (ed.), **Companion Encyclopedia of Anthropology**. Londres, Routledge, 1997, p. 813-830.

MOREIRA, H.; CALEFFE, L. G. **Metodologia da pesquisa para professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

MOREIRA, L. M. A. et al. Associação entre o uso de abortifacientes e defeitos congênitos. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 23, n. 8, p. 517-21, 2001.

MORESI, E. **Metodologia da pesquisa**. Universidade Católica de Brasília - UCB. Pró - reitoria de Pós Graduação Stricto Sensu em Gestão do Conhecimento e tecnologia da Informação. Brasília-DF, 2003.

MOURA, S. M. S. R.; ARAÚJO, M. F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan. 2017.

NADER, P. R. A.; BLANDINO, V. da R. P.; MACIEL, E. L. N. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do Município da Serra-ES. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 615-24, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2007.v10n4/615-624>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

NEGRÃO, T. A violência de gênero e as interfaces com a saúde das mulheres. In: **Fazendo Gênero**. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.

NOMURA, R. M. Y. et al. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras. **Revista da Associação de Medicina Brasileira**, v. 57, n. 6, p. 644-50, 2011.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA – NESP. **Perfil do município de Salvador/BA: Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde**, 2016. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/saudelgbt/images/arquivos/Perfil_Salvador.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

NUNES, M. D.; MADEIRO, A; DINIZ, D. Histórias de aborto provocado entre adolescentes em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2311-18, 2012.

OLIVEIRA, M. **Flores Seixas de Bebendo na Raiz: Um Estudo de Caso Sobre Saberes e Técnicas Medicinais do Povo Brasileiro**. 2008, 282f. Tese de Doutorado. Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2008

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Mulheres defende ampliar debate sobre aborto no país, no dia da luta pela descriminalização**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-mulheres-defende-ampliar-debate-sobre-aborto-no-pais-no-dia-da-luta-pela-descriminalizacao/>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

_____. **Aborto inseguro ainda está matando dezenas de milhares de mulheres, alertam especialistas da ONU**. 2016b. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/aborto-inseguro-ainda-esta-matando-dezenas-de-milhares-de-mulheres-alertam-especialistas-da-onu/>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde**. 2 ed. Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789248548437_por.pdf;jsessionid=C9260CCC34322AF5CC4DC5DDF3B0F939?sequence=7>. Acesso em: 13 jan. 2017.

PATIAS, N. D.; BUAES, C. S. “Tem que ser uma escolha da mulher”!: representações de maternidade em mulheres não mães por opção. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 300-06, 2012. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4002442>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

PEDROSA, I. L.; GARCIA, T. R. "Não vou esquecer nunca!": a experiência feminina com o abortamento induzido". **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 50-8, 2000.

PEREIRA, J. B. B. **Religiosidade no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2013.

PEREIRA, V. do N. et al. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 1, p. 1056-62, 2012.

PÉREZ, B. A. G. Aborto provocado: representações sociais de mulheres. Salvador, 2006. 80f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da UFBA, 2006. Disponível em: <http://www3.pgenf.ufba.br/tesesdissertacoes/2006/MULHER%202006/DISSER_PGEN_F_199_BARBARA%20ANGELICA.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

PILECCO, F. B.; KNAUTH, D. R.; VIGO, Á. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 3, p. 427-39, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n3/427-439>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

PINHEIRO, R. et al. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, R. P.; RUIZ, E.N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.) **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**, Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 435-47, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2012.v16n41/435-450>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO, R. M.; SOUSA, C. H. D. “Percorrendo caminhos da angústia” itinerários abortivos em uma capital nordestina. **Escudos Feministas**, v. 25, n. 2, p. 593-616, 2013.

POWELL-JACKSON, R.; GLASIER, A.; CAMERON, S. T. Benefits of using a digital video disk for providing information about abortion to women requesting termination of pregnancy. **Contraception**, v. 81, n. 6, p. 537-41, 2010.

PROCON. Abortion. **Background of the Issue**, 2018. Understand The Issues. Understand Each Other Disponível em: <<https://abortion.procon.org/view.resource.php?resourceID=006514>>. Acesso em: 11 jan. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVILVIMENTO NO BRASIL – PNDSM. **Objetivos de desenvolvimento sustentável**. Igualdade de Gênero. 2016. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview/goal-5.html>> Acesso em: 01 jan. 2017.

_____. **Objetivos do Milênio: Igualdade entre sexos e valorização da mulher**, 2015. Disponível em: <<http://www.objetivosdomilenio.org.br/mulher/>>. Acesso em: 01 jan. 2017

PURCELL, T. C. Et al. The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. **Culture, Health & Sexuality**, v. 16, n. 9, p. 1141-55, 2014.

PURI, M. et al. “Eu preciso encerrar esta gravidez mesmo que isso leve minha vida”: um estudo qualitativo do efeito de ser negado o aborto legal na vida das mulheres no Nepal. **BMC Women's Health**, v. 15, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606998/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

RAPP, R. **Testing women, testing the fetus: the social impact of amniocentesis in America**. Nova York: Routledge, 2000.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê aborto: morte preveníveis e evitáveis**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2005. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/hotsite/2005/index.html>>.

REINALDO, A. M. dos S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41419/45002>>.

RIBEIRO, D. **O Brasil como problema**. Global Editora e Distribuidora Ltda, 2016.

RIBEIRO, M. Direitos reprodutivos e políticas descartáveis. **Estudos Feministas**, v. 1, n. 2, p. 400-07, 1993.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed., 16. reimpr., São Paulo: Atlas, 2015.

RIOS, M. G.; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. **Estudos de psicologia**, v. 26, n. 2, p. 215-25, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3953/395335848009.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

ROCCA, C. H. et al. Women's emotions one week after receiving or being denied an abortion in the United States. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 45, n. 3, p. 122-31, 2013.

ROCHA, M. I. B.; BARBOSA, R. Aborto no Brasil e países do Cone Sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos. **Núcleo de Estudos de População–Nepo. Unicamp**, p. 228-56, 2009.

RODRIGUES, C. M. **Há cada vez menos abortos em Portugal**. Observador, 2015. Disponível em: <<https://observador.pt/2015/06/15/ha-vez-menos-abortos-portugal/>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

RODRIGUES, G. C. **O dilema da maternidade**. São Paulo: Annablume, 2008.

ROHDEN, F. Gênero, sexualidade e raça/etnia: desafios transversais na formação do professor. **Cadernos de Pesquisa**, v. 39, n. 136, p. 157-74, 2009.

ROHIT, D. **10 Foods to Avoid Pregnancy Naturally**. Better Health, 2015. Disponível em: <<http://better-health24.com/10-foods-to-abort-pregnancy-naturally.html>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

SANTOS, C. S.; SILVEIRA, L. M. C. da. Percepções de Mulheres que Vivenciaram o Aborto sobre Autonomia do Corpo Feminino. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 2, p. 304-17, 2017.

SANTOS, M. do C. S. **Católicos e Batistas em Jaguaquara: conflitos, disputas e poder (1950-1958)**. In: VIII Encontro Estadual de Historia ANPUH BA Feira de Santana, 2016.

SANTOS; G.; BUARQUE, C. O que é gênero?. In: GONÇALVES, T. (Org.), : "**Caderno de textos gênero e trabalho**" / Iole Macedo Vanin e C122, Salvador: REDOR, 2006.

SAY, L. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. **The Lancet Global Health**, v. 2, n. 6, p. e323-e333, 2014.

SCAVONE, L. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, p. 47-59, 2001a. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1414-32832001000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 137-50, 2001b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n16/n16a08.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

_____. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais**. São Paulo: Unesp, 2004. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=WNX35xxTdMAC&oi=fnd&pg=PA9&dq=scavone+2004+ci%C3%A4ncias&ots=pGWebAZx9W&sig=hnxKORCN8wTgG-SYrN5HkmwDcjU#v=onepage&q=scavone%202004%20ci%C3%A4ncias&f=false>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

_____. Políticas feministas do aborto. **Revista de Estudos Feministas**, v. 16, n. 2, p. 675-80, 2008.

SCOTT, J. **Gender: a useful category of historical analyses**. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989a.

_____. Igualdade versus diferença: os usos da teoria pós-estruturalista. _____. In: LAMAS, M. (Org.). **Cidadania e feminismo: feminismo e teoria pública/privada**. 1989b. 222p.

_____. **Gênero uma categoria útil para análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1995.

_____. A evidência da experiência. **Investigação crítica**, v. 17, n. 4, p. 773-97, 1991. Disponível em: <<https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/448612?journalCode=ci>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA – SESAB. **Criação dos Núcleos Regionais de Saúde**. ASCOM, 2015. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8973:reestruturacao-das-diretorias-regionais-de-saude-dires-nucleos-regionais-de-saude-nrs&catid=13:noticias&Itemid=25>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SEDGH, G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. **The Lancet**, v. 379, n. 9816, p. 625-32, 2012.

_____. Incidência de aborto entre 1990 e 2014: nível global, regional e sub regional e tendências. **The Lancet**, v. 388, n. 10041, p. 258-67, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179755>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SEDGH, G. R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Studies in family planning**, v. 45, n. 3, p. 301-14, 2014. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4727534/>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SEGATTO, C. STF decide que o aborto até o terceiro mês não é crime: o que isso significa. **Revista ÉPOCA**, 2016. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/saude/cristiane-segatto/noticia/2016/11/stf-decide-que-o-aborto-ate-o-terceiro-mes-nao-e-crime-o-que-isso-significa.html>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

SELL, C. E. Max Weber e a racionalização da vida. Petrópolis: **Vozes**, 2013.

SELL, S. E. et al. Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciaram o aborto induzido: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p. 495-501, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103240/101666>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

SILVA, D. F. et al. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol?. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 4, p. 441-47, 2010.

SILVA, L. A. F.; BIANCO, M. H. B. C.. Perfil de graduandos de medicina e enfermagem e posicionamento dos mesmos em relação ao aborto induzido. **Salusvita**, v. 28, n. 3, p. 245-55, 2009.

SILVEIRA, D. T; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. ____ In: GERHARDT, T. E. SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SILVEIRA, P. S. **Experiências de abortos provocados de mulheres e homens de estratos sociais médios no nordeste brasileiro**. 2014, 156f. Tese (doutorado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. 2014. Salvador -BA Brasil. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16328>>. Acesso em: 23 de dez. 2017.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00004815, 2016.

SOUSA, C. H. D.; PORTO, R. M.; CARVALHO, D. R. G. S. Paradoxos da atenção ao aborto provocado: “urgências” e “emergências” em uma Maternidade Escola em Natal/RN. **Bagoas- Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 7, n. 09, p. 1293-313, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4655>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **Revista Ser Social**, v. 10, n. 22, p. 161-82, 2008.

SOUZA, Z. C. S, DINIZ, N. M. F. Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 4, p. 742-50, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jan. 2017.

STATE OF THE WORLD'S MOTHERS. Nutrition in the First 1,000 Days. Save the Children, 2012. Disponível em: <<https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2012.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2017.

SYDOW, E. et al. **A história de oito mulheres criminalizadas por aborto**. 2011.

THOMPSON, K. M. J. et al. Contraceptive policies affect post-abortion provision of long-acting reversible contraception. **Contraception**, v. 83, n. 1, p. 41-7, 2011.

THURLER, A. L. Paternidades como práticas políticas. **Revista Jurídica da Presidência**, v. 14, n. 102, p. 117-37, 2012.

TIBURI, M. **Sobre a Maternidade** – entrevista. Editora Bregantini, Copyright, 2016. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2012/12/sobre-a-maternidade-entrevista/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

TORIANI, A. L. T.; OLIVEIRA, L. **O conhecimento e suas particularidades**. 2006, 70f. Monografia (Especialista em Fitoterapia) Faculdade Integrada “Espirita”, Curitiba, 2006.

TORNQUIST, C. S; PEREIRA, S. M; BENETTI, F. J. Usos e sentidos do Cytotec: percepções sobre o uso do “comprimido” em bairro popular de Florianópolis. In: AREND, S; ASSIS, G. O; MOTTA, F. M. **Aborto e Contracepção: Histórias que ninguém conta**. Florianópolis: Insular, 2012.

TRAVASSOS, C. M; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S190-S8, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Dez. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRUEMAN, K. A.; MAGWENTSHU, M. Abortion in a progressive legal environment: the need for vigilance in protecting and promoting access to safe abortion services in South Africa. **American journal of public health**, v. 103, n. 3, p. 397-9, 2013.

VALONGUEIRO, A. S. Maternal Mortality in Pernambuco, Brazil: What has changed in ten years? **Reproductive Health Matters**, v. 15, n. 30, p. 134-44, 2007.

VALPASSOS, C. A. M. Narrativas sobre abortos: uma pesquisa sobre segredos. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, v. 15, n. 2, P. 463-67, 2013.

VEIGA JUNIOR, V. F. da. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. **Brazilian Journal of Pharmacognosy**, v. 18, n. 2, p. 308-13, 2008.

VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. In: **Direitos reprodutivos no Brasil**. UNFPA, 2009.

VECCHIO, S. A Boa Esposa. In: Klapisch- Zuber C. (org.) **História das Mulheres**. Edições Enfrentamento, Porto, 1990.

VILELLA, T. et al. **Plantas medicinais e toxicas**. In: III Simpósio sobre recursos naturais e sócio-econômicos do Pantanal. Os desafios do novo milênio, Corumbá/MS, 2000. Disponível em: <<http://www.cpap.embrapa.br/agencia/congresso/Bioticos/VILELLA-070.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

VILLELA, W. V; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Unicamp, 2003.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. M. **Aborto, saúde e cidadania**. Editora Unesp, 2011.

VILLELA, W. V. et al. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1709-19, 2012.

VINUTO, J. A amostragem em bolsa de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-20, 2014.

WALDMAN, K. Does Looking at the Ultrasound Before an Abortion Change Women's Minds? SLATE. 2014. Disponível em: <http://www.slate.com/blogs/xx_factor/2014/01/09/ultrasound_viewing_before_an_abortion_a_new_study_finds_that_for_a_small.html>. Acesso em: 28 mai. 2018.

WEISS, R. S. **Learning from strangers**: The art and method of qualitative interview studies. New York: Free Press, 1994.

WERNECK, J. Mulheres Negras Brasileiras e os resultados de Durban. In: MARILENE, P; ROSANA, H. (orgs). **Caminhos Convergentes**: Estado e Sociedade na Superação das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, ActionAid, 2009.

WIKER, B. **Darwinismo moral**: como nos tornamos hedonistas. São Paulo: Paulus, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva. **World Health Organization**, 2010.

ZAEEMA, N.; SHAIKH, B. T.; NAWAZ, M. A. Induced abortions in Pakistan: expositions, destinations and repercussions. A qualitative descriptive study in Rawalpindi District. **Journal of biosocial science**, v. 48, n. 5, p. 631-46, 2015.

**APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA – QUESTIONÁRIO
SOCIODEMOGRÁFICO**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE - PPGES**

Entrevistada nº

Idade ()

Local de nascimento _____

Raça/cor autodeclarada _____

Estado civil _____

Nº de gestações _____

Nº de filhas/os _____

Nº de abortos _____

Escolaridade _____

Ocupação _____

Religião _____

Renda pessoal _____

Renda familiar _____

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM– PPGENF**

QUESTÕES NORTEADORAS:

1 PERGUNTA-CHAVE:

Você poderia nos contar sobre sua experiência desde a suspeita da gravidez, confirmação, até a realização do aborto?

Se necessário:

2 Poderia nos contar sobre a decisão de interromper a gestação e o que você acha que influenciou essa decisão?

3 Com quais pessoas você pode contar nesse processo? Quem foram essas pessoas? Como essas pessoas participaram da sua experiência de decisão, busca e realização da interrupção da gravidez?

4 Na época da interrupção da gestação, você estava em relacionamento fixo ou casual?

5 Poderia contar sobre o relacionamento com o seu parceiro, quando ocorreu a gravidez? Como ele participou desse processo?

6 Se negativo: Por que você não compartilhou a gravidez com outra pessoa? Como você se sentiu vivenciando esse momento sozinha?

7 Você precisou ir a um serviço de saúde?

(Se afirmativo)

7.1 Poderia nos contar sobre a busca e atendimento no serviço de saúde?

8 Poderia nos falar sobre sua experiência após a realização do/s aborto/s?

9 Alguém lhe apoiou ou esteve com você nesse momento após o aborto?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ORAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa: Itinerários abortivos de mulheres: um recorte geográfico em estado da Bahia. Este estudo tem por objetivos: Descrever a construção dos itinerários abortivos de mulheres em cidades da Bahia; Analisar a experiência vivenciada por mulheres em itinerários abortivos segundo contextos sociais, econômicos e culturais das realidades em que estão inseridas.

Trata-se de uma pesquisa acadêmica e sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento e sendo-lhe garantida compensas indenizatórias caso ocorra algum dano que esteja relacionada a sua participação nesta pesquisa. Serão realizadas algumas perguntas que talvez possam lhe trazer constrangimentos e/ou algum tipo de desconforto emocional. Nestes termos, lhe é garantido o direito de recusa em respondê-las ou mesmo a retirada deste consentimento, assim como, o de determinar que sejam excluídas do material da pesquisa informações que já tenham sido dadas.

As informações fornecidas serão usadas, apenas, para fins acadêmicos, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato das(os) participantes. Para isto, serão utilizados nomes fictícios na identificação das(os) entrevistadas(os) e não serão coletados dados como, endereços, datas de nascimento e outros, que possam identificar, de alguma maneira, você enquanto participante desta pesquisa. As entrevistas serão realizadas com privacidade e se alguém se aproximar podemos interromper imediatamente a conversa.


Ao final, os resultados do estudo serão apresentados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento nas áreas acadêmicas, de saúde pública, dentre outras. Embora não haja qualquer benefício imediato para sua participação, a pesquisadora deste estudo acredita que os seus resultados irão ajudar a compreender melhor os aspectos relacionados à(s) gravidez(es). Todo o material será arquivado pela pesquisadora responsável e será incinerado após 5 anos.

Assim, gostaríamos de destacar que a participação na pesquisa não envolve nenhuma remuneração. Para saber informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia -UFBA, situado na Escola de Enfermagem, telefone: 71- 328376-15 no endereço: rua Dr Augusto Viana, s/n – Canela, Salvador-BA, CEP 40110.060 e nos contatos das pesquisadora responsável a encontrá-las no mesmo endereço no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e emails: Jamgfonseca@gmail.com e edmeiacelho@gmail.com Caso haja dúvidas, coloço-me à disposição para esclarecê-las agora, ou no decorrer da entrevista. Gostaríamos ainda de pedir sua autorização para a gravação da entrevista, ressaltando que após a transcrição a gravação será descartada.


_____, ____/____/2017
Assinatura da pesquisadora _____

APÊNDICE D – QUADRO GERAL DOS ITINERÁRIOS NOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS


ITINERÁRIOS NO MUNICÍPIO 1

<div>  <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM– PPGENF</p> </div>				
CARACTERIZAÇÃO	E1M1	E2M1	E3M1	E4M1
TIPO DE RELACIONAMENTO	Relacionamento sério	Relacionamento sério	Relacionamento conturbado /fixo	Relacionamento sério, acabou quando descobriu a gravidez
SUSPEITA	Não relata	Viu a barriga crescer	Não relata	Não relata
CONFIRMAÇÃO	Teste de farmácia Desesperada, choro, falta de concentração	Já estava com quase 6 meses (SIC)	Não relata	Não relata
DECISÃO	Idade (16 anos), receio de interromper os estudos e receio da família não aceitar	Decisão individual, alega não ter sido influenciada por nada e ninguém	Atribui a decisão às características do relacionamento	Recém-formada, desempregada, morava com a família, necessidades financeiras
MÉTODOS	Medicação com aplicador de creme vaginal	Cachaça, arruda, fel de boi, café enterrado, prutudo	Medicação na farmácia	Ocitocina e ervas
REDE	Namorado, porque ele deu o dinheiro pra comprar o remédio com minha prima e com meu primo	Pessoas que entendiam de ervas	Sozinha	Rezadeira e funcionário de hospital
LOCAL	Domicílio da prima	Domicílio	Serviço de saúde	Domicílio
P6S PARTO	Preocupação e alívio/felicidade	Pena/ Não sentiu mais nada	Culpa e arrependimento	Dor

ITINERÁRIOS NO MUNICÍPIO 2

<div>  <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF</p> </div>				
CARACTERIZAÇÃO	E1M2	E2M2	E3M2	E4M2
TIPO DE RELACIONAMENTO	Relacionamento sério	Relacionamento sério	Relacionamento casual apenas um dia)	Relacionamento esporádico
SUSPEITA	Ficou uma semana sem usar remédio e se passaram dois meses até confirmar	A menstruação atrasou	Transou sem camisinha e a menstruação não desceu no dia correto	Não relata
CONFIRMAÇÃO	Teste de farmácia Choro, preocupação com a reação do namorado	Não relata quais os testes Contou para o parceiro e para irmã dele	Não relata testes	Exame deu positivo (mas não sabemos o tipo do mesmo)
DECISÃO	Atribui a não estar preparada com o namorado para ter um filho. O parceiro não apoiou para manter. A mãe dela também fazia pressão para ela não engravidar.	Atribui ao momento que vivia na relação afetiva	Atribuiu a não saber o que fazer, pois não tinha relacionamento sério com o rapaz	Foi forçada no banheiro da boate, o rapaz a coagiu, violência
MÉTODOS	Barraca de folhas, chás, misoprostol	Sonda	Chá	Palito de churrasco
REDE	Amiga, namorado	Pessoas do trabalho que a encaminhou para um serviço de saúde	Amiga que a levou para um hospital	Coação pelo parceiro
LOCAL	Casa do namorado – (Relata ter ido duas ou três semanas depois no ginecologista fazer exame de rotina - SIC)	Domicílio/hospital	Hospital, fez tudo no serviço	Não sentiu nada, frieza
PÓS PARTO	Choro, dores, asma (no momento), arrependimento, mas imagina como seria o depois, já que o relacionamento acabou; tristeza	Ficou mal, sofrimento mas diz que foi a melhor coisa que ela fez.	Serviço de emergência da boate e em seguida outra emergência publica	Dor, medo

ITINERÁRIOS NO MUNICÍPIO 3

<div>  <div> UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS -GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF </div> </div>								
CARACTERIZAÇÃO	TIPO DE RELACIONAMENTO	SUSPEITA	CONFIRMAÇÃO	DECISÃO	MÉTODOS	REDE	LOCAL	PÓS PARTO
E1M3	Relacionamento esporádico com o ex, ele não soube	Desespero	Apreensão, desânimo, cansaço	Não aceitava a gestação, já era mãe; condições financeiras; se passaram dois meses até resolver	Medicamento; subentende se o misoprostol	Amigas, irmã	Casa de aborteira/hospital com 3 curetagens	Traumatizada, vergonha, autopenição, culpa, arrependimento, sofrimento, alívio, auto cuidado
E2M3	Relacionamento sério massa recente 4 meses	Relação sem preservativo Desespero durante a suspeita, fez USGA	Teste de farmácia, exame clínico e laboratorial Desespero, choro	Iniciando vida profissional relacionamento recente, vergonha da família	Procedimento realizado em clínica	Namorado deu apoio até o momento da clínica, mas a abandonou emocionalmente,	Clínica particular	Desespero, abandono, dor, angustia, desequilíbrio falência, necessidade de apoio familiar, vergonha, estuprada, frágil perda da dignidade, falta

E3M3	Relacionamento fixo acabou após o aborto	Teste de farmácia e laboratorial, atraso menstrual, relação sim camisinha, ansiosa, preocupada	Cogitou o aborto imediato	Relacionamento recente, 4 meses, já ter um filho, morar com o pai e não ter terminado a faculdade. Tentou convencer o parceiro, mas ele não quis. Ausência de condições financeiras. Idade 30 anos. O parceiro não queria ser pai	Cytotec	Amiga, namorado para comprar pílulas	Domicílio	de preservação, traumatizada, suja, desrespeito por si
E4M3	Relacionamento fixo; casada	Desespero	Desespero, tristeza 3 a 4 meses para confirmar	Ter uma filha de 2 meses, ter 17 anos não teve influência de ninguém, não se sentia preparada para	Chá de buchinha do norte	Sozinha e depois uma amiga em outro estado	Iniciou em domicílio e finalizou em hospital	Arrependimento, autocuidado

E5M3	Relacionamento esporádico	Menstruação não desceu	Desespero de farmácia duas vezes 2 meses	outra gestação Já ter filho, mãe solteira, morava com a mãe e a avó, família conservadora, religiosa, envolvimento com o primo, questões religiosas.	Chás de amica com cytotec, depois cytotec	Parceiro, amiga	Fez em domicílio, ficou de 3 a 4 meses sangrando ate procurar hospital	Abalada emocionalmente, chorava, nervosa, fez vergonha, exame de imagem nesse momento.
E6M3	Em divórcio	Começou a passar mal no trabalho	Teste de farmácia/ USG Sentiu-se sozinha, desesperada, perda 4 meses	1 filho de 10 meses, 1 filho de 7 anos, marido saiu de casa, receio de interromper os estudos, não teve apoio do parceiro	Medicamento, água inglesa, água de coco,	Amiga	Domicílio da amiga procurou ESF após o aborto e fez nova USG	Desolada, culpa, autopenição, tristeza, dor emocional, acha que a ação foi incorreta, auto cuidado, não teve apoio de ninguém
E7M3	Relacionamento casual	Menstruação atrasou	Confirmou com dois meses. Exame laboratorial	Desempregada, tinha uma filha, relacionamento casual, o parceiro tinha relacionamento sério com outra Condições financeiras, o parceiro não deu apoio	Cytotec, Ocitocina, Procedimento com perfuro na casa de aborteira, café amargo, chá de hortelã	Amiga, balconista de farmácia.	Casa de aborteira	Dor na consciência, culpa, autopenição, arrependimento mas acredita que a culpa é algo compartilhado
E8M3	Relacionamento	Não relata	Aumento de	Ser adolescente,	Chá de folha	Pessoas para	Domicílio	Indiferença,

	esporádico		volume das mamas, menstruação atrasada	o parceiro não deu apoio para assumir a gestação, receio da família mandar embora	de tapete de oxalá	alcance ervas	das		dores, arrependimento
E9M3	Relacionamento esporádico	O atraso da menstruação associado aos sintomas de início de gestação uso frequente de pílulas do dia seguinte	Teste farmácia, Beta-HCG, USG Desespero, Choro, angústia	Condições do relacionamento; condições econômicas	Cytotec procedimento em clínica	Parceiro, amigas	Clínica particular	Angústias, dúvidas, choro, medo, peso na consciência, sentir-se criminosa depois fui me acalmando, certeza da decisão correta	
E1OM3	Relacionamento esporádico	Azia, enjoo, muita cólica	Exame laboratorial USG Desespero, cogitou aborto imediato	Alega despreparo para gestação, não teve apoio do parceiro	Procedimento em clínica	Amiga	Clínica particular	Sensação de estar sozinha, choro, alívio, nova USG	