CRISTINA MENDES GIGLIOTTI BORSARI

Aborto provocado: vivência e significado.

Um estudo fundamentado na fenomenologia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências

Programa de Obstetrícia e Ginecologia

Orientadora: Profa. Dra. Roseli Mieko Yamamoto Nomura

São Paulo

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Borsari, Cristina Mendes Gigliotti

Aborto provocado : vivência e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia / Cristina Mendes Gigliotti Borsari. -- São Paulo, 2012.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Obstetrícia e Ginecologia.

Orientadora: Roseli Mieko Yamamoto Nomura.

Descritores: 1.Aborto 2.Aborto provocado 3.Aborto espontâneo 4.Pesquisa qualitativa 5.Fenomenologia 6.Existencialismo 7.Culpa

USP/FM/DBD-071/12

Dedicatória

À minha mãe, **Shirley**, que me deu a vida e me
ensinou a caminhar...

Ao meu marido, **Rodrigo**, com quem
compartilho a vida e caminho de mãos dadas...

Ao meu filho, **José Enrico**, com quem aprendo o
verdadeiro sentido da vida e ensino os primeiros
passos...

Agradecimientos

Ao Professor Doutor **Marcelo Zugaib**, Professor Titular do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP, exemplo de pessoa, pelo reconhecimento da importância da assistência multiprofissional e pela maravilhosa oportunidade profissional e científica concedida;

À Professora Doutora **Roseli Mieko Yamamoto Nomura**, minha orientadora, a quem tenho profunda admiração por sua sabedoria não apenas acadêmica, mas de vida, obrigada pelos ensinamentos com este trabalho e pelos outros ensinamentos até mais valiosos como respeito, ética, valores, amizade, a você minha eterna admiração;

À Professora Doutora **Gláucia Rosana Guerra Benute**, pelo acolhimento desde o início deste trabalho, pelos ensinamentos metodológicos e orientação durante o período das entrevistas, pelas críticas e sugestões no exame de qualificação, obrigada pela disponibilidade, amizade e pelo carinho;

À Professora Doutora **Mônica Lopes Vazquez**, e Professora Doutora **Maria Rita Bortolotto**, pela disponibilidade no exame de qualificação, pelas considerações e sugestões. Obrigada por valiosas contribuições;

Ao Doutor **André Malavasi**, por acreditar no meu potencial e ter proporcionado o encontro com minha orientadora;

Ao Doutor **Fábio Cabar**, pela disponibilidade no exame de qualificação e pelas preciosas sugestões e correção de minha dissertação;

Às funcionárias, **Soraia Cristina Silva**, **Miriam Souto**, **Adriana Festa**, **Raquel Candido**, **Marina Silva**, **Fátima Magalhães** e **Claudia Vieira**, pela atenção carinhosa e apoio administrativo;

Ao Doutor **Leonardo Ceccon** e Doutor **Anísio de Moura**, diretores do Hospital Estadual Sapopemba, onde iniciei meu caminho profissional e realizei parte das entrevistas, obrigada por acreditar na pesquisa científica e no meu trabalho;

Ao Doutor **Silvio Possa**, diretor do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M’Boi Mirim, em que trabalhei e realizei a maioria das entrevistas, obrigada pela confiança e pelo incentivo;

Ao Professor **Roberto Morales Navarro Junior**, coordenador da equipe multiprofissional do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch – M’Boi Mirim, obrigada pela amizade, e pelos ensinamentos, enfim, pela oportunidade de crescimento profissional;

Às **enfermeiras** dos hospitais em que realizei as entrevistas, por acreditar no trabalho interdisciplinar e pela assistência facilitadora de todo o processo de coleta de dados. Muito obrigada;

Aos **colegas da pós-graduação**, em especial minha amiga, **Letícia Paiva**, pelo carinho, companheirismo e amizade;

À **minha família**, que principalmente por meio dos exemplos cotidianos permitiu o meu aprendizado de valores morais sólidos, ensinamentos que carreguei em minha personalidade e maneira de viver, tanto no âmbito pessoal quanto profissional;

Ao meu amado marido **Rodrigo Borsari**, que me apoiou incansavelmente e, com muita paciência e amor, tolerou minha ausência durante o tempo em que me dedicava a este estudo. Cuidou com carinho do nosso filho e me incentivou em todos os momentos, o meu eterno amor e agradecimento;

À minha mãe, **Shirley Alonso Mendes**, meu maior exemplo de vida, mulher batalhadora e vencedora, que sempre acreditou no meu potencial, e me incentivou nos estudos desde criança. Essa conquista é nossa;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES**, pela bolsa de estudos concedida;

E por fim, às **mulheres** que permitiram serem entrevistadas, que falaram de sua dor... Vidas sofridas que cruzaram a minha vida e me trouxeram aprendizado; muito obrigada.

Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.

Leonardo da Vinci

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro do Ministério de Ciência e Tecnologia/Fundo Setorial de Saúde e do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - DECIT/SCTIE – do Ministério da Saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

NORMATIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com: as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journal Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro Cunha, Maria Júlia de A. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals in Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de Figuras
Lista de Quadros
Lista de Tabelas
Resumo

Summary

1	INTRODUÇÃO	1
2	OBJETIVOS “Onde queremos chegar”	8
3	REVISÃO DA LITERATURA “Percorrendo o caminho da compreensão teórica: o Aborto, a Fenomenologia, a Pesquisa Quantitativa e Qualitativa”	10
3.1	Aborto Provocado	11
3.1.1	Contextualização Histórica	11
3.1.2	Estatística no Brasil e no Mundo	15
3.1.3	Aspectos Sociais, Psicológicos e Culturais	20
3.2	A Teoria Fenomenológico-Existencial	28
3.2.1	A Redução Fenomenológica	32
3.2.2	A Psicologia Fenomenológica	34
3.2.3	O Retorno às Coisas Mesmas e a Intencionalidade	36
3.2.4	Conceitos em Heidegger	36
3.2.5	A Reflexão Fenomenológica	37
3.3	A Pesquisa Quantitativa e Qualitativa	38
3.3.1	A Entrevista em Pesquisa Qualitativa	44
3.3.2	A Saturação em Pesquisa Qualitativa	46
3.3.3	Os Métodos se Complementam	49
4	MÉTODO “Possibilidades Metodológicas de Pesquisa e sua Trajetória”	51
4.1	Mulheres Participantes da Pesquisa	53
4.1.1	Critérios de Inclusão	54
4.1.2	Critérios de Exclusão	55
4.2	Procedimentos	55
4.3	Instrumentos	57
4.4	Características das Mulheres Entrevistadas	58
4.5	Análise dos Dados	59
4.5.1	Análise Quantitativa	59
4.5.2	Análise Qualitativa	60
5	RESULTADOS “Apresentando os achados numéricos e o discurso das mulheres”	62
5.1	Análise Quantitativa: Achados Numéricos	63
5.2	Análise Qualitativa: Descrição Temática sobre Aborto Provocado	66
5.2.1	Contextualização Situacional	68
5.2.2	Categorias Temáticas “O que o discurso nos revela?”	72
5.2.2.1	Temática 1 – Vivência do Aborto provocado: Percepção do Conflito	74
5.2.2.2	Temática 2 – A Culpa como Recurso de Enfrentamento	77
5.2.2.3	Temática 3 – Identidade Parental	80
5.2.2.4	Temática 4 – Relações Afetivas Fragilizadas	81
5.2.2.5	Temática 5 – O Significado do Aborto Provocado	82
6	DISCUSSÃO “Refletindo sobre o aborto e as etapas metodológicas: uma proposta de discussão”	87
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS “A Chegada”	95
8	ANEXOS	98
9	REFERÊNCIAS	109

Listas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa da legislação sobre aborto	14
Figura 2 -	Fluxograma do método.....	54
Figura 3 -	O maior tema e os três subtemas que descrevem a vivência das mulheres que provocaram aborto	94

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Dois momentos da Redução Fenomenológica na perspectiva de Forghieri (2009)	33
Quadro 2 -	Principais conceitos em Heidegger (2008).....	37
Quadro 3 -	Diferenças e similaridades entre os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa	40
Quadro 4 -	Categorias temáticas identificadas na vivência do aborto provocado	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características das mulheres entrevistadas de acordo com o tipo de aborto.....	59
Tabela 2 -	Características sociais das mulheres de acordo com o tipo de aborto.....	64
Tabela 3 -	Vivência das mulheres de acordo com o tipo de aborto.....	65
Tabela 4 -	Descrição das características sócio-demográficas das mulheres que provocaram o aborto.....	67

Resumo

Borsari CMG. *Aborto provocado: vivência e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Introdução: O aborto é assunto bastante polêmico e ainda muito estigmatizado pela sociedade brasileira. Seja aborto espontâneo ou provocado, apresenta repercussões emocionais ambivalentes para as mulheres que o vivenciam. Este estudo trata do tema aborto em um contexto plural e multifacetado, com o objetivo de identificar e analisar a vivência e o significado do aborto provocado enquanto fenômeno existencial concreto na vida da mulher, e comparar com mulheres que tiveram o aborto espontâneo. **Método:** Trata-se de estudo quali-quantitativo em que foram entrevistadas mulheres com diagnóstico de aborto atendidas em dois hospitais públicos da cidade de São Paulo no período de julho de 2008 a março de 2010. Para fins de análise qualitativa foram incluídas as 11 mulheres que provocaram aborto e para análise quantitativa, foi realizado estudo caso controle comparando-se com 22 que sofreram aborto espontâneo. As 11 mulheres que provocaram aborto foram entrevistadas em profundidade e os dados analisados qualitativamente com embasamento teórico Fenomenológico-Existencial. **Resultados:** As mulheres do grupo com aborto provocado, em relação ao grupo com aborto espontâneo, apresentaram menor escolaridade sendo mais freqüente o nível fundamental (82% vs. 36%, $P=0,04$); menor renda familiar (mediana, R\$1000 vs. R\$1400, $P=0,04$); menor renda pessoal (mediana, R\$200 vs. R\$333, $P=0,04$), maior freqüência de sentimentos negativos na suspeita (82% vs. 22%, $P=0,004$) e na confirmação (72% vs. 22%, $P=0,03$) da gravidez. Na análise qualitativa fenomenológica, foram revelados nos discursos das mulheres cinco temáticas: percepção do conflito, a culpa como recurso de enfrentamento, identidade parental, relações afetivas fragilizadas e significado do aborto provocado (desamparo, sofrimento e dor). Um tema único e maior prevaleceu no discurso de todas as mulheres que provocaram o aborto – as relações afetivas fragilizadas e a culpa, entendendo-se este tema como a essência da vivência das mulheres que provocaram o aborto. **Conclusão:** Este estudo permitiu lançar um novo olhar, um recorte da vivência de mulheres menos favorecidas que se utilizaram de serviços públicos de saúde em momento de sofrimento diante da experiência do aborto provocado, e os sentimentos de relacionamentos fragilizados associados à culpa ressaltam como significados da vivência dessas mulheres.

Descritores: 1. Aborto; 2. Aborto Provocado; 3. Aborto Espontâneo; 4. Pesquisa Qualitativa; 5. Fenomenologia; 6. Existencialismo; 7. Culpa.

Summary

Borsari, CMG. *Induced abortion: experience and meaning. A study based on phenomenology* [Dissertation]. São Paulo: São Paulo University, School of Medicine; 2012.

Introduction: The abortion subject is very controversial and still much stigmatized by the Brazilian society. Is miscarriage or induced abortion, shows ambivalent has emotional repercussions for women who experience. This study addresses the abortion issue in a plural and multifaceted context, aiming to identify and analyze the experience and meaning of abortion as the concrete existential phenomenon in women's lives, and to compare with women who had spontaneous abortion. **Method:** This is a qualitative and quantitative study based upon interviews with women diagnosed as abortion treated at two hospitals in São Paulo in the period July 2008 to March 2010. For purposes of qualitative analysis were included the 11 women who had an abortion and for quantitative analysis was conducted case-control study compared yourself to 22 who suffered miscarriage. The 11 women who had induced abortion were interviewed in depth and analyzed qualitatively with theoretical background Existential-Phenomenological. **Results:** The women in group with induced abortion in compared to those with spontaneous abortion, had less education and are more frequent in primary level (82% vs. 36%, $P=0,04$); lower family income (median \$580 vs. \$812, $P = 0.04$), lower personal income (median, \$115 vs. \$193, $P = 0.04$), higher frequency of negative feelings in the suspicion (82% vs. 22%, $P = 0.004$) and confirmation (72% vs. 22%, $P = 0.03$) of pregnancy. In phenomenological qualitative analysis, were revealed in the discourses of women at five themes: the perception of conflict, guilt as a means of coping, parental identity, vulnerable emotional relationships and meaning of abortion (abandonment, pain and suffering). The single theme and more prevalent in discourse of all women who had an induced abortion - the guilt and vulnerable affective relationships, understanding of this as the essence of the experience of women who had an induced abortion. **Conclusion:** This study has generated a new look, a clipping of the experience of disadvantaged women who used public health services in moment of suffering in the face of experience of abortion, and feelings of guilt associated with vulnerable relationships stand out as meanings of experiences of these women.

Descriptors: 1. Abortion; 2. Induced Abortion; 3. Miscarriage 4; Qualitative Research; 5. Phenomenology; 6. Existencialism; 7. Guilt.

1 Introdução

O aborto é assunto bastante polêmico e ainda muito estigmatizado pela sociedade. Seja espontâneo ou provocado, apresenta repercussões emocionais ambivalentes para as mulheres que o vivenciam. Devido à atribuição de diferentes significados ao aborto, as perdas são consideradas acontecimentos complexos e multidimensionais. Complexos, pois inclui aspectos ligados à percepção da perda: física, quando a gravidez é interrompida, e psicológica, pelos sentimentos vivenciados de culpa, medo, solidão, desamparo, ansiedade, depressão e luto¹⁻⁹. Pode ser ainda um evento traumático na vida da mulher¹⁰⁻¹². E é multidimensional, pois transcende o sentimento de perda individual e interfere de maneira holística nas relações familiares e sociais.

O presente estudo trata do tema aborto neste contexto plural e multifacetado e, apesar do tema suscitar grandes discussões acerca da bioética, da moral, religião e dos aspectos legais, este não é o foco desta pesquisa. Pretende-se levar em consideração muitos desses aspectos, contudo o objetivo é descrever o significado do aborto provocado enquanto fenômeno existencial concreto na vida da mulher.

A palavra aborto tem uma conotação extremamente negativa. Deriva da palavra latina *oriri*, mais o prefixo *ab* (*aboriri*), que significa não nascer, afastar-se da vida. Assim, o aborto é a negação da vida, ou seja, a morte antecipada¹³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁴ define o aborto como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à perda do concepto até 20-22 semanas completas e/ou 500 gramas.

Pensando na magnitude do aborto, os dados estatísticos de 2007 da OMS revelam que metade das gestações é indesejada e uma a cada nove mulheres recorre ao aborto. No Brasil, os cálculos mostram que o índice de abortamento é de 31%. Ou seja, ocorrem aproximadamente, um milhão e quinhentos mil abortos espontâneos e inseguros com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres¹⁵. Ainda 4% das mulheres em idade fértil recorrem ao aborto provocado, no período de um ano¹⁶.

O aborto provocado é alvo de críticas, discussões e julgamentos, principalmente no que se refere aos aspectos legais, bioéticos e religiosos envolvidos^{12,17,18}. No Brasil, o aborto provocado é ilegal e considerado um problema de saúde pública, pois representa a quarta causa de morte materna^{15,19-22}. A mulher que provoca o aborto não é bem vista pela sociedade, uma vez que a maternidade, cultural e historicamente, lhe foi imposta como destino^{8,23}.

Muitas vezes o aborto provocado é visto apenas como um problema médico, ficando os aspectos psicológicos e sociais implicados nesta dinâmica em segundo plano. Coloca-se o aborto provocado como uma decisão egoísta da mulher que desafia a sociedade cujos códigos legais e morais procuram fazer com que ela conserve a gestação de qualquer forma. Assim, a mulher aparece como criminosa, que, isoladamente, decidiu cometer um delito^{7,24}.

O Código Penal Brasileiro de 1940²⁵ não penaliza a realização do aborto quando não houver outro meio de salvar a vida da mulher ou na gravidez resultante de estupro. Para as situações de diagnóstico de anomalia fetal letal é necessária a autorização judicial para a interrupção da gestação.

Estudos²⁵⁻²⁸ apontam em seus resultados que a realização do aborto é experiência que traz consequências físicas e emocionais ruins para as mulheres e que a decisão de fazê-lo não é inconsequente. O aborto é problema sério para as mulheres, mas também para a sociedade que, de certa forma, influencia na sua realização e acaba sofrendo as consequências em termos de saúde pública e de conflitos sociais²⁹.

É fundamental reconhecer que, para essas mulheres, a vivência e o significado do aborto provocado inserem-se em um contexto entre a própria essência de cada mulher, sua história de vida, a cultura e a sociedade a que pertencem, bem como o núcleo familiar em que convivem. Configura-se assim, o aborto como experiência única e singular. Para tanto, a compreensão deste processo deverá ser biopsicossocial, considerando, além dos aspectos físicos e genéticos, as expectativas em relação aos papéis femininos tradicionais, as crenças e fantasias a respeito da maternidade, o contexto econômico, bem como a diversidade dos desejos das

mulheres na sociedade atual, os quais não incluem necessariamente a experiência da maternidade.

Portanto, a vivência do aborto é uma possibilidade factível a existência da mulher⁸, sendo compreendido como um ato. Ato esse que poderá ser vivenciado de forma ambivalente^{13,25}. A ambivalência é representada pela atuação de tendências opostas, do ponto de vista psicológico e psicossomático, expressando-se pelo desejo de ter ou não o bebê³⁰; sentir-se ou não culpada.

Durante a gestação, a mulher convive com a existência de sentimentos contraditórios e conflitos diversificados, visto que toda gravidez implica no surgimento de sentimentos opostos em relação à maternidade, trazendo consigo potenciais perdas e ganhos, além da perspectiva de mudanças e novas adaptações³¹.

Porém, esse conflito é natural, no início de toda gestação^{31,32}. Nessa dicotomia temos, por um lado, o mito da maternidade como realização da mulher e, por outro, suas condições reais de vida, incluindo a relação com o pai da criança e fase da vida em termos de profissão, aspectos econômicos, relação parental, além das expectativas pessoais quanto às próprias condições físicas e psicológicas implícitas no ideal de boa mãe. É cabível certa dúvida sobre ganhos e perdas de uma gestação.

As repercussões emocionais presentes na situação de aborto provocado, tanto do ato decisório como das conseqüências do ato, estão intimamente relacionadas ao significado afetivo atribuído à perda, o qual, por sua vez, depende do grau de investimento afetivo na gestação.

No estudo de Olinto e Moreira Filho³², sobre a estimativa de aborto provocado, foram entrevistadas 3002 mulheres e para a faixa etária de 45 a 49 anos, 12,3% das mulheres entrevistadas disseram ter provocado, pelo menos, um aborto. Os motivos mais freqüentes para indução do aborto foram: questões econômicas (31%) e não ter apoio do parceiro (24%). Sendo o método mais utilizado a curetagem ou aspiração.

Abortos espontâneos ou provocados são vivenciados de formas diferentes embora sejam ambas as experiências exclusivamente femininas, íntimas, singulares e subjetivas. A forma como cada mulher o vivencia pode ser remetido a outros eventos correlacionados a perdas que já tenham ocorrido em suas vidas.

O aborto tende a ser um evento tão importante na vida da mulher a ponto de poder mudar o curso de sua existência³³, tal como um rito de passagem com sentimento de culpa, que normalmente encobre o desejo inconsciente de não ter aquele filho³⁴⁻³⁷. Cada mulher viverá essa experiência de maneira muito particular; vivência esta intimamente ligada à sua história de vida pregressa.

Portanto, este estudo tem como propósito ouvir essas mulheres que praticaram o aborto, quem são elas? O que pensam? Sentem culpa? De que maneira vivenciam este processo? E assim, reconhecer o significado do aborto provocado e dar condições a essas mulheres de falarem dos seus sentimentos e da própria decisão pelo aborto.

Este contexto vivenciado pela mulher é permeado por sentimentos de dor, ansiedade, angústia, culpa e tristeza. Para se discutir e refletir sobre o aborto provocado não há como fugir destes sentimentos intensos. Este estudo tem como proposta descrever a vivência e o significado do aborto para estas mulheres, para isso, apresenta-se uma análise quantitativa e qualitativa. O discurso da paciente é analisado e fundamentado na perspectiva Fenomenológico-Existencial.

A Fenomenologia é, em primeiro lugar, um modo de se fazer filosofia. Isso não quer dizer que ela seja um método entre outros possíveis para se chegar ao mesmo objetivo. Seguindo o método fenomenológico de pensar, o lugar em que se chega é próprio; tem a coloração do caminho percorrido³⁸.

A Teoria Fenomenológico-Existencial apresenta as ambigüidades do existir humano, sendo o ponto de partida do conhecimento o “querer voltar às coisas mesmas”, isto é, ao fenômeno, que integra a consciência e o objeto, unidos no próprio ato de significação. E é nessa correlação que se dá a vivência³⁹. Portanto, o método fenomenológico apresenta-se apropriado para pesquisar a vivência do aborto provocado. Os principais fenomenólogos utilizados como referência nesta pesquisa foram: Heidegger e Merleau-Ponty.

Falar sobre a intenção de provocar o aborto, a vivência desta prática e os sentimentos envolvidos neste contexto não é tarefa fácil para estas mulheres porque existe o medo, o preconceito e a resignificação da vivência de suas emoções e conflitos. Por isso, para se buscar compreender o significado do aborto provocado

para as mulheres; é preciso ouvi-las em uma escuta especializada, no caso desta pesquisa, esta escuta foi realizada por uma única psicóloga, em períodos diferentes, e em dois hospitais públicos localizados na periferia da cidade São Paulo.

Este interesse em escutá-las, a necessidade e a carência de trabalhos científicos sobre aborto provocado com foco nos aspectos psicológicos foram os *insights* para a investigação científica. Com a finalidade de constatar com método e teoria científica o que eram idéias. O principal estímulo para este trabalho foi, portanto, além de revelar o que é velado, a possibilidade de se agregar conhecimento e crescimento pessoal; bem como a contribuição para melhor qualidade dos atendimentos dos profissionais que assistem a essas mulheres.

Este estudo é quantitativo e qualitativo, está organizado da seguinte maneira; após este primeiro capítulo introdutório, no capítulo 2, intitulado: Objetivos “*Onde queremos chegar*”, temos as proposições para a finalidade desta pesquisa, o que instiga e traz questionamento.

No capítulo 3, Revisão da Literatura “*Percorrendo o caminho da compreensão teórica: o Aborto, a Fenomenologia, a Pesquisa Quantitativa e Qualitativa*”, temos a apresentação das teorias que embasaram este estudo. Iniciando com o tema Aborto, é feito uma breve contextualização histórica, seguindo de alguns dados estatísticos e uma descrição geral dos principais aspectos sociais, psicológicos e culturais que permeiam esta temática. A seguir é apresentado a Teoria Fenomenológico-Existencial utilizada neste estudo para análise do discurso das mulheres. A idéia de apresentação desta teoria não é esgotá-la ou aprofundar o leitor em conhecimentos específicos, mas sim situar dentro da ciência Psicologia e demais ciências humanas, a sua importância e escolha para fundamentar este estudo. Para finalizar este capítulo, temos a pesquisa quantitativa e qualitativa, afim de, demonstrar a relevância no meio científico da pesquisa qualitativa e a importância nos estudos do comportamento humano.

O capítulo 4. Método “*Possibilidades Metodológicas de Pesquisa e sua Trajetória*”, apresenta como este estudo foi pensado, planejado e executado de maneira a atender tanto os critérios éticos da pesquisa científica quanto enquadrá-la em conceitos quantitativos e qualitativos.

Já o capítulo 5. Resultados “*Apresentando os achados numéricos e o discurso das mulheres*”, apresenta-se dividido entre os resultados comparativos quantitativos de aborto provocado e espontâneo e os resultados temáticos decorrentes da análise qualitativa do discurso das mulheres que provocaram o aborto.

No capítulo 6. Discussão “*Refletindo sobre o aborto e as duas etapas metodológicas*”, realiza-se um convite ao leitor em compartilhar das reflexões do ponto de vista psicológico acerca dos resultados encontrados.

Para finalizar, o capítulo 7. Considerações Finais “*A chegada*”, apresenta-se um momento de desfecho do tema abordado neste estudo, com a idéia de revelar quem são as mulheres que praticam o aborto e o significado do aborto provocado para estas mulheres, sem ter a pretensão de esgotar este tema.

Assim, os resultados e a discussão foram descritos de duas formas, primeiramente, quantitativo, comparando-se o aborto provocado e o espontâneo, para reconhecer as diferenças que ratificam os aspectos negativos e as repercussões psíquicas, encontrados no discurso das mulheres que provocaram o aborto. Em segundo momento, realizou-se a análise qualitativa do discurso das mulheres, para apreender os sentidos e significados do aborto provocado. Foram descritos em cinco eixos temáticos: vivência do aborto provocado, a culpa como recurso de enfrentamento, identidade parental, relações afetivas fragilizadas, o significado do aborto provocado.

A compreensão desse fenômeno aborto é fundamental no cuidado a saúde das mulheres, e em especial neste estudo, devido às condições sócio-econômicas desfavoráveis das mulheres, contribuindo para uma atenção integral e humanizada, no controle e na promoção da saúde neste processo complexo que é o aborto provocado.

2 Objetivos

“Onde queremos chegar?”

Objetivo Geral

O presente estudo teve como proposta, identificar e analisar a vivência e o significado do aborto provocado.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos propostos foram:

1. Descrever e comparar casos de aborto provocado com aborto espontâneo.
2. Identificar e analisar os fenômenos relacionados ao aborto provocado:
  - a vivência do aborto provocado;
  - o sentimento de culpa;
  - a identidade parental;
  - as relações afetivas fragilizadas;
  - o significado do aborto provocado.

3 Revisão da Literatura

---

*“Percorrendo o caminho da compreensão teórica:
o Aborto, a Fenomenologia, a Pesquisa Qualitativa”*

Aspectos relevantes sobre o tema do aborto provocado e da teoria Fenomenológico-Existencial serão abordados. Primeiramente, é apresentado um breve histórico sobre a prática do aborto e, dados estatísticos sobre a magnitude do aborto provocado no Brasil e no mundo. Em seguida, explicitam-se os aspectos intimamente relacionados ao aborto provocado, desde as repercussões psíquicas ao processo aborto como evento complexo em sua dinâmica biopsicossocial. Segue com a apresentação da teoria Fenomenológico-Existencial, e dos principais pensadores utilizados para a análise deste estudo. Finaliza-se com a pesquisa quantitativa e qualitativa, afim se situar o leitor sobre as especificidades da pesquisa qualitativa.

3.1 Aborto Provocado

3.1.1 Contextualização Histórica

A prática do aborto provocado ou também denominado intencional sempre esteve presente na humanidade, pode-se dizer que esta prática é tão antiga quanto a existência humana. No entanto, suas concepções são diferentes e tornam impossíveis afirmações gerais e conclusivas. O que se identifica ao longo da história é que as motivações que levam as mulheres a abortar variam de acordo com a sociedade e a cultura. O aborto nem sempre foi considerado um fato criminoso e somente com o decorrer do tempo é que a prática do aborto sofreu restrições e foi legitimada.

O primeiro relato sobre aborto diz respeito a uma receita de abortífero oral, descrito pelo imperador chinês, Shen Ning, entre 2737 a.C. e 2696 a.C.²³. Assim, o aborto provocado já era referenciado nos arquivos reais da China. Enquanto que, no Egito, em 1550 a.C., o código de Hamurabi já previa punições a quem praticasse o aborto, e, desde a Grécia antiga, com a utilização de ervas abortiva, o tema tem sido objeto de considerações e polêmicas⁴⁰. Na Grécia, o aborto era realizado como forma de limitar o crescimento populacional. Os filósofos como Aristóteles preconizava o procedimento como método eficaz para limitar o nascimento, Platão recomendava o

aborto a toda mulher que engravidasse com mais de 40 anos, enquanto Sócrates recomendava às parteiras que facilitassem o aborto para as mulheres que assim o desejassem. Na Roma antiga, a prática do aborto também era comum, e tinha como objetivo o controle da natalidade nas cidades; porém o grau de recriminação variou de acordo com a época⁴¹. Nesse contexto, observa-se o aborto como uma forma de controle populacional.

Os povos hebreus, celtas e os primeiros germânicos permitiam que as mulheres tivessem certo controle sobre a fertilidade. As mulheres realizavam o aborto com a ajuda das parteiras. Segundo Benute²³, embora essas mulheres fossem subordinadas aos homens e tivessem sua valorização pessoal atrelada à sua capacidade reprodutiva, tinham autonomia de decisão.

Com o advento do Cristianismo, o aborto passou a ser definitivamente condenado pela sociedade, com base no mandamento “não matarás”. Os imperadores cristãos Adriano, Constantino e Teodósio reformaram o Direito Romano, associando o aborto ao homicídio⁴².

De acordo com Galeotti⁴³, a Revolução Francesa no século XVIII, promove um marco divisório na história do aborto, pois se passou a privilegiar o feto como um futuro trabalhador e soldado; pois anteriormente o feto era considerado somente um apêndice do corpo da mãe, e o aborto uma questão única da mulher porque somente ela poderia testemunhar sua gravidez.

Foi no século XIX que o aborto provocado assumiu dimensões preocupantes, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, o que levou a comunidade científica da época a adotar leis restritivas ao aborto inseguro. Foi também nessa época que a Igreja Católica adotou a posição, que mantém até hoje, de condenar o aborto⁴¹.

No século XX, a União Soviética devido à sua economia emergente, legaliza o aborto em 1920 para dar garantia à saúde das trabalhadoras. Na França ocorre o contrário, com a queda populacional provocada pela Primeira Guerra Mundial, o país passa a proibir o aborto; sendo esse considerado crime contra a nação e sua proibição se manteve até a década de 60⁸.

Nos países escandinavos (Dinamarca, Islândia e Suécia) o aborto foi legalizado devido a uma forte tradição protestante luterana. No Japão, o aborto foi

liberado no pós-guerra como forma de controle da natalidade, tendo em vista a grave crise econômica que enfrentou neste período⁸.

A partir da década de 60, com a revolução sexual e a nova posição da mulher na sociedade moderna, verifica-se tendência mundial para liberalização do aborto. Entre estes países, destacam-se os Estados Unidos, que legalizaram o aborto na maioria de seus estados, após o caso *Roe versus Wade* julgado na Suprema Corte Americana. Jane Roe (nome fictício de Norma McCorvey), uma jovem de 20 anos lutou pelo direito de abortar no Texas, EUA, onde o aborto era considerado crime. Após esse caso, a Suprema Corte Americana chegou à conclusão de que leis contra o aborto violam o direito constitucional à privacidade⁴⁴. Atualmente, com a nova posição da mulher na sociedade, no mercado de trabalho e com maior liberdade sexual, o tema aborto é recorrente e se configura em termo de legalidade no cenário mundial, de acordo com o mapa da Figura 1. O Mapa da Legislação sobre o Aborto, criado pelo *Center for Reproductive Rights* (Centro de Direitos Reprodutivos), ONG com sede em Nova York, apresenta a distribuição da legislação sobre aborto em 196 países. Ele divide o planeta em cinco categorias – vermelho, vinho, laranja, azul e verde. E respectivamente, esta ordem, segue das leis mais rigorosas às mais flexíveis.

Fonte: Center for Reproductive Rights, New York, EUA, 2009.

Figura 1- Mapa da legislação sobre aborto

De acordo com o Mapa, o aborto é tratado no Brasil como no Haiti, no Paraguai e no Burundi. O Brasil faz parte do bloco vermelho com mais 69 países (os mais pobres) onde vivem 26% da população do mundo; e nestes países o aborto é proibido por lei, sendo autorizado em algumas situações, como por exemplo, em caso de estupro.

No Brasil, o aborto provocado tem sua prática descrita desde a época da colonização, em que as indígenas praticavam o aborto pela falta de apoio dos maridos, pois sofriam com a dissolução de suas famílias, e os índios fugiam das missões jesuítas por condições de miséria e violência. O Código Criminal do

Império, de 1830, não previa como crime o aborto se praticado pela própria gestante, criminalizando apenas a conduta de terceiros que o realizassem. Já o Código Penal seguinte, de 1880, passou a prever como crime o aborto, mesmo quando praticado pela paciente, com ou sem terceiros⁸.

As práticas abortivas no Brasil colonial variavam desde chás até a introdução de objetos cortantes; práticas estas orientadas, na maioria das vezes, por parteiras e benzedadeiras. Era comum ocorrer a morte dessas mulheres. De acordo com Del Priori⁴⁵ *“ao tentar livrar-se do fruto indesejado, as mães acabavam por matar-se. O consumo de chás e poções abortivas acabava por envenená-las.”*

Por muito tempo o aborto no Brasil, foi considerado desregramento moral pela elite dominante e pela Igreja católica, e, devido à sua crescente incidência, surgiu a necessidade de legislação que vedasse tal prática. Somente na década de 70, com a realização de estudos acadêmicos em saúde pública, o aborto passou a ser problematizado como fato social e não mais como desvio moral. São revelados dados indicando a alta incidência do aborto, a sua prática clandestina e a relação com a pobreza.

Portanto, pela contextualização histórica, entende-se que em vários países e em determinados momentos, o aborto era utilizado como método contraceptivo e sua prática relacionada com as questões culturais dos grupos sociais, sofrendo forte influência política e religiosa. Essas questões perpassam ao tempo e se mantêm nas discussões acerca desta temática na atualidade.

3.1.2 Estatística no Brasil e no Mundo

É muito difícil quantificar o número de abortos provocados que ocorrem por ano, no Brasil e no mundo. São poucos os países que dispõem de dados confiáveis, e, também como a prática do aborto não é legalizada em alguns países, como no Brasil; o dimensionamento é prejudicado. No estudo de Henshaw et al.⁴⁶, em 1999, é realizada uma das análises mais abrangentes sobre a incidência de aborto no mundo, somente 28 países são considerados com dados completos.

Contudo, estima-se que aproximadamente 50 milhões de abortos provocados ocorram anualmente no mundo²² e em torno de 20 milhões correspondem a abortos inseguros ou provocados, 25% dos quais apresentam complicações graves para a saúde da mulher; cerca de 66.500 mulheres morrem devido ao aborto inseguro⁴⁷.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Instituto Guttmacher⁴⁸, de 1000 mulheres em idade fértil (15 aos 44 anos), 29 induziram o aborto em algum momento da vida. Aproximadamente 1/3 das 205 milhões de gravidezes que ocorrem no mundo anualmente são indesejadas e 20% acabam em aborto provocado.

A deficiência de dados sobre aborto é compreensível em países onde o aborto é ilegal, pois o registro pode levar a consequências graves tanto para as mulheres que o praticam quanto para a pessoa que realizou o procedimento. Assim, as estatísticas se baseiam principalmente no número de mulheres atendidas em hospitais públicos, no entanto, estes números podem ser maiores.

Em estudo sobre a magnitude do aborto no Brasil⁴⁹, realizado em 2007, pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e a Organização Não-Governamental (ONG) - Ações Afirmativas em Direitos e Saúde - Ipas Brasil (AADS/Ipas Brasil), estima-se que 1.054.243 abortos foram induzidos em 2005. As fontes de dados para o cálculo da estimativa foram às internações por aborto registradas no Serviço de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Ao número total de internações é aplicado um multiplicador baseado na hipótese de que 20% das mulheres que provocam aborto são hospitalizadas.

A grande maioria dos abortos provocados ocorre no Nordeste e Sudeste do País, com estimativa de taxa anual de aborto induzido de 2,07 por 100 mulheres entre 15 e 49 anos⁴⁹. De acordo com Henshaw et al.⁴⁶, a cada ano, 26% de todas as gravidezes terminam em abortos, sem incluir os espontâneos e os natimortos. Isto significa que uma em cada quatro gravidezes é voluntariamente interrompida no mundo, o que ilustra a enorme dimensão do problema.

Para o mundo, de forma geral, a taxa de aborto induzido é de aproximadamente 35 por 1000 mulheres com idade entre 15 e 44 anos²⁰. Em outras

palavras, significa que a cada ano uma em cada 28 mulheres dentro desse intervalo etário tem um aborto no mundo.

O maior número de abortos é observado na Ásia, em torno de 27 milhões, seguida da Europa com 8 milhões, a África com 5 milhões, a América Latina com 4 milhões, a América do Norte com 1,5 milhão e Oceania com 100 mil abortos²⁰. Os países desenvolvidos têm mais de 20% da população mundial, mas somente 5% dos abortos provocados. Isto ocorre, porque os abortos nos países desenvolvidos são, na sua maioria, legais e seguros, enquanto que nos países em desenvolvimento, a maioria dos abortos é ilegal e inseguro.

Em estudo de Jones⁵⁰, membro do Instituto Alan Guttmacher, a taxa de aborto nos Estados Unidos caiu 8% entre os anos de 2000 e 2008. De 21,3 abortos por mil mulheres com idades entre 15 e 44 anos para 19,6 por 1000 mulheres. Uma notável exceção foi às mulheres de baixa renda, e este grupo corresponde a 43% dos abortos em 2008 e sua taxa de aborto aumentou em 18% entre os anos 2000 e 2008.

O aborto inseguro é causa importante de mortalidade materna^{21,47,51,52} e coloca em risco principalmente as mulheres dos países em desenvolvimento, onde o aborto é restrito pela lei, e nos países onde, apesar de legalmente permitido, o aborto seguro não é de fácil acesso²².

Estima-se que 13% de todas as mortes maternas no mundo sejam decorrentes do aborto inseguro, e os maiores percentuais são encontrados na América Latina (17%) e Sudeste da Ásia (19%)⁵³. O tema da mortalidade materna esteve na pauta permanente de debates em saúde reprodutiva desde o início da década de 1990. Os periódicos de Ginecologia e Obstetrícia, as dissertações e as teses acadêmicas ofereceram um mapa nacional da magnitude da morte materna no Brasil. Nos anos 1990, o aborto induzido se manteve entre a terceira e quarta causa de mortalidade materna em várias capitais brasileiras. A estimativa oficial da razão de morte materna é de 76/100.000^{54,55}.

De acordo com dados do WHO⁵⁶, as conseqüências do aborto inseguro são os altos índices de mortalidade materna. Estima-se que 68 000 mulheres morram devido a complicações do aborto provocado – aproximadamente oito mulheres por hora. Essa prevalência traduz a taxa caso-fatalidade estimada em 367 mortes a cada

100.000 abortos inseguros. No ano 2000, na Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), os líderes das grandes potências mundiais e os chefes de Estado de 189 países, entre eles o Brasil, discutiram a gravidade do estado social de muitos países do mundo e definiram oito objetivos, sendo, um deles, a redução da mortalidade materna⁸.

Faltam ainda no Brasil mais estudos epidemiológicos sobre aborto inseguro, clandestino, principalmente em populações vulneráveis, de renda muito baixa, nas quais o peso do aborto é maior nas taxas de morbimortalidade materna, e onde mais se faz clara a necessidade de trabalhar a questão do planejamento familiar preventivo¹⁸.

No Brasil, estudo de Souza et al.⁵⁷, em 2006, com 20 mulheres em situação de mortalidade *near miss* (quase-óbito), com complicações de saúde potencialmente fatais, mostra que o antecedente de aborto esteve associado em 40% dos casos. O estudo não isola o método de aborto utilizado por essas mulheres, mas manteve acesa a vigilância dos riscos à saúde envolvidos no aborto provocado.

A mortalidade e a morbidade maternas relacionadas ao aborto provocado e inseguro dependem do acesso a métodos de menor risco para a interrupção da gestação²². As taxas de morbidade e hospitalização por aborto provocado têm diminuído desde os anos de 1990 em resposta ao uso de formas mais seguras de se realizar o aborto⁵³. Dados do SUS revelam que ocorreram 223.350 internações pós-aborto no Brasil em 2006. O mais recente painel de indicadores do SUS sobre o tema da *Saúde da Mulher*, no que se refere ao seu adoecimento e morte, aponta que em 2006 “mais de 2 milhões de mulheres de 10-49 anos de idade foram internadas nos hospitais do SUS. Destas, 233 mil em decorrência de aborto e 120 mil por causas violentas”. O aborto, no mesmo ano, é a terceira maior causa de internação entre esse segmento populacional, sendo que, no ano anterior, 1619 mulheres de 10 a 49 anos de idade morreram por problemas relacionados à gravidez, parto, puerpério e aborto^{54,55}.

No nosso país, o número de mulheres tratadas em hospitais públicos devido a complicações por aborto decaiu em 28% nos últimos 13 anos. (de 345.000 em 1992 para 250.000 em 2005). Esta redução se deve, não só a diminuição da taxa de

natalidade, mas também ao aumento do uso do *misoprostol*, substituindo métodos mais invasivos, contribuindo para a redução das complicações^{8, 20,22,56,57}.

Contudo, observa-se crescimento na quantidade de estudos sobre aborto e adolescência nos anos 2000, possível reflexo da emergência das pesquisas sobre reprodução e sexualidade nesse grupo etário. Os estudos com adolescentes ampliam o recorte etário inferior das pesquisas tradicionais, incluindo meninas entre 10 e 14 anos. Há concentração da experiência de aborto provocado entre as adolescentes mais velhas, no segmento de 17 a 19 anos¹⁵.

O aborto na adolescência ocorre entre 7% e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva. A maior parte dos abortos na adolescência está no segmento de 17 a 19 anos, ou seja, entre as adolescentes mais velhas^{15,59}. Estudos de Gama et al.⁶⁰, com adolescentes puérperas indicam que entre 12,7% e 40% delas tentam o aborto antes de dar prosseguimento à gestação. Estudos qualitativos de Chalem et al.⁶¹, sugerem que 73% das jovens entre 18-24 anos cogitam a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez.

No mundo, estimativas das taxas de aborto inseguro por região mostram que a incidência mais alta por grupos de 1000 mulheres entre 15 e 49 anos de idade é observada na América Latina (26/1000), seguida da África (22/1000) e Ásia (11/1000). Considerando-se as regiões dentro de cada continente, a taxa mais alta é encontrada na América do Sul (30/1000), seguida da (29/1000) África Oriental, (24/1000) África Ocidental e (20/1000) região Centro-Sul da Ásia. A taxa de aborto inseguro nas regiões mais desenvolvidas é de 2/1000⁶².

A experiência do aborto também pode variar em função da etnia e da cultura. De acordo com Ganble et al.⁶³ a taxa de aborto para mulheres negras é de 3,1 vezes maior que a taxa para mulheres brancas, enquanto que a taxa de aborto para mulheres de outras etnias como asiáticas, indianas ou do Alaska são 2,0 vezes maioria que as mulheres brancas. Assim, na América Latina, ocorrem cerca de 4,1 milhões de abortos, e a cada 1000 mulheres em idade fértil, 31 abortaram. No Brasil estima-se que ocorram, anualmente, mais de um milhão de abortos, a maioria realizada por mulheres na faixa etária de 20-29 anos, que trabalham e tem pelo menos um filho vivo, usam métodos contraceptivos, são da religião católica e mantêm

relacionamentos estáveis. Estas mulheres possuem renda de até três salários mínimos e até oito anos de escolaridade^{8,59}.

Ainda, de acordo com Diniz e Medeiros⁶⁴, no ano de 2010, em estudo realizado pela Universidade de Brasília e o Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (ANIS), foram apresentados os primeiros resultados da Pesquisa Nacional de Aborto. Essa pesquisa revela que, nas áreas urbanas do Brasil, mais de uma a cada cinco mulheres na faixa etária de 18-29 anos já realizou um aborto. A maioria delas possui baixa escolaridade, metade fez uso de medicação para indução do aborto e também recorreu à hospitalização.

Percebe-se que as estatísticas de aborto provocado no Brasil e no mundo, apresentam semelhanças no que se refere a uma grande diminuição do número de abortos nas últimas décadas, o que se corrobora com a diminuição das taxas de natalidade mundiais, ao acesso as informações e aos métodos contraceptivos, bem como o uso de medicamentos e assistência médica especializada. Contudo, observa-se que nos países em desenvolvimento e nos países em que o aborto é ilegal, devido às condições inseguras em que são realizados, ainda encontram-se números grandiosos e índices altos de mortalidade materna. O aborto provocado é sem dúvidas uma questão de saúde pública para o Brasil, e, além disso, torna relevante questão social e econômica para mundo.

3.1.3 Aspectos Sociais, Psicológicos e Culturais

O tema aborto, com todas suas premissas e repercussões, é algo recorrente em todos os tempos e sociedades, podendo ser prática proibida ou legalizada, e independente do significado que tenha, de fato é fenômeno realizado e vivenciado por muitas mulheres.

Segundo Diniz¹⁵, o aborto cada vez mais se apresenta como uma questão central na contemporaneidade, por indicar não apenas a delimitação das fronteiras entre vida e morte, mas por constituir tema que revela tensões quanto à noção de pessoa e seus direitos. Uma distinção se faz necessária, no que concerne à

possibilidade de escolha: o conceito é incapaz de se manifestar, de modo que o direito de escolha é atribuído a outro – à mãe, ao Estado ou a instâncias religiosas.

Ainda, de acordo com Marques e Bastos⁶⁵, o aborto deve ser pensado como situação em que as mulheres estão sujeitas, em sua vida reprodutiva, assim como a contracepção, a gestação e o parto; situações em que estão envolvidas crenças, valores, mitos e estratégias vivenciadas pelas mulheres.

Portanto, o aborto não representa fato isolado. Na maioria das vezes o aborto é reduzido a duas posições: favor ou contra, sendo somente tratado em termos de proibição ou permissão. Mas o aborto é evento muito mais complexo e contraditório. As posições na controvérsia em torno dos limites da vida representam basicamente dois grupos: de um lado, os religiosos e, de outro, movimentos sociais, organizações não-governamentais e setores da sociedade que veiculam determinados valores, caros à cultura ocidental contemporânea, tais como liberdade, autonomia individual e subjetivismo^{5,6}.

A controvérsia acerca do direito ao aborto se estabelece com os seguintes antagonismos principais: de um lado, a vida intrauterina – certa autonomia do feto em relação ao corpo da mãe, conferida pelos saberes e tecnologia médicos – e de outro, a autonomia da mulher, relativa a seu próprio corpo, configurada pelo movimento pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres¹⁵.

Além dessas ambivalências que permeiam a questão do aborto, muitas pesquisas revelam que, este fenômeno, afeta intensamente a existência da mulher e sua vivência perpassa por repercussões sociais, psíquicas e religiosas. A mulher vivencia o aborto com uma gama de sentimentos e emoções ambivalentes. Os principais sentimentos relatados em pesquisas realizadas com mulheres que provocaram o aborto, tanto em países onde o aborto é legal, quanto naqueles que não, são: culpa, tristeza, arrependimento, ansiedade, perda, medo, angústia, vazio, depressão, alívio e libertação^{2,4-9}.

Pattis³³ afirma que o aborto é considerado tabu na medida em que se afasta da esfera cotidiana, apresentando significado extraordinário e mostrando-se como uma fronteira entre a vida e a morte; na verdade, um lugar de transcendência.

Na sociedade contemporânea o aborto se mantém atual, e suas discussões se tornam superficiais à medida que este fato ameaça a humanidade, não sendo diferente para os profissionais da saúde que assistem a essas mulheres que realizam o aborto. Assim, o aborto, como defende Pattis³³ *“é como se fosse um fenômeno sem lugar, sem tempo, e sem memória”*.

O ser humano, em seu aspecto cultural, é ensinado a lidar com a vida, e a morte é evitada em pensamentos. A morte faz parte do ciclo da vida, mas pensá-la como algo natural é um tanto contraditório, pois assim, se estará pensando na própria finitude. Com o aborto não é diferente, a mulher é preparada para a gravidez e para o parto, pela construção histórica, social e cultural do ideal de maternidade; contudo não se prepara a mulher para o aborto⁷, seja ele provocado ou espontâneo; pois assim como na morte, ele não é esperado.

Neste contexto, para se pensar no aborto provocado, é preciso falar no que antecede este fenômeno, no caso, a gestação. Segundo Benute²³, não há como se discutir a temática do aborto sem falar no seu aspecto complementar: a gestação.

Estar grávida envolve muito mais que sentimentos prazerosos em relação à vida. É experiência única que pode ser vivenciada de infinitas formas, o momento em que, certamente, há espaço para o desenvolvimento da mulher e da família. Porém, é também o momento das regressões, dúvidas, dores, inseguranças, condição física desfavorável à mobilidade e à sensualidade. Estar grávida não é apenas flores, há também espinhos. Assim, o aborto constitui dor narcísica irreparável⁶⁶.

Para Tedesco et al.⁶⁷ a grávida normal pode experimentar uma diversidade de emoções que incluem introversão, passividade, mudanças bruscas de humor, inquietação, irritabilidade, preocupação e depressão, sendo conseqüências da intensa ansiedade instalada. Deve também ajustar-se à mudança na imagem de si mesma, acatar a idéia da chegada do bebê na família.

De acordo com David et al.⁶⁸, alguns estudos revelam prevalência de 46,5% de transtornos afetivos em gestantes adultas e 37,5% em gestantes adolescentes, demonstrando a grande ocorrência de distúrbios de humor durante a gravidez. Entende-se, assim a gestação também como um momento na vida da mulher

carregado de significados e sentimentos ambivalentes e, é neste contexto que se dá a decisão por abortar.

A gravidez provoca na mulher alterações no humor, que desequilibram seu estado emocional, e possivelmente dificultam o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-feto. Zucchi⁶⁹, em revisão de literatura, encontrou os fatores de risco mais freqüentemente associados à depressão na gestação: as dificuldades econômicas e a falta de parceiro ou de suporte familiar e social, demonstrando prevalência maior em grupos de mulheres de baixa renda, negras, com baixos níveis de escolaridade.

De acordo com Benute²³ e Rodrigues⁷⁰, o significado particular de cada gestação faz parte do contexto individual, a expectativa da maternidade é vista como uma vivência maravilhosa, ideal, em que toda mãe deve pensar o seu papel com perfeição. O símbolo da maternidade comporta, portanto, o arquétipo da “Grande Mãe” que envolve gerar, nutrir, acolher, abdicar e prover.

Nesse contexto, Winnicott *apud* Mathelin⁷¹, cita sobre a facticidade da maternidade:

Uma mãe é naturalmente boa. Se fracassar como mãe, é que traz em si uma ferida bem mais antiga que jamais se fechou. Às vezes trata-se de uma grave ferida materna de sua infância. Nem mesmo se trata mais para ela de animalidade; ela não busca nem devorar nem preencher o filho, ela não quer ser perfeita. Esse bebê lhe cai literalmente nas mãos, ela não pode carregá-lo nem física nem moralmente⁷¹.

A partir desta citação, entende-se que a maternidade conceda status significativo à mulher, é a essência transmitida culturalmente e, então, a mulher que não deseja ou que interrompe a gestação está contra sua própria essência. Assim, a maternidade é acontecimento e função extremamente valorizada em muitas sociedades, atribuindo-lhe grande significado: a capacidade de fecundar e conceber⁷⁰. A maternidade fica, então, estabelecida como evento social de domínio e interesse público, pois está em questão a geração de novos indivíduos como interesse coletivo da nação. A reprodução passa a ser encarada como o destino certo da mulher, o passaporte para sua felicidade²³.

Sendo assim, como pensar no aborto, tendo como premissas o ideal de maternidade construído ao longo dos tempos. O aborto é considerado nocivo porque

prejudica a sociedade restringindo o crescimento da população, impedindo o progresso e colocando em risco o desenvolvimento da nação⁷².

Historicamente, a visão do aborto como ato imoral e, em alguns países, como ilícito, teve influencia decisiva e marcante da Igreja Católica no estabelecimento desta concepção. Essa instituição religiosa apresentou, desde os primórdios de sua existência, constante preocupação com o controle de questões relativas à sexualidade feminina. A postura atual da igreja apresenta o aborto como homicídio e, mais do que isso, como pecado sexual, uma vez que associa a interrupção da gravidez à infidelidade conjugal^{6,23}.

Contudo, estudar o fenômeno do aborto provocado se torna tarefa árdua a partir do fato que este é velado em sua existência. Os estudos relativos ao aborto provocado entre a população feminina em geral mostram que o perfil que se delineia é constituído por mulheres jovens, não unidas, com pouca escolaridade, estudantes ou trabalhadoras domésticas. Soma-se a esta dificuldade o fato do aborto constituir evento de difícil relato quando se encontra permeado por questões morais e religiosas e mais ainda em contextos de ilegalidade da sua prática, como é o caso do Brasil.

Outro fator visto amplamente na literatura acerca do aborto provocado é a sua alta incidência em adolescentes. Em estudo realizado por Chavez et al.⁷³, em 2010, sobre aborto provocado na adolescência, nos anos de 2008 e 2009 no nordeste do Brasil, foram aplicados questionários a 201 adolescentes submetidas à curetagem uterina e encontrados os seguintes resultados: idade média de 16,1 anos; parceiro estável; mulatas; não usavam preservativos nas relações sexuais; média de idade de início de atividade sexual de 15 anos; não planejaram a gestação e idade gestacional média de 13,2 semanas. Do total de adolescentes, 98% relataram ter provocado aborto. Entre as 164 adolescentes consideradas como aborto certamente provocado, 77,4% assumiram ter feito uso do misoprostol como método para a indução do aborto. Em outro estudo de Vieira et al.⁷⁴, realizado em Maternidade Pública na cidade de Bauru, interior do estado de São Paulo, entre os anos de 2000 e 2003, constatou-se que do total de 2286 internações decorrentes do diagnóstico de aborto, 459 (21%) estavam na faixa etária entre 10 a 19 anos. E deste total, 63,6% não haviam planejado a gravidez e 42% relataram ter provocado o aborto.

De acordo com Chavez et al.⁷³ apesar dos esforços parcialmente bem sucedidos em reduzir o número de abortos provocados no mundo como também no Brasil, as estimativas não têm mudado significativamente. Envolto em tantos números alarmantes, a prática do aborto suscita uma questão de saúde pública. Somando-se a isto, têm-se as questões conflitantes no debate bioético, porque a essência do aborto encontra-se nos dilemas morais, onde não existem soluções imediatas nem tampouco consenso na busca de soluções.

Muitos estudos também revelam os principais motivos que levam a mulher a praticar o aborto⁹. Em estudo de Nader et al.⁵⁷, em maternidade pública do estado do Espírito Santo, dos 83 casos de aborto estudados, durante o período de agosto de 2005 a janeiro de 2006, 21 mulheres admitiram ter provocado aborto, o que corresponde a 25,3% do total. Deste total, temos que os principais motivos que levaram à indução do abortamento foram: falta de condições financeiras (29,4%), falta de apoio do pai do concepto (20,6%), e ter uma relação conjugal instável (17,7%).

Em outro estudo epidemiológico de Fusco et al.¹⁸, em 2008, realizado na favela do Inajá de Souza, cidade de São Paulo, entre os anos de 1999 e 2002, têm-se que dos dados obtidos, em população de 375 mulheres, 144 declaram ter tido uma experiência de aborto na vida, das quais 82 provocaram o aborto (57%), com média de 1,55 abortos por mulher. Ainda, conclui-se que as mulheres em situação de pobreza recorrem, ao aborto clandestino como forma de “planejamento familiar”, mas, somente neste grupo populacional, nota-se elevada taxa de complicações pós-aborto revertidas em internações hospitalares: 83%.

No que se refere às repercussões psíquicas frente ao aborto provocado, estudos^{6,12} enfatizam a prevalência de sentimentos negativos e a preexistência de fatores associados a estados depressivos no caso de transtornos mais severos. Para Menezes e Aquino⁶, os estudos sobre as repercussões psíquicas frente ao aborto são escassos em nosso país. Para estes autores, as repercussões psíquicas do aborto constituem aspecto polêmico na literatura internacional. Entretanto, para Major et al.¹², a comparação entre os estudos internacionais é difícil pelas diferenças

amostrais, diversidade das medidas da saúde mental e dos períodos de realização das entrevistas em relação ao momento do aborto.

Steinberg⁷⁵ apresenta revisão crítica de onze estudos sobre a saúde mental das mulheres que realizam aborto nos EUA, uma vez que algumas políticas de aborto nos EUA são baseadas na noção de que o aborto prejudica a saúde mental das mulheres. Para este autor, os estudos revisados não apresentam metodologia adequada, portanto os resultados ficam comprometidos com as conclusões. Justifica, que nenhum dos estudos analisou a saúde mental das mulheres e possíveis psicopatologias pré-existentes antes do período gestacional, não podendo concluir que o aborto provocado induz a transtornos psíquicos.

Assim, entende-se que os limites metodológicos são os principais fatores de deficiências dos estudos, muitas vezes ocorrem à ausência de grupos de comparação. Em estudos longitudinais, destacam-se o pouco tempo de seguimento dos grupos, as perdas importantes de acompanhamento e a falta de informação sobre não-participantes^{6,75}.

Para Vieira et al.⁷⁶ o aborto provocado induz a transtornos psíquicos, assim, passado o primeiro momento de choque, surge uma diversidade de sentimentos, como medo, isolamento, culpa, rejeição, negação, felicidade, conforto e aceitação. Por meio de um estudo qualitativo, foi analisado o significado do aborto em mulheres que vivenciaram a experiência e constataram que tal evento originou da ruptura-crise na vida dessas mulheres, implicando a necessidade de reconstrução de sua identidade.

Em estudo realizado por Broen et al.⁷⁷, na Noruega, país em que o aborto é legalizado até a 12ª semana de gestação, foram entrevistadas 120 mulheres, na faixa etária de 18 a 45 anos, com diagnóstico de aborto, com o objetivo de identificar e comparar as sequelas psicológicas decorrentes tanto do aborto provocado quanto o espontâneo. Do total, 80 mulheres declararam ter provocado o aborto e 40 mulheres ter sofrido aborto espontâneo. As mulheres que sofreram aborto espontâneo apresentavam angústia por mais tempo do que as que praticaram o aborto, no entanto, as que provocaram apresentaram escores elevado para sentimentos relacionados a tristeza, culpa e vergonha em detrimento das que sofreram um aborto.

Outro estudo de Ekstrand et al.⁷⁸, qualitativo, realizado na Suécia, país em que o aborto é legalizado até a 18ª semana de gestação, com 25 mulheres na faixa etária de 16 a 20 anos, buscou-se identificar os motivos que levam ao aborto provocado. A decisão pelo aborto foi tida como responsabilidade da mulher e acompanhada de sentimentos ambivalentes e uma mistura de emoções positivas e negativas.

O estudo de Major et al.¹², reflete e atualiza o relatório da Força Tarefa da APA (*American Psychological Association*) sobre as repercussões psíquicas e o aborto. Várias são as razões que levam a mulher a abortar, e as mais frequentes encontradas nesse estudo foram: o despreparo da mulher para cuidar de uma criança, a preocupação financeira, o desejo de evitar ter um filho sem o apoio do companheiro, o número de filhos, os problemas no relacionamento e sentir-se muito jovem para ter um filho. Como aspectos psicológicos decorrentes do aborto foram relatados: dor e culpa, remorso, perda e depressão. Conclui que o aborto, de maneira geral, gera trauma na vida da mulher. Essa somatização é consequência de um conflito não elaborado que exige a expressão no sintoma corporal. Esta expressão não tem necessariamente significado simbólico direto podendo ser a consequência de vivências crônicas desajustadas⁷⁹.

De acordo com Rodrigues⁷⁰ e Benute⁸⁰, o sentimento de culpa é identificado na mulher que provoca o aborto. Essa culpa é muitas vezes exacerbada pela ambivalência e hostilidade que a gravidez possa ter desencadeado, fazendo com que a mulher sinta que desejou a morte do filho.

3.2 Teoria Fenomenológico-Existencial

O ser humano tem se preocupado, através dos tempos, com o conhecimento e compreensão de sua existência. Profundas reflexões e estudos foram feitos, inicialmente, pelos filósofos; os psicólogos surgiram apenas no final do século XX³⁹. De acordo com Minayo⁸¹, na ciência, prevaleceu durante muito tempo o paradigma metafísico, positivista, em que se chegava ao conhecimento da realidade através da objetividade, da previsão e do controle. As pesquisas eram voltadas a quantificação e controle de variáveis, promovendo o afastamento do pesquisador de seu objeto de pesquisa, para não influenciar os resultados. Assim, a Fenomenologia, enquanto corrente de pensamento surge como uma revolução paradigmática, no sentido de trazer para a ciência uma nova perspectiva de homem e de mundo.

A palavra Fenomenologia se compõe de dois termos: fenômeno e logos. Fenômeno deriva do verbo grego *pháínesthai*, que significa manifestar-se, é aquilo que se manifesta em si mesmo: o que aparece e, no seu “aparecimento”, se oferece e se desvenda. Fenomenologia significa discurso esclarecedor a respeito daquilo que se mostra por si mesmo. Portanto, para a Fenomenologia, não existe a dicotomia sujeito/objeto ou sujeito/mundo. Para esta perspectiva, sujeito e mundo não são entidades separadas e estáticas, são indissociáveis, no qual um não existe sem o outro^{38,82,83}.

Para Moreira⁸⁴, ainda que encontremos referências ao termo Fenomenologia em pensadores do século XVIII - como Lambert, Kant e Fichte; ou mesmo na famosa obra de Hegel “*Fenomenologia do Espírito*”; no início do século XIX, a Fenomenologia, tal como hoje é compreendida é proposta inicialmente por Edmund Husserl, como novo método de fazer filosofia, tentativa de trazer a filosofia das especulações metafísicas abstratas para o contato com os problemas reais, com a experiência vivida e concreta.

Inspirada na *Psicologia Descritiva* de Franz Brentano, que foi professor de Husserl, a Fenomenologia foi desenvolvida por sucessores deste, tornando-se uma das grandes correntes filosóficas do século XX⁸⁵.

A Fenomenologia afirma a importância dos fenômenos da consciência, isto é, apreender o mundo tal qual este se apresenta para nós enquanto fenômeno. Mais que um método, ela deve ser considerada um movimento de pensadores, como Edith Stein, Martin Heidegger, Eugene Fink, Max Scheler e Karl Jaspers, que desenvolveram outras idéias em Fenomenologia, em contato direto ou em paralelo ao pensamento de Husserl. Levada para a França por Emmanuel Lévinas, com a tradução para o francês da obra *Meditações Cartesianas*, a Fenomenologia teve desenvolvimento próprio pelo pensamento de Maurice Merleau-Ponty, Jean Paul Sartre, Simone de Beauvoir, Paul Ricoeur e Michel Henry, entre outros⁸⁴.

Para Forghieri³⁹, o enfoque Fenomenológico em Psicologia surgiu no campo da Filosofia, no início do século passado, mas só tomou impulso e se desenvolveu a partir da década de 50. A Psicologia é uma ciência de fatos, que está voltada para concretude da vivência e a Fenomenologia apresenta-se como um método de investigação do fenômeno. Assim, surgem propostas de enfoque fenomenológicos na Psicologia elaboradas principalmente por psiquiatras e psicólogos europeus, que contam com importantes contribuições para compreensão do existir humano.

Na Fenomenologia, o modelo de pensamento parte da concepção de que não existem as coisas em si, pois um objeto é sempre objeto para uma consciência. De acordo com Rebouças⁸, não existe um objeto em si ou uma consciência em si, eles não estão separados, um só existe porque está em correlação com o outro. O que interessa a Fenomenologia é a relação entre uma consciência ativa e um mundo de significados.

Portanto, ao analisar os discursos das mulheres que provocaram aborto, tem-se como referência a Teoria Fenomenológico-Existencial: “*É no contato com nossa própria vivência que elaboramos as noções fundamentais das quais a Psicologia serve a cada momento*”⁸⁶.

A Teoria Fenomenológico-Existencial mostra as ambigüidades do existir humano, enfatizando a angústia e o sofrimento. Os principais filósofos existencialistas foram: Kierkegaard, Nietzsche, Sartre e Heidegger.

O enfoque Fenomenológico abarca o existir humano em sua totalidade: tristeza e alegria, angústia e tranqüilidade, raiva e amor, vida e morte, como pólos

que se articulam numa única estrutura e cuja vivência permite a cada um dos extremos, aparentemente opostos, o seu real significado. Sabe-se verdadeiramente o que é tranqüilidade, ao vivenciar uma situação de angústia.

O princípio básico do método Fenomenológico, introduzido por Husserl, é o de “ir às coisas mesmas”, ou, em outras palavras, de ir ao encontro do próprio fenômeno para desvendá-lo, tal como “se mostra em si mesmo”, independentemente de teorias a seu respeito. É, em primeira instância, descritiva, buscando clarificar temas despojados de conceitos preconcebidos, tal como aparecem. Husserl fala com frequência de descrição fenomenológica como clarificação, iluminação, no sentido de elucidar o significado do fenômeno em questão^{39,84}.

Assim, tendo em vista a preocupação em tratar o fenômeno em sua totalidade e concretude, a Fenomenologia se opõe ao naturalismo, ao reducionismo, ao cientificismo ou outras formas de explanação que desloquem a atenção da maneira como aparece o fenômeno.

Para Husserl⁸⁷, a consciência não é substância (alma), mas atividade constituída por atos (percepção, imaginação, volição, paixão etc.) com os quais se visa a algo. Husserl chama a esses atos de *noesis*; e aquilo que é visado pelos atos é nomeado pelo autor de *noema*. Cabe à Fenomenologia revelar o que há de essencial nestes atos por meio da intencionalidade: toda consciência “é consciência de algo”.

Entendendo a Fenomenologia como a ciência fundamental para todas as ciências, Husserl reforça que esta deve ser método sem pressuposições, ou seja, as descrições devem evitar pressupostos da filosofia moderna ou das tradições científicas. Obviamente, é problemático não ter como ponto de partida nenhum pressuposto, tal como formula Husserl em seu idealismo transcendental, tendo-se em vista o enraizamento histórico do conhecimento humano, que torna impossível sua proposta radical “pura” na psiquiatria e na psicologia, que tem como objeto de trabalho e estudo o ser humano em seu mundo⁸⁴.

A Fenomenologia valoriza a experiência consciente e a intersubjetividade, sempre levando em consideração a intrínseca relação homem e mundo. Enquanto método se preocupa com os fundamentos da significação presentes nessa relação, ou seja, se preocupa com o sentido⁸. O termo consciência passa a ser evitado por

Heidegger⁸⁸ e outros fenomenólogos existencialistas, porque consciência remete ao caráter dualista da relação entre homem e mundo: tenho consciência de algo – a análise intencional e descritiva da consciência definirá as relações essenciais entre atos mentais e mundo externo – o que remete ao fantasma da dicotomia sujeito-objeto, cuja superação sempre é o objetivo primeiro dos fenomenólogos.

Os cientistas em geral almejam com suas investigações conseguir captar e enunciar o significado da realidade. Para tanto, utilizam-se do método experimental, que, a partir do século passado, torna-se o principal recurso para a investigação nas ciências da natureza, e é considerado, por grande parte dos investigadores, método científico por excelência. Tal método tem por pressuposto básico que o cientista e o seu objeto de estudo são completamente separados e independentes; o cientista é comparável a um espelho que reflete, de forma objetiva, os eventos que pretende conhecer³⁹.

A Psicologia também se utiliza do método experimental, mas para isso há de se considerar o ser humano como um objeto entre outros objetos da natureza, governados por leis que determinam os eventos psicológicos. Implica, portanto, em restringir o objeto de estudo da Psicologia aos aspectos externamente observáveis do psiquismo humano. Porém, além destes, o psiquismo humano, que é muito amplo e complexo, apresenta outros aspectos que não podem ser atingidos diretamente, pela observação externa. Tal é o caso da vivência, ou experiência vivida, que só pode ser alcançada, diretamente, pelo próprio sujeito.

O homem, além de viver em determinado lugar, tem consciência de sua própria vida e dos entes com os quais se relaciona, atribuindo significado aos acontecimentos de sua existência. De acordo com Forghieri³⁹, as situações que alguém vivencia não possuem, apenas, significado em si mesmo, mas adquirem sentido para quem as experimenta que se encontra relacionado à sua maneira de existir.

O sentido que uma situação tem para a própria pessoa é experiência íntima e singular. Como, por exemplo, uma jovem romântica e um marceneiro talentoso, ao observar um ipê florido, ele percebe a árvore como um objeto que poderá ser transformado e ela a percebe como um local bonito para vivenciar sua paixão.

O método fenomenológico apresenta-se à Psicologia como um recurso apropriado para pesquisar a vivência do aborto provocado; pois a Fenomenologia surgiu no campo da Psicologia como um método pra se chegar à essência do próprio conhecimento, apresentando a redução fenomenológica como o recurso. Husserl⁸⁷ propõe o conceito de redução fenomenológica, que passa a ser central na Fenomenologia. O filósofo acredita que a estrutura e os conteúdos da consciência são profundamente distorcidos pela maneira como ocorre o engajamento na vida cotidiana. No sentido de se assegurar contra teorizações, Husserl propõe a *epoché* fenomenológica, ou suspensão da atitude natural. A redução é a operação pela qual a existência efetiva do mundo exterior é "posta entre parênteses" para que a investigação se ocupe apenas com as operações realizadas pela consciência, sem se perguntar se as coisas visadas por ela realmente existem ou não. Através da redução, Husserl pretende "suspender" a tese do mundo natural⁸⁴.

3.2.1 A Redução Fenomenológica

A redução fenomenológica consiste em retomar o mundo da vida, tal qual aparece antes de qualquer alteração produzida por sistemas filosóficos, teoria científica ou preconceitos do sujeito; retornar à experiência vivida e sobre ela fazer profunda reflexão que permita chegar à essência do conhecimento, ou ao modo, como ele se constituiu no próprio existir humano. Assim, para a Psicologia, o objetivo de se chegar à essência do próprio conhecimento passa a ser o de procurar captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações, por ela experienciadas em seu existir cotidiano. Para Merleau-Ponty⁸⁶, a redução fenomenológica consiste em:

Uma profunda reflexão que nos revele os preconceitos em nós estabelecidos e nos leve a transformar este condicionamento sofrido em condicionamento consciente, sem jamais negar a sua existência.

Nada impede que entre as coisas por mim vividas a reflexão fenomenológica se dirija para o outro, pois percebo o outro e suas condutas. Somos um para o outro colaborador numa reciprocidade perfeita; nossas perspectivas deslizam uma na outra, coexistindo através de um mesmo mundo.

Para Forghieri³⁹, a redução fenomenológica constitui-se de dois momentos, paradoxalmente inter-relacionados e reversíveis, que denomina de envolvimento existencial e distanciamento reflexivo. O Quadro 1 apresenta estes conceitos.

Quadro 1 – Dois momentos da redução fenomenológica na perspectiva de Forghieri

Envolvimento Existencial	Distanciamento Reflexivo
- O pesquisador deve colocar fora de ação os conhecimentos por ele adquiridos sobre a vivência que pretende investigar; - Abrir-se para esta vivência e nela penetrar de modo espontâneo e experiencial; - Revivê-la de modo intenso e ter sintonia.	- Após penetrar na vivência e obter compreensão global pré-reflexiva, o pesquisador deverá se distanciar da vivência para refletir sobre a sua compreensão; - Enunciar, descritivamente, o seu sentido ou o significado daquela vivência no existir.

Fonte: Adaptado de Forghieri YC. Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, métodos e pesquisas. São Paulo: CENGAGE Learning.2009.

Entende-se assim, que o pesquisador deve sair de uma atitude intelectualizada para se soltar ao fluir da vivência do outro, nela penetrando de modo espontâneo e profundo, para deixar surgir a intuição, a percepção, os sentimentos e as sensações, em sua totalidade, proporcionadas pela compreensão global, intuitiva, pré-reflexiva dessa vivência.

A enunciação não deve ser feita em termos científicos, mas em linguagem simples, semelhante à que é utilizada na vida cotidiana. Portanto, o psicólogo poderá investigar a vivência de outra pessoa e o significado atribuído a determinada experiência. Como nos refere Merleau-Ponty⁸⁶:

“Está sempre situado, individualizado e é por isto que necessita do diálogo, entrar em comunicação co outras situações (vivas e relatadas por outros homens) é a maneira mais segura de ultrapassar seus limites.”

O pesquisador parte das entrevistas acerca de determinada vivência, procura penetrar nesta vivência, compreendê-la, relaciona-os à sua própria vivência e a de

outras pessoas, reflete sobre tudo isto e chega às suas próprias enunciações a respeito do assunto.

A redução não é uma abstração relativamente ao mundo e ao sujeito, mas a mudança de atitude (da natural para a fenomenológica) que permite visualizá-los como fenômeno, ou como constituintes da totalidade, no seio do qual o mundo e o sujeito revelam-se, reciprocamente, como significações.

Assim, o estudo da vivência, efetuado pela Psicologia, pode levar à descoberta de essências, pois o conhecimento dos fatos implica na visão da essência, mesmo que quem o pratique esteja preocupado apenas com os fatos. Isto não significa que exista uma Psicologia “*a priori*”, devendo a Psicologia Fenomenológica ser ciência basicamente descritiva.

3.2.2 A Psicologia Fenomenológica

Na última obra de Husserl, a *Crise das Ciências Europeias e a Fenomenologia Transcendental*, a análise do "mundo vivido" (*Lebenswelt*) aparece como indissoluvelmente ligada e enraizada na experiência humana, o que oferece um "corretivo" para o reducionismo científico do idealismo transcendental, inicialmente ambicionado por ele e tão criticado por todos os fenomenólogos existencialistas: Lévinas, Sartre, Merleau-Ponty, Simone de Beauvoir⁸⁹.

Em seus últimos escritos, Husserl focaliza o que ele chamou de experiência predicativa, ou seja, a experiência antes de ser formulada em julgamentos e expressada linguisticamente. A noção de *Lebenswelt* (mundo vivido) torna possível a "passagem" da fenomenologia transcendental à fenomenologia existencial, que é aquela que pode contribuir para a psicoterapia. Nesta última fase, a do Husserl da *Crise*, revisada por Goto⁸⁹, é demonstrado que, na verdade, Husserl é o primeiro a falar de uma *Psicologia Fenomenológica*, o que se deu na primeira metade do século XX. Ele concebe esta nova disciplina com o objetivo de falar da vida "interna" tanto na filosofia como na psicologia empírica, estabelecida desde o final do século IX⁸⁴.

A psicologia de sua época estudava o observável, o "externo" – o objetivo. A concepção de *Psicologia Fenomenológica* passou a compor o projeto

fenomenológico de Husserl na sua busca do fundamento para a subjetividade. Esta psicologia descreve as estruturas psíquicas como tal para assim se chegar às estruturas transcendentais da subjetividade⁸⁹.

É possível afirmar, com o último Husserl, que a autêntica e genuína concepção de psicologia fenomenológica é importante para a psicologia clínica e para a psiquiatria, porque é com o desenvolvimento desta disciplina que pode ser resgatado a subjetividade como fonte originária da vida humana e sua correlação com o *Lebenswelt*⁸⁹.

Husserl conclui que a psicologia fenomenológica e a fenomenologia transcendental são inseparáveis, visto que, de maneiras distintas, percorrem o mesmo caminho até a subjetividade. Define a psicologia fenomenológica como uma ciência “*a priori*” e universal da vida anímica. Uma ciência que se ocupa exclusivamente das estruturas internas, ou seja, das estruturas subjetivas puras, que são, para o filósofo, estruturas proto-originárias da própria vida. Deste modo a psicologia não deve se ocupar de experiências externas como faz a psicologia científica, seguindo o modelo da física e da fisiologia, mas ao contrário, deve orientar-se exclusivamente para a vida interna, experiência anímica interna, constituídas pelas vivências intencionais⁸⁹.

Portanto, o último Husserl, que propõe o conceito de *Lebenswelt*, apresenta, claramente, uma nova psicologia, diferente da psicologia científica, que deve cuidar da subjetividade humana em vez de se preocupar com a observação de comportamentos objetivos. Para Moreira⁸⁴, desse modo, Husserl inaugura uma psicologia da subjetividade, o solo fecundo no qual se desenvolve mais tarde as fenomenologias existenciais.

Para a clínica fenomenológica não faz sentido a fenomenologia “não existencial”, porque o psicólogo estará sempre a serviço do outro, em relação intersubjetiva. Apesar de entendermos Husserl como o iniciador de todo este movimento e, ainda, no último Husserl encontrarmos a sua psicologia fenomenológica que inaugura a psicologia subjetiva, sua contribuição contemporânea para a clínica fenomenológica se destaca, principalmente, em seu caráter metodológico.

3.2.3 O retorno às coisas mesmas e a intencionalidade

“Não é das Filosofias que deve partir o impulso da investigação, mas sim das coisas e dos problemas... Aquele que é deveras independente de preconceitos não se importa com uma averiguação ter origem em Kant ou Tomás de Aquino, em Darwin ou Aristóteles... Mas é precisamente próprio da Filosofia, o seu trabalho científico situar-se em esferas de intuição direta.”

*Husserl*⁹⁰

O ponto de partida do conhecimento é o querer “voltar às coisas mesmas”, isto é, a coisa mesma é entendida por ele não como realidade existindo em si, mas como fenômeno, que integra a consciência e o objeto, unidos no próprio ato de significação. A consciência é sempre intencional, está voltada para o objeto, enquanto este é sempre objeto para a consciência; há entre ambos uma correlação essencial, que só se dá na intuição originária da vivência.

A intencionalidade é, essencialmente, o ato de atribuir um sentido, é ela que unifica o sujeito e o mundo, a consciência e o objeto. Com a intencionalidade há o reconhecimento de que o mundo não é pura exterioridade e o sujeito não é pura interioridade, mas a saída de si para o mundo que tem significação para ele³⁹.

3.2.4 Conceitos em Heidegger

De acordo com Oliveira e Carraro⁹¹, Heidegger cria modo único de se expressar e definir situações no mundo. Neste sentido, é necessário apresentar alguns conceitos importantes que constroem a base do pensamento do autor. Em sua obra *Ser e Tempo* de 2008, estes conceitos permeiam o fundamento de seu pensamento e trazem consigo um grande teor de significados. Assim, no Quadro 2 temos descritos os conceitos em Heidegger, os quais são propostos neste estudo para reflexão do aborto provocado.

Quadro 2 - Principais conceitos em Heidegger

Autenticidade	Está relacionado com o ser próprio. É o ser que assume propriamente a sua existência, levando-a a um grau de responsabilidade por todos os modos de realização de sua presença na temporalidade.
Inautenticidade	É o impessoal dentro das dimensões da temporalidade e da historicidade.
Dasein	Ser-aí, é pre-sença, é a maneira de dizer que o ser só é alguma coisa a partir dos modos como se manifesta. Representa a ênfase à idéia de que o ser não é sem suas formas de manifestação.
Existência	Dimensão do existente enquanto se reconhece na temporalidade e necessariamente tendo que agir fora de si mesmo. Esse caráter de lançar-se para fora é que dá ao humano a condição de existente.
Pre-sença	É o homem e sua relação com o mundo, é determinado na cotidianidade pelo seu modo de ser, significado de estar lançado, jogado no tempo.
Ser-no-mundo	Condição do existente enquanto consciente de sua presença no tempo e no mundo. Significa que o homem nunca é uma subjetividade em si mesmo, senão na inter-relação com os outros e com as coisas.
Estar-no-mundo	Significa o ente lançado na temporalidade, submetido a todas as nuances e todas as limitações desta condição.
Ôntico	É tudo que é percebido, entendido, conhecido de imediato. É a compreensão cotidiana do ser em que nos movemos. É a dimensão do ser-aí envolvido na cotidianidade.
Ontológico	Aquilo que antecede originariamente toda manifestação ôntica e lhe garante um sentido. Diz respeito às diferentes possibilidades de ação do ser-aí junto às coisas e aos outros, não no sentido daquilo que é manifesto, mas daquilo que possibilita toda manifestação.

Fonte: Adaptado de Oliveira MFV e Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011.

3.2.5 A Reflexão Fenomenológica

O eu vive no mundo, mas não se encontra delimitado àquilo que vivencia no momento atual, pois pode, também, dirigir seu pensamento para o que já vivenciou anteriormente, assim como para as prospecções que faz em relação a coisas que tem expectativa de vir a vivenciar³⁹.

O psicólogo, na atitude natural, considera todos esses acontecimentos como fatos, procurando estabelecer relações entre eles e deles com outros fatos, para explicar o psiquismo humano.

A reflexão fenomenológica vai em direção ao “mundo da vida”, ao mundo da vivência cotidiana imediata, ao aqui e agora, no qual estamos inseridos, temos atitudes, sonhos e agimos, sentindo sempre a ambivalência: ora estamos satisfeitos ora contrariados. A ciência não começa quando articula uma teoria, resultante de suas investigações; ela tem início com a intenção do cientista ao desejar esclarecer um problema que surgiu em sua vivência cotidiana. Para Heidegger⁸⁸, a Fenomenologia depende unicamente de apreendê-la como possibilidade: *“O que ela possui de essencial não é ser real como corrente filosófica.... É possibilidade de pensamento... de corresponder ao apelo do que deve ser pensado.”* Já para Merleau-Ponty⁸⁶ a Fenomenologia:

“Existe como movimento, antes de alcançar uma completa consciência filosófica. Ela está a caminho há muito tempo; seus discípulos se encontram em todos os lugares... Se fossemos espírito a redução não seria problemática. Mas já que, pelo contrário, estamos no mundo, já que mesmo nossas reflexões têm lugar no fluxo temporal que procuram captar, não há pensamento que envolva todo pensamento.”

É por isso que não se deve pensar na Fenomenologia como ciência acabada, não se busca esgotar determina reflexão, mas sim provocar e instigar novos questionamentos sobre os fatos. O conhecimento psicológico é reflexão e ao mesmo tempo vivência; é conhecimento que pretende descobrir a significação no contato efetivo do psicólogo com sua própria vivência e com a de seus semelhantes.

3.3 A Pesquisa Quantitativa e Qualitativa

As pesquisas científicas se opõem no que se refere à forma como o pesquisador vê seu objeto de estudo, a relação do pesquisador com o objeto e no que consiste o conhecimento produzido e os critérios para avaliá-los.

De acordo com Minayo⁹² a pesquisa é a atividade básica das ciências na sua indagação e descoberta da realidade. A autora comenta o âmbito mais ou menos explicativo do conhecimento da realidade e completa: *“os problemas dos seres humanos e das organizações sociais trazem questões frente às quais a ciência continua sem repostas e sem formulações”*. Não se deve esquecer que na área da Saúde o propósito da pesquisa quantitativa e qualitativa é sempre o mesmo: construir o conhecimento, por meio de métodos que se complementam.

A finalidade na pesquisa qualitativa é compreender o fenômeno de interesse, enquanto na quantitativa, visa generalizar os resultados à população, da qual foi extraída⁹³. Portanto, as pesquisas qualitativas dependem de amostras selecionadas propositalmente. De acordo com Bocchi et al.⁹⁴, o pesquisador escolhe indivíduos e contextos por meio das seguintes perguntas:

- *Quem pode me dar as melhores informações, referentes às questões do projeto de pesquisa? (Definindo os sujeitos da pesquisa)*

- *Em quais contextos se conseguirão colher as melhores informações relativas às perguntas do projeto? (Definindo o local da coleta de dados)*

Assim, existem duas linhas complementares de pesquisa, os métodos quantitativos e os qualitativos, possibilitando ao pesquisador uma escolha daquele que lhe dê melhores respostas ao seu problema. Turato⁹⁵ explicita essas diferenças conforme apresentado a seguir no Quadro 3.

Quadro 3 – Diferenças e similaridades entre os métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa

Níveis conceituais nas metodologias	Método quantitativo	Método qualitativo
Paradigma mais influente	Positivismo	Fenomenologia
Atitude científica	Busca da explicação do comportamento das coisas	Busca da compreensão da dinâmica do ser humano
Raciocínio do método	Epistemologicamente, todos os métodos são dedutivos a priori (partindo de hipóteses imaginadas pelo pesquisador em suas experiências de vida e em estudos teórico) e Indutivos a posteriori (partindo de dados coletados em campo, em laboratório ou em registros da literatura)	
Objeto de estudo	Fatos (descritos)	Fenômenos (apreendidos)
Objetivos de pesquisa	Estabelecimento matemático de causa-efeito	Interpretação das relações de significado dos fenômenos, como referidos pelas pessoas
Desenho do projeto	Recursos preestabelecidos	Recursos em aberto e flexíveis
Instrumentos específicos	Surveys e experimentos	Pesquisador como instrumento
Tipos de instrumento de pesquisa	Observação dirigida, escalas, questionários fechados, classificações nosográficas, dados randomizados, exames laboratoriais	Pesquisador com seus sentidos: entrevistas semidirigidas, coleta intencional em prontuário, testes projetivos
Amostragem	Randomizada	Intencionada
Perfil da amostra	Número maior de sujeitos	Poucos sujeitos
Tamanho da amostra	Prévia e estatisticamente definida	Preocupação com "n" não é pertinente. O tamanho é definido no campo.
Resultados	Correlação matemática	Uso de observações e citações literais
Conclusões	Confirmação ou refutação das hipóteses	Hipóteses iniciais e posteriores revistas num crescente: conceitos construídos

Fonte: Adaptado de Bocchi SCM, Juliani CM, Spiri WC. *Métodos Qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão*. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina – UNESP, 2008.

Enquanto estudos quantitativos geralmente procuram seguir com rigor um plano previamente estabelecido (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objetos de definição operacional); a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento, além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente, não emprega instrumental estabelecido para análise dos dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada nos métodos qualitativos^{95,96}.

Os estudos de pesquisa qualitativa diferem entre si quanto ao método, à forma e aos objetivos. Neves⁹⁶ ressalta a diversidade existente entre os trabalhos qualitativos e enumera um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa deste tipo:

- (1) o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental;
- (2) o caráter descritivo;
- (3) o significado que as pessoas dão as coisas e a sua vida como preocupação do investigador;
- (4) enfoque indutivo.

A pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa vivência compreendida por alguém cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Às vezes, nada de absolutamente original, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, então, bastante pessoais. Ainda, fazer pesquisa é estudar o homem, levando em conta que o ser humano não é passivo, mas sim que interpreta o mundo em que vive continuamente.

Esse ponto de vista encaminha os estudos que têm como objeto os seres humanos aos métodos qualitativos. De acordo com Oliveira⁹⁷, os estudiosos que se dedicam a esse tipo de pesquisa são chamados de interpretacionistas e afirmam que o homem é diferente dos objetos, por isso o seu estudo necessita de uma metodologia que considere essas diferenças. Nesse posicionamento teórico, a vida humana é vista como uma atividade interativa e interpretativa, realizada pelo contato das pessoas. Há um conflito entre os positivistas e os interpretacionistas com relação à cientificidade

ou não dos métodos de pesquisa que cada um defende. Para os primeiros, a pesquisa qualitativa é considerada subjetiva e não científica, uma vez que não opera com dados matemáticos que permitem descobrir relações de causa e efeito no tratamento estatístico. Já para os segundos, os interpretacionistas, o estudo da experiência humana deve ser feito, entendendo que as pessoas interagem, interpretam e constroem sentidos. Os que defendem essa postura criticam o posicionamento positivista, já que para eles até que ponto uma abordagem que não se preocupa com a essência do seu objeto podem ser ditas como sendo científica.

Assim, um estudo voltado para o campo da saúde que se utilize da análise qualitativa deve-se ter o cuidado em refletir sobre o ser humano em seu contexto biopsicossocial e cultural.

O pesquisador qualitativo pauta seus estudos na interpretação do mundo real, preocupando-se com o caráter hermenêutico na tarefa de pesquisar sobre a experiência vivida dos seres humanos. De acordo com Moreira⁹⁸, a tarefa de “dupla hermenêutica” justifica-se pelo fato de os investigadores lidarem com a interpretação de entidades que, por sua vez, interpretam o mundo que as rodeiam. Portanto, os objetos de estudo das ciências humanas e sociais são as pessoas e suas atividades, considerando-os não apenas agentes interpretativos de seus mundos, mas também que compartilham suas interpretações à medida que interagem com outros e refletem sobre suas experiências no curso de suas atividades cotidianas.

Ainda, segundo Moreira⁹⁸, algumas considerações sobre a pesquisa qualitativa devem incluir:

1. A interpretação como foco. Nesse sentido, há um interesse em interpretar a situação em estudo sob o olhar dos próprios participantes;
2. A subjetividade é enfatizada. Assim, o foco de interesse é a perspectiva dos informantes;
3. A flexibilidade na conduta do estudo. Não há uma definição a priori das situações;
4. O interesse é também no processo e não apenas no resultado.
5. O contexto como intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência; e

6. O reconhecimento de que há uma influência da pesquisa sobre a situação, admitindo-se que o pesquisador também sofre influência da situação de pesquisa.

Triviños⁹⁹ apresenta as seguintes características para a pesquisa qualitativa, semelhantes às apresentadas por Moreira⁹⁸, descritas acima; então, ambas se complementam:

1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;
2. A pesquisa qualitativa é descritiva;
3. Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;
4. Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente.
5. O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

Na pesquisa qualitativa, o investigador e o objeto não estão separados e independentes. Os objetos têm significado para alguém e este alguém tem uma consciência, sendo esta sempre intencional. Sempre que se pensa ou se sente, percebe-se algo; e este algo é em relação a outro ou a algo. Assim, existe a intenção de em relação ao outro algo.

Minayo⁹² discorre sobre a pesquisa qualitativa em saúde explicando quatro pilares do conhecimento. O primeiro seria a construção deste conhecimento onde se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. O segundo, o caráter de inacessibilidade do objeto, isto é, este objeto é sempre visto por um ângulo, quando se tenta reproduzir o real. O terceiro, a vinculação entre o pensamento e a ação, isto é, todos os problemas surgem de terem sido, inicialmente, um problema de ordem prática, e desta forma o conhecimento não seria espontâneo e sim fruto de um condicionamento social. O quarto seria o interesse do pesquisador que estaria condicionado por suas condições sociais e pelas correntes do pensamento em conflito na sociedade.

Os métodos qualitativos são métodos das ciências humanas que pesquisam, explicitam, analisam fenômenos (visíveis ou ocultos). Esses fenômenos, por essência, não são passíveis de serem medidos (uma crença, uma representação, um estilo pessoal de relação com o outro, uma estratégia face um problema, um procedimento

de decisão), eles possuem as características específicas dos “fatos humanos”. O estudo desses fatos humanos se realiza com as técnicas de pesquisa e análise que, escapando a toda codificação e programação sistemáticas, repousam essencialmente sobre a presença humana e a capacidade de empatia, de uma parte, e sobre a inteligência indutiva e generalizante de outra parte⁸².

Conclui-se que os métodos qualitativos fornecem dados muito significativos e densos, mas, também, muito difíceis de analisarem. Sempre se lê isso em textos sobre metodologias de pesquisa, entretanto só se tem idéia da dimensão dessa afirmação quando se está diante do próprio material de pesquisa. Vale reafirmar que a confiabilidade e legitimidade de uma pesquisa empírica realizada nesse modelo dependem, fundamentalmente, da capacidade de o pesquisador articular teoria e prática em torno de um objeto, questão ou problema de pesquisa. Isso demanda esforço, leitura e experiência e implica incorporar referências teórico-metodológicas de tal maneira que se tornem lentes a dirigir o olhar, ferramentas invisíveis a captar sinais, recolher indícios, descrever práticas, atribuir sentido a gestos e palavras, entrelaçando fontes teóricas e materiais empíricos como quem tece uma teia de diferentes matizes.

3.3.1 A Entrevista em Pesquisa Qualitativa

De modo geral, as pesquisas qualitativas exigem a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas. Nesses casos, a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado.

Portanto, o instrumento em pesquisa qualitativa é a entrevista que pode ser definida como uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico. De acordo com Moreira⁹⁸, as entrevistas podem ser estruturadas, não estruturadas e semiestruturadas:

- As entrevistas estruturadas são aquelas que apresentam um conjunto de questões, em que o pesquisador administra a cada sujeito na mesma seqüência e usando as mesmas palavras. Para o investigador, esse questionário responde suas hipóteses, admitindo que o entrevistado tenha condições necessárias para fornecer os dados que julgam relevantes. O pesquisador ainda entende que os entrevistados compreenderão da mesma forma todas as perguntas levantadas.
- As entrevistas não estruturadas ou completamente abertas são aquelas que apresentam um número de questões, mas não são específicas nem fechadas. Apresentam um guia para que o pesquisador e os entrevistados sigam, podendo também haver a possibilidade de adição de novas questões para que se possa compreender melhor determinado tópico. Há a suposição de que os informantes conhecem pouco sobre o assunto em pauta, cabendo ao investigador o papel de ouvir e entender.
- As entrevistas semiestruturadas ficam entre os extremos dos outros dois tipos de entrevistas descritos. Há o momento das perguntas anteriormente determinadas, podendo ser as respostas relativamente livres. Caso haja a necessidade, o pesquisador pode acrescentar uma questão não prevista, dependendo das respostas dos respondentes.

Esse tipo de instrumento de coleta de dados, a entrevista, deve ser elaborado previamente. Nas entrevistas para se obter as informações desejadas, as perguntas devem ser formuladas de modo que possam aproximar o informante do pesquisador, pois é através delas, que se poderá descrever o pensamento de uma determinada pessoa, grupo ou população em estudo. Portanto, a formulação de perguntas é influenciada pela vivência do pesquisador, e por seu interesse científico.

Aprender a realizar entrevistas é algo que depende fundamentalmente da experiência no campo. Por mais que se saiba, hipoteticamente, aquilo que se está buscando, adquirir uma postura adequada à realização de entrevistas semiestruturadas, encontrar a melhor maneira de formular as perguntas, ser capaz de avaliar o grau de indução da resposta contida numa dada questão, ter algum controle das expressões corporais (evitando o máximo possível gesto de aprovação, rejeição,

desconfiança, dúvida, entre outros), são competências que só se constroem na reflexão suscitada pelas leituras e pelo exercício de trabalhos dessa natureza⁹⁴.

Para Moreira⁹⁸ há alguns elementos que devem ser levados em consideração nas entrevistas: o contexto - em que o pesquisador e o entrevistado acreditam no que esta sendo proposto; sendo esta uma relação social única; e o conteúdo - refere-se a pergunta propriamente dita, a maneira pela qual a resposta será registrada (escrever, gravar ou falar) e a natureza da interação pesquisador-entrevistado, que pode ser pessoal – frente a frente, ou impessoal, quando a informação é feita por escrito.

3.3.2 A Saturação em Pesquisa Qualitativa

Na metodologia de base qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado a priori – tudo depende da qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Enquanto estiverem aparecendo “dados” originais ou pistas que possam indicar novas perspectivas à investigação em curso as entrevistas precisam continuar sendo feitas.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados¹⁰⁰.

De acordo com Glaser e Strauss apud Fontanella et al.¹⁰⁰ originalmente conceituaram saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo)

pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa. Trata-se de uma confiança empírica de que a categoria esta saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria (que, por sua vez, tem uma determinada densidade) e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados.

Portanto, a questão que orienta a amostragem não probabilística relaciona-se à homogeneidade fundamental que deveria estar presente na amostra, isto é, aos atributos definidos como essenciais presentes na intersecção do conjunto de características gerais dos componentes da amostra.

Em pesquisa qualitativa duas perguntas devem ser feitas na busca de uma amostra adequada aos objetivos de uma pesquisa: quem selecionar? Outra pergunta crucial é: quantos? Sendo a questão “quantos?” parecer de importância relativamente secundária em relação à questão “quem?”, embora, na prática, representem estratégias inseparáveis. Afinal, o que há de mais significativo nas amostras intencionais ou propositais não se encontra na quantidade final de seus elementos (o “N” dos epidemiologistas), mas na maneira como se concebe a representatividade desses elementos e na qualidade das informações obtidas deles¹⁰⁰.

À medida que se colhem os depoimentos, vão sendo levantadas e organizadas as informações relativas ao objeto da investigação e, dependendo do volume e da qualidade delas, o material de análise torna-se cada vez mais consistente e denso. Quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar de “ponto de saturação”, dá-se por finalizado o trabalho de campo, sabendo que se pode (e deve) voltar para esclarecimentos.

Na verdade, a dúvida é quando se deve parar a coleta de dados? A resposta é: Quando todas as categorias estiverem saturadas por dados. Isto ocorre quando nenhum dado relevante emerge, quando todos os caminhos foram seguidos e quando a história ou teoria está completa. A saturação é obtida quando as categorias se apresentarem densas (em variação e processo) e quando as relações entre elas estiverem bem estabelecidas e validadas⁹³.

De acordo com Mayan⁹³, para se determinar uma amostra suficiente que conduza a saturação das categorias tem-se a dependência de vários fatores, como:

- qualidade dos dados (transcrições legíveis; gravações claras);
- liberdade quanto ao âmbito do estudo (ampla versus reduzida);
- natureza da informação;
- quantidade de informação útil de cada sujeito participante (articulada, pertence à experiência, tempo disponível).

Segundo a autora as categorias devem ser julgadas por dois critérios, homogeneidade interna e externa. Homogeneidade externa refere-se às categorias individuais, ou seja, deve responder às seguintes perguntas: - Os dados refletem a categoria e se ajustam à mesma? A categoria faz sentido? Quando as categorias se apresentam a ponto de formarem processos? Quando todas as partes dos dados estiverem inclusas, e as categorias fazem sentido e representam os dados por completo. Os nomes das categorias devem respeitar as mesmas palavras dos dados. Por exemplo, se um sujeito está falando de seu cansaço, não se deve nomear a categoria como: sentindo-se fatigado, mas como se sentindo cansado. As categorias devem fazer sentido aos outros. As categorias devem ter validade interna; fazer sentido à pessoa ou às pessoas que forneceram a informação. O pesquisador deve compreender os dados pensando nas categorias. E quando se encontram os temas? Quando se integram as categorias e o pesquisador deve responder as questões:

- Como as categorias estão relacionadas?
- As categorias permitem ligações quando se recorre aos dados?
- Quais as conclusões podem ser desenhadas?

A intenção neste ponto de análise dos dados é descobrir as relações entre as categorias e encontrar alinhamentos ou temas comuns que permeiam os dados. É importante ressaltar que existem várias técnicas de se analisar os dados, além da análise de conteúdo, como: análise de discurso, *Grounded Theory*, análise do discurso do sujeito coletivo, história oral. Outro ponto a se destacar é a fenomenologia que possui um método próprio de análise dos dados⁹⁴.

Na pesquisa qualitativa se deve assegurar a validade interna, porque a confiabilidade ainda não parece ser adequada à pesquisa qualitativa. Assim, validade

interna significa que as conclusões da pesquisa precisam ser corroboradas pelos dados. A validade interna é julgada a partir da precisão com que as descrições dos eventos representam os dados⁹³.

Assim, o ponto de saturação da amostra depende indiretamente do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto e diretamente dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado (dependente do referencial teórico) e da homogeneidade da população estudada. Entretanto, por ser uma ferramenta inerentemente influenciada por fenômenos cognitivos e afetivos da dupla pesquisador-pesquisados, na prática da pesquisa qualitativa o encontro desse ponto de saturação está sujeito a imprecisões.

3.3.3 Os Métodos se Complementam

O desenvolvimento de um estudo qualitativo pressupõe um corte temporal-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador. O vínculo entre signo e significado, conhecimento e fenômeno, sempre depende do arcabouço da interpretação empregada pelo pesquisador, que lhe serve de visão de mundo de referencial. Esse arcabouço pode servir como base para estabelecer caminhos de pesquisa quantitativa e delimitação do tema de forma tal que os esforços de cunho quantitativo e qualitativo possam se complementar⁹⁶.

Os métodos quantitativo e qualitativo não se excluem⁹⁶. Embora difira quanto à forma e à ênfase, os métodos qualitativos trazem como contribuição ao trabalho de pesquisa uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo capazes de contribuir para melhor compreensão dos fenômenos; no caso desta pesquisa o aborto provocado. Pode-se distinguir o enfoque qualitativo do quantitativo, mas não seria correto afirmar que guardam relação de oposição.

Nos estudos científicos, os pesquisadores ao empregarem métodos qualitativos, estão mais preocupados com o processo social do que com a estrutura social, buscam visualizar o contexto e, se possível, ter uma integração empática com o processo objeto de estudo, que implique melhor compreensão do fenômeno.

Uma pesquisa pode revelar a preocupação em diagnosticar um fenômeno (descrevê-lo e interpretá-lo). O pesquisador poderia também estar preocupado com explicar este fenômeno, a partir de seus determinantes, isto é, as relações de nexos causal. Tais pontos de vista não se contrapõem; na verdade, se complementam e podem contribuir em um mesmo estudo para um melhor entendimento do fenômeno estudado.

4 Método

Possibilidades Metodológicas de Pesquisa e sua Trajetória

O presente estudo é uma análise quantitativa e qualitativa sobre aborto provocado com embasamento teórico na Psicologia Fenomenológica. O método utilizado foi Fenomenológico-Existencial. Esta pesquisa é um desdobramento de um projeto maior e multicêntrico sobre o aborto em duas capitais brasileiras, intitulada “Culpa, Ansiedade e Depressão na Vivência do Abortamento Provocado” realizada pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em parceria com o Departamento de Morfologia do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Esta pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos da periferia da cidade de São Paulo por uma única psicóloga no período compreendido entre julho de 2008 a março de 2010. A escolha por estas instituições ocorreu por apresentar a população que se gostaria de estudar (mulheres de baixa renda) e por ser o local de trabalho da pesquisadora. O Protocolo de Pesquisa (Anexo A) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições participantes. Na Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foi aprovado sob número 0075/08 (Anexo C). No Comitê de Ética do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), gestor do Hospital Municipal Dr. Moysés Deustch - M’ Boi Mirim, foi aprovado conforme anexo D.

As mulheres que concordaram em participar deste estudo assinaram, antes do início da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que constavam informações sobre os objetivos da pesquisa e esclarecimento da confidencialidade dos dados informados.

4.1 Mulheres Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com mulheres que receberam o diagnóstico médico de aborto e que estiveram internadas na enfermaria de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Estadual Sapopemba no período de julho a dezembro de 2008; e no Alojamento Conjunto do Hospital Municipal Dr. Moysés Deustch - M' Boi Mirim no período de janeiro de 2009 a março de 2010.

Para fins de análise quantitativa e qualitativa do objetivo proposto neste estudo, foram incluídas as 11 mulheres que provocaram aborto e 22 mulheres das 89 entrevistadas que sofreram aborto espontâneo. Totalizando, amostra de 33 mulheres, conforme fluxograma (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma do Método

4.1.1 Critérios de Inclusão

As mulheres incluídas neste estudo foram as que receberam diagnóstico médico de aborto, definido como interrupção da gravidez até 22^a semana de gestação, as que realizaram procedimento de curetagem e ficaram internadas por 24 horas na enfermaria; e que consentiram em participar deste estudo.

4.1.2 Critérios de Exclusão

As mulheres excluídas neste estudo foram as que se negaram a serem entrevistadas, as adolescentes que estavam sem acompanhante legal, as que apresentaram sinais de confusão mental ou incompreensão das perguntas.

4.2 Procedimentos

As mulheres que cumpriram os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa pela entrevistadora e também psicóloga do hospital. A psicóloga realizava busca ativa através do senso de enfermagem das mulheres internadas com diagnóstico de aborto. As mulheres sempre foram abordadas após procedimento de curetagem, no leito da enfermaria e em condições clínicas favoráveis. Este fato de entrevistá-las apenas após o procedimento de curetagem garantia a estas mulheres nenhum prejuízo ou atraso de seu tratamento.

A abordagem da paciente era realizada respeitando o momento de sua vivência, ou seja, a mulher era convidada pela psicóloga para participar da pesquisa, esclarecendo-se a importância do tema e a necessidade de se obter conhecimento melhor sobre as condições emocionais envolvidas na vivência do aborto.

Neste momento inicial da abordagem, era realizado acolhimento psicológico. O início do estabelecimento de vínculo positivo era de extrema importância para a dinâmica e fluidez da entrevista; já que para a Fenomenologia, existia a necessidade de desvelar o que era velado. As mulheres precisavam sentir-se seguras para que pudessem falar livremente sobre o aborto.

Então, garantido estes aspectos relevantes, e respeitando a sua dor física e emocional, as mulheres eram sensibilizadas sobre a importância da temática, a necessidade de se conhecer melhor em que condições e situações o aborto era vivenciado e que poderiam relatar suas experiências sem medo ou repressão.

As entrevistas foram realizadas em ambiente que garantisse a privacidade das mulheres, portanto, a abordagem se iniciava na beira do leito, contudo, consentindo

em participar, a paciente era conduzida a uma sala reservada para os atendimentos psicológicos.

A atitude empática da psicóloga era de fundamental importância para que a paciente se sentisse em ambiente acolhedor e humanizado, além do respeito aos princípios éticos, bem como o sigilo das informações contidas na entrevista. De acordo com Amatuzzi³⁸, a atitude empática leva a entrar em contato não somente com o sentimento puro, mas com seu significado. Isso equivale a dizer que a empatia capta o movimento intencional da experiência.

No início da entrevista foram esclarecidos os métodos da pesquisa, a importância de se falar sobre este assunto naquele momento, independente se fosse aborto provocado ou espontâneo, ressaltando que o sigilo referente à sua identidade era completamente mantido e que a paciente não teria nenhum prejuízo em seu tratamento, colaborando ou não com a pesquisa.

Se a paciente concordasse em colaborar, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento, e após a assinatura do termo, e entrega de uma cópia para a paciente, era realizada a entrevista semiestruturada.

Primeiramente foram colhidos os dados de identificação e, em seguida, realizadas perguntas relativas aos aspectos emocionais, ao contexto familiar e social e às situações favoráveis ou desfavoráveis vivenciadas no processo de aborto. A cada pergunta a mulher tinha plena liberdade para falar livremente sobre o assunto e também para expressar suas reações não-verbais muito comuns neste processo conflitante. Nova questão era realizada no momento em que a paciente terminava o seu discurso.

Neste contexto, é importante ressaltar que a psicóloga oferecia a escuta psicológica para a paciente; que tem valor terapêutico, valorizando a expressão e o vínculo com a paciente a fim de respeitar suas limitações e compreensão sobre o aborto. Assim, o contato visual frequente e o ser continente, se tornaram características essências destes momentos da entrevista. Eram observadas as expressões faciais, posturas, gestos; no entanto, era o silêncio e o choro da paciente que ratificavam a importância daquela escuta.

Ao longo da entrevista, a psicóloga buscava o melhor momento para se abordar a questão se o aborto era provocado ou espontâneo. Apesar de a maioria das perguntas terem sido realizadas na sequência apresentada no questionário do anexo A, eventualmente a sequência era adaptada de acordo com o ritmo das respostas apresentadas, e também para se assegurar sobre a natureza do aborto, se espontâneo ou provocado. Procurou-se estabelecer vínculo de confiança com a entrevistada, ressaltando-se a importância de se conhecer os aspectos envolvidos na situação do aborto, e a relevância de se caracterizar com fidelidade as situações envolvidas.

Todas as entrevistas foram anotadas no momento em que se realizaram. Após término da entrevista o serviço de psicologia era disponibilizado para a paciente. E se houvesse necessidade e interesse por parte da paciente, era-lhe oferecido encaminhamento para rede referenciada para acompanhamento psicoterápico.

4.3 Instrumentos

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada apresentada no Anexo A. Esta opção foi escolhida para permitir que as mulheres falassem livremente sobre o aborto sofrido. De fato, Por meio das respostas das mulheres, podem-se conhecer sobre as crenças dessas pacientes em relação à vivência do aborto, os aspectos emocionais, sociais, religiosos e culturais.

O questionário foi composto de perguntas fechadas que incluíam dados demográficos, como idade (anos), escolaridade (ensino fundamental, médio ou superior), estado conjugal (com companheiro ou sem companheiro), ocupação (com ou sem atividade laboral, ou estudante), número de gestações, número de partos, número de abortos, antecedente de aborto provocado (sim ou não), número de filhos vivos, idade gestacional do aborto atual (em semanas), religião (católica, evangélica, outros e sem religião), crença de fé (presente ou ausente), renda familiar mensal (em reais), número de pessoas na família e renda per capita (em reais).

Durante a entrevista, quando a psicóloga identificou, de forma direta ou indireta ou pelo discurso apresentado até então, que se tratava de caso de aborto

provocado, foram formuladas questões abertas, estimulando-se o discurso espontâneo e franco, para que as mulheres pudessem falar livremente sobre a temática; e tais questões abordaram os seguintes aspectos: sentimentos vividos por ocasião da suspeita sobre a ocorrência da gestação e quando a mesma foi confirmada; existência e significado do apoio familiar, de amigos ou do parceiro frente à situação de aborto; a relação do parceiro com a gestação e com o aborto; existência e vivência do sentimento de culpa, e o significado da maternidade.

4.4 Características das Mulheres Entrevistadas

Do total de 100 mulheres entrevistadas, 11% relataram ter provocado aborto e 89% relataram ter sofrido aborto espontâneo.

Para comparação quantitativa das características das mulheres entrevistadas, foi realizado estudo caso-controle, para cada caso de aborto provocado, os próximos dois casos de aborto espontâneo, do mesmo hospital, selecionados entre os 89 casos entrevistados de aborto espontâneo. As características das mulheres estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características das mulheres entrevistadas de acordo com o tipo de aborto

	Espontâneo (n=22)		Provocado (n=11)		<i>P</i>
Idade					
Mediana (mín-máx)	26	(17 - 45)	28	(17 - 37)	0,647
Estado marital					
Com companheiro	19	86,4%	9	(81,8%)	>0,99
Sem companheiro	3	13,6%	2	(18,2%)	
Idade gestacional do aborto					
Mediana (mín-máx)	11	(7 - 20)	11	(7 - 15)	0,876
Paridade					
0	4	18,2%	3	27,3%	0,661
1 ou +	18	81,8%	8	72,7%	
Aborto provocado anterior					
Não	20	90,9%	10	90,9%	>0,99
Sim	2	9,1%	1	9,1%	
Filho vivo					
0	4	18,2%	3	27,3%	0,661
1 ou +	18	81,8%	8	72,7%	

4.5 Análise dos Dados

4.5.1 Análise quantitativa

A análise dos dados foi realizada, em um primeiro momento, de maneira quantitativa, comparando os dados de 11 casos de aborto provocado e 22 casos de aborto espontâneo. Os resultados foram analisados com o emprego do programa Medcalc (Medcalc software bvba, versão 11.5.1.0), calculando-se médias e desvios-padrão, frequências absolutas e relativas. As variáveis categóricas foram avaliadas pelo teste do Qui-quadrado ou Teste exato de Fisher quando indicado. As variáveis contínuas foram analisadas pelo Teste t de student ou teste de Mann Whitney –U

quando de distribuição não paramétrica. O nível de significância utilizado para os testes foi de $p < 0,05$.

4.5.2 Análise qualitativa

Em um segundo momento, deu-se a análise qualitativa do discurso das 11 mulheres que provocaram o aborto. Esta análise foi realizada na perspectiva da Fenomenologia-existencial. A partir do discurso das mulheres e da situação hermenêutica que se estabelece na relação entrevistado-entrevistador, podem-se chegar às unidades de sentido.

De acordo com Forghieri³⁹, a compreensão precisa estar inserida em um contexto no qual haja uma fusão constante do passado e do presente, portanto, a compreensão não deve ser vista como uma ação da subjetividade de uma pessoa porque é no encontro do ser por meio da linguagem que acontece a Hermenêutica.

Assim, considera-se que a mulher que provoca um aborto, ao relatar sua vivência, disponibiliza ao pesquisador, segundo Garcia e Jorge¹⁰¹ “*a interpretação que faz de seu horizonte experiencial, que é singular*”. Tal unidade de sentido refere-se às percepções que o entrevistado atribui a sua vivência, mas que não se encontram prontas no discurso; é o próprio pesquisador que os percebe com sua visão de mundo.

Desta maneira, a análise do discurso se fundamentou na redução fenomenológica como processo metodológico para apreender o vivido. Esta análise é qualitativa porque reconhece a sua intencionalidade dirigida ao fenômeno estudado, o que possibilita a compreensão da experiência vivida e os seus significados sem a necessidade de estabelecer relações causais; apreendendo as características inerentes ao pesquisado através da percepção do pesquisador.

Na análise qualitativa dos relatos das mulheres sobre aborto provocado, coube ao pesquisador categorizar os temas que se repetiram, traduzindo em discursos em eixos temáticos aos quais se relacionam. Assim, a partir dessas convergências e divergências da vivência dessas mulheres, pode-se chegar ao significado do fenômeno aborto provocado. Para fins de identificação dos eixos temáticos, os

diálogos das entrevistas foram descritos de maneira originária, ou seja, fiel ao discurso das pacientes, e em seguida eles foram liberalizados, ou seja, retiram-se os vícios de linguagem, sem a distorção do conteúdo, com o objetivo de manter o sentido fiel e original dos relatos.

Em seguida, realizou-se a primeira leitura para familiarização dos discursos com o fenômeno investigado; e esses discursos foram relidos diversas vezes para que se pudessem chegar às unidades de significado. Emergidas as unidades de significado, foi realizado o agrupamento destas através de categorizações que as acolhem em suas convergências.

Neste estudo, para melhor clarificação dessas convergências, a pesquisadora optou por apresentá-las através dos eixos temáticos, que são identificados por análises ideográficas, em que se apropria da análise da psicologia individual e da intersubjetividade da pesquisadora com o que se expressa no momento da entrevista.

5 Resultados

---

*Apresentando os Achados Numéricos e
o Discurso das Mulheres*

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise quantitativa e qualitativa. A quantitativa consiste na comparação dos aspectos sociais e da vivência das mulheres, entre os casos de aborto provocado e espontâneo. A análise qualitativa consiste na descrição do contexto de vida em que cada caso se situou e a análise da temática revelada, pelos discursos das mulheres que provocaram aborto, com fundamentação teórica fenomenológico-existencial. Na análise qualitativa torna-se primordial o uso do discurso, a fala dos sujeitos da pesquisa.

5.1 Análise quantitativa: achados numéricos

Foi realizada análise quantitativa dos aspectos associados com o aborto provocado. A Tabela 2 apresenta as variáveis do contexto social e econômico em que estas mulheres estavam inseridas. Variáveis, como escolaridade, ocupação, renda familiar e religião formam o panorama descritivo desta análise, com os respectivos indicadores de significâncias para as diferenças. Quanto à educação formal, as mulheres do grupo com aborto provocado apresentaram escolaridade significativamente mais frequente ($P=0,036$) no nível fundamental, quando comparado ao grupo com aborto espontâneo. A renda familiar e a renda pessoal foi significativamente inferior ($P=0,04$ e $P=0,036$, respectivamente) no grupo de aborto provocado, quando comparado ao grupo com aborto espontâneo. Quanto à distribuição das mulheres de acordo com a religião, verificou-se diferença significativa ($P=0,004$) nas que relataram religião evangélica, de forma que não houve caso de aborto provocado nesse grupo.

Tabela 2 - Características sociais das mulheres de acordo com o tipo de aborto

	Espontâneo		Provocado		P
	n=22		n=11		
Escolaridade					
Fundamental	8	36,4%	9	81,8%	0,036
Médio/superior	14	63,6%	2	18,2%	
Ocupação					
Com atividade laboral	19	86,4%	7	63,6%	0,289
Sem atividade laboral	1	4,5%	2	18,2%	
Estudante	2	9,1%	2	18,2%	
Renda familiar, reais					
Mediana (mín-máx)	1400	(600-2000)	1000	(500-1400)	0,044
Renda per capita, reais					
Mediana (mín-máx)	333	(130-450)	200	(150-433)	0,036
Religião					
Católica	11	50,0%	8	72,7%	0,004
Evangélica	9	40,9%	0	0,0%	
Outras	0	0,0%	3	27,3%	
Sem religião	2	9,1%	0	0,0%	

A Tabela 3 apresenta a comparação dos aspectos emocionais relatados na vivência do aborto seja provocado ou espontâneo. Buscou-se categorizar os sentimentos em positivos e negativos para a mulher em momentos específicos do processo de aborto. Houve associação estatisticamente significativa ($P=0,004$) entre o relato de sentimentos negativos na suspeita da gravidez e o aborto provocado. Na confirmação da gravidez, também houve associação estatisticamente significativa ($P=0,029$) entre os sentimentos negativos e o aborto provocado. Não se constatou diferença significativa quanto aos sentimentos de culpa, sobre como atuaria se vivenciasse novamente a situação e sobre o apoio recebido.

Tabela 3 - Vivência das mulheres de acordo com o tipo de aborto

	Espontâneo		Provocado		
	n=22		n=11		P
Sentimentos quando houve a suspeita da gravidez					
Positivos	7	31,8%	0	0,0%	0,004
Negativos	5	22,8%	9	81,8%	
Ambivalentes	2	9,1%	1	9,1%	
Não especificados	7	31,8%	1	9,1%	
Soube da gravidez no diagnóstico do aborto	1	4,5%	0	0,0%	
Sentimentos quando houve a confirmação da gravidez					
Positivos	7	31,8%	0	0,0%	0,029
Negativos	5	22,8%	8	72,8%	
Ambivalentes	4	18,1%	0	0,0%	
Não especificados	5	22,8%	3	27,2%	
Soube no diagnóstico do aborto	1	4,5%	0	0,0%	
Relata sentimento de culpa					
Não	17	77,3%	5	45,5%	0,117
Sim	5	22,7%	6	54,5%	
Como agiria se fosse vivenciar de novo a situação da gestação					
Igual	9	40,9%	3	27,3%	0,703
Diferente	13	59,1%	8	72,7%	
Teve apoio de alguém na situação do aborto					
Sim	14	63,6%	8	72,7%	0,709
Não	8	36,4%	3	27,3%	

5.2 Análise qualitativa: descrição temática sobre aborto provocado

A proposta de análise temática do discurso das mulheres que praticaram o aborto foi baseada na teoria fenomenológico-existencial. Esta teoria propõe que a partir do ôntico, isto é, do cotidiano das mulheres, da sua facticidade, representadas nesta pesquisa pela vivência do processo de aborto provocado; chega-se ao ontológico, isto é, ao desvelar essa experiência chegar à compreensão do significado que se encontrava velado no discurso das mulheres.

A amostra dos resultados qualitativos é composta por 11 mulheres que declararam ter provocado o aborto. Para resguardo do sigilo, estas mulheres serão tratadas neste capítulo por nomes fictícios. A Tabela 4 apresenta as características sócio-demográficas de cada mulher. Na sequência, para melhor compreensão do leitor, estão descritos um breve contexto situacional de cada paciente, no momento da vivência do aborto, para posteriormente, descrever o discurso das mulheres de acordo com a análise fenomenológico-existencial em categorias temáticas.

Do total das mulheres que provocou o aborto, 55% eram casadas, 27% eram solteiras com namorado e 18% solteiras sem namorado. Quanto à escolaridade, 46% apresentavam o ensino fundamental completo e 36% o ensino fundamental incompleto, 9% o ensino médio completo e 9% ensino médio incompleto. Quanto à gestação três mulheres eram primigestas e oito relataram ter tido duas ou mais gestações; sendo que destas 50% referiram ter sofrido aborto espontâneo anteriormente e 10% havia realizado dois abortos provocados. Quanto à religião, oito mulheres declararam ser católicas, duas disseram não ter religião e uma que acreditava em Deus e esta era sua religião.

Tabela 4 – Descrição das características sócio-demográficas das mulheres que provocaram o aborto

Caso	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Religião	Nº de gestações	Nº de filhos vivos	Nº de aborto anterior
Ana Beatriz	25	solteira com namorado	fundamental incompleto	católica	1	0	0
Ana Carolina	21	solteira com namorado	médio completo	católica	2	1	0
Ana Clara	36	casada	fundamental incompleto	católica	4	2	1
Ana Cecília	27	casada	fundamental incompleto	católica	4	1	2
Ana Elisa	33	casada	fundamental incompleto	católica	5	4	0
Ana Flávia	22	casada	fundamental completo	católica	4	1	2
Ana Helena	28	solteira sem namorado	fundamental completo	não tem	1	0	0
Ana Lia	17	solteira com namorado	médio incompleto	não tem	1	0	0
Ana Luisa	35	casada	fundamental incompleto	católica	4	2	1
Ana Maria	32	solteira sem namorado	fundamental completo	católica	3	2	0
Ana Paula	37	casada	fundamental completo	outra	6	4	1

5.2.1 Contextualização Situacional

Neste item é apresentado um breve contexto situacional de cada paciente entrevistada revelando a vivência do aborto em seu contexto familiar, social, econômico e cultural. É apresentada de maneira resumida através da fala única e singular de cada mulher, a vivência de uma gestação não planejada e muitas vezes não desejada: os sentimentos no momento da suspeita da gestação e na confirmação da gestação; os momentos bem como pensamentos no aqui e agora que antecedem sua decisão pelo aborto; e as particularidades existenciais vivenciadas por cada mulher.

Ana Beatriz

Estudante de 25 anos, residia com os pais, engravidou do namorado com quem mantinha relacionamento há dois anos. Era primigesta com 10 semanas de gestação quando decidiu pelo aborto. Na suspeita da gravidez referiu sentimentos de angústia e desespero, no momento da confirmação da gestação relatou que estava sozinha e que a todo o momento sentia que esta não era uma gestação desejada. Compartilhou com o namorado seu sofrimento e mais ninguém. O namorado disse que não queria um filho naquele momento; e então decorridos 15 dias da descoberta da gestação, a paciente decidiu pelo aborto. O namorado comprou o remédio e ela tomou.

Ana Carolina

Secretária de 21 anos, residia com os pais, tinha um filho de três anos e mais cinco irmãos. Engravidou do namorado, com quem mantinha um relacionamento há um ano. Na suspeita da gravidez relatou sentimentos negativos. Sua experiência com seu primeiro filho foi aos 18 anos e foi muito difícil. Na confirmação da gestação reviveu os conflitos de uma gravidez indesejada. Fez a opção pelo aborto com 11 semanas de gestação e decidiu não contar para o namorado sobre a gravidez, pois sua decisão era definitiva. Refere que não gostava do namorado porque ele era agressivo com ela e que aborto seria a melhor solução para sua vida.

Ana Clara

Diarista de 36 anos, residia com o marido e duas filhas, uma de 14 anos e outra de cinco anos. Engravidou do marido com quem estava casada há 10 anos e não acreditava que estava acontecendo isto quando suspeitou. Estava há um ano sem usar pílula e relatou que jamais imaginou que isso pudesse acontecer. Não contou sobre a gestação para o marido, apenas para uma amiga, no momento da confirmação. Em 15 dias optou pelo aborto, contou também para uma irmã mais velha, que comprou o remédio para ela. Era quartigesta com seis semanas de gestação. Disse que esta decisão foi tomada porque o casamento não estava bem e tinha muito medo da reprovação familiar, além de não desejar uma nova gravidez.

Ana Cecília

Dona de casa de 27 anos, residia com o marido e um filho de quatro anos, era quartigesta com 12 semanas de gestação. O filho que estava esperando era do marido com quem mantinha relacionamento há cinco anos. No momento da suspeita da gravidez ficou desesperada porque não queria ter mais filhos, devido à situação econômica. Referiu muitos traumas pessoais em uma infância de privações e não desejava isso ao seu único filho. Compartilhou com o marido a confirmação da gestação e juntos decidiram pelo aborto diante de sentimentos ambivalentes e de sofrimento. O marido comprou o chá abortivo.

Ana Elisa

Empregada doméstica de 33 anos, residia com o marido e quatro filhos, quintigesta com oito semanas de gestação. Engravidou do marido com quem mantinha relacionamento há 13 anos. Na suspeita da gestação ficou bastante preocupada porque estava vivenciando muitas brigas com o marido, já que havia descoberto que além de álcool ele estava usando cocaína; isso foi uma decepção para ela. O marido não estava se importando com este filho. Na confirmação da gestação estava sozinha e não desejava aquele filho. Transcorreram-se 10 dias e ela decidiu pelo aborto sozinha.

Ana Flávia

Operadora de caixa, 22 anos, residia com o segundo marido e um filho de seis anos do outro relacionamento. Engravidou do marido atual com quem estava junto há um ano e oito meses. Na suspeita da gestação relatou o desejo pelo aborto, preocupação e sentimentos negativos. Na confirmação da gestação contou para o marido que ficou feliz. Relatou que estava com problemas no relacionamento atual, porque ainda era apaixonada pelo ex-marido; o qual estava casado com sua irmã. Quartigesta, com 12 semanas de gestação, não teve dúvidas em decidir pelo aborto, a sua própria mãe deu o dinheiro e o ex-marido comprou o remédio.

Ana Helena

Auxiliar de escritório de 28 anos residia com a mãe e três irmãos. Engravidou do ex-namorado, o qual terminou o relacionamento por traição dele. Na suspeita da gestação ficou nervosa e com medo, quando confirmou a gestação não teve dúvidas que iria abortar. Era primigesta e estava com seis semanas. O ex-namorado ficou sabendo e a mandou ir para o inferno. Diante deste contexto compartilhou com uma prima que a ajudou nesta decisão e a comprar o remédio.

Ana Lia

Estudante de 17 anos, residia com os pais, uma irmã, um cunhado e uma sobrinha. Engravidou do namorado com quem estava há um ano e seis meses. Na suspeita da gravidez ficou apavorada e calma ao mesmo tempo. Confirmada a gestação compartilhou com o namorado e com a sua família. Primigesta com 12 semanas de gestação, tomou a decisão pelo aborto sozinha e comprou o remédio com dinheiro roubado da vizinha. Argumentou que era muito jovem para casar e por filho no mundo, em primeiro lugar vinham seus estudos.

Ana Luisa

Dona de casa de 35 anos, residia com o marido e dois filhos, um de 14 anos e outro de oito anos. Engravidou do amante, fato mantido em sigilo. Na suspeita da

gestação ficou assustada e muito estressada. Contou para o marido com quem estava junto há 10 anos e ele a repriminou porque não se cuidava. Em uma semana, sozinha, decidiu pelo aborto, com 11 semanas de gestação. Comprou e tomou os chás abortivos.

Ana Maria

Auxiliar de limpeza de 32 anos, residia com duas filhas, uma de oito e outra de quatro anos. Engravidou de um caso que teve durante alguns meses. Na suspeita da gestação ficou desesperada e não queria de jeito nenhum, principalmente pela situação financeira. Quando confirmou a gestação contou para o pai da criança que a apoiou na decisão pelo aborto. Era tercigesta, estava com 12 semanas de gestação. Foi ele que emprestou o dinheiro para comprar o remédio.

Ana Paula

Recepcionista de 37 anos, residia com o marido e dois filhos, um de 16 anos e outro de 14 anos, que eram filhos de outro relacionamento. Relatava mais outros dois filhos que estavam sob a guarda do pai. Engravidou do marido com quem estava em relacionamento há quatro meses. Quando suspeitou da gravidez já tinha certeza que estava grávida. Confirmada a gestação, contou para o marido, que ficou feliz com a notícia. Era sextigesta com nove semanas de gestação quando decidiu pelo aborto, pois relatou que não estava feliz no casamento e porque fazia tratamento para dependência alcoólica. O marido era usuário de drogas e viviam em um contexto de brigas e agressões. Comprou sozinha o remédio para abortar.

5.2.2 Categorias Temáticas: O que o discurso nos revela?

Quando estamos buscando o sentido da vivência do aborto provocado estamos dando início a uma reflexão fenomenológica. De que forma? Buscar o significado e o sentido da vivência do aborto provocado é uma das formas de descrever o vivido, e a descrição é o modo utilizado pela fenomenologia para que se possa chegar ao fenômeno, torná-lo presente de forma reflexiva.

A Fenomenologia-Existencial, enquanto método de análise evidencia o homem na sua condição existencial, para tanto, busca compreendê-lo na sua cotidianidade e nas relações que ele estabelece com o mundo, respeitando seu modo constitutivo de *ser-no-mundo*. Enfim, a fluidez e a transitoriedade do seu existir.

Este item de análise temática foi escolhido, pois se baseando no método fenomenológico e especificamente na obra de Merleau-Ponty, principalmente ao que se refere à relação constante entre Homem e mundo. Não vendo ambos como pólos que se influenciam, mas sim como componentes de um mesmo sistema. Homem e mundo compõem-se mutuamente. O “*mundo da periferia*”, portanto, não influencia ou determina a mulher que provoca o aborto, mas ambos são o mesmo sistema, pois como diz Merleau-Ponty:

O corpo próprio está no mundo assim como o coração no organismo; ele mantém o espetáculo visível continuamente em vida, anima-o e alimenta-o interiormente, forma com ele um sistema. Merleau-Ponty⁸⁶

Toda entrevista realizada é fenomenológico-existencial porque possuem o seu foco na análise da experiência imediata e buscam retomar o poder auto-responsável da pessoa sobre si mesma. A cada entrevista observou-se o fenômeno no aqui e agora, como manifestação holística de cada mulher em impulso natural para integrar-se. Portanto, os temas propostos para análise são interpretados de maneira holística, levando sempre em consideração a mulher em seu contexto biopsicossocial.

Sendo assim, para se falar em aborto provocado, faz-se necessário compreender e analisar a trajetória vivenciada pelas mulheres, o modo de ser e agir consigo e seus semelhantes, já que a fenomenologia compreende o homem em sua estrutura universal e em sua totalidade existencial. Portanto, o discurso das mulheres

foi analisado por categorias temáticas para que se possam *apreender os sentidos e significados* do aborto provocado. As categorias temáticas deste estudo estão apresentadas no Quadro 4.

Portanto, foram identificados cinco eixos temáticos para este estudo. A primeira temática: A vivência do aborto provocado, percepção do conflito. Nesta temática, foram agrupados os discursos das pacientes em que emergiram a ambivalência de sentimentos, reações e emoções em sua fala diante do processo de aborto provocado no momento da vivência da descoberta da gestação e da decisão pelo aborto. O segundo tema: A culpa como recurso de enfrentamento. Foram identificadas nesta temática as repercussões psíquicas e os aspectos psicológicos inerentes a vivência do aborto. O terceiro tema: Identidade parental. Nesta temática as convergências do discurso das pacientes foram analisadas de acordo com o contexto biopsicossocial em que cada paciente está inserida. Foram levadas em consideração as falas das pacientes que garantem uma (dê) construção do papel e da identidade da maternidade. O quarto tema: Relações afetivas fragilizadas. Nos discursos das pacientes foram encontrados as causas e os principais motivos que levam à mulher a prática do aborto, e é nesta temática que a pesquisadora identifica isto. O quinto tema: O significado do aborto provocado. Esta temática foi identificada através dos discursos das pacientes acerca do que é ser mãe e do que gostaria de dizer a uma mulher em condição semelhantes a sua. A pesquisadora entende, que através do desvelamento do que é velado pela pacientes nas expressões do significante da maternidade e da identificação com o outro é que se podem trazer à tona os sentimentos, pensamentos e reflexões do que este fenômeno complexo e estigmatizado representam singularmente para cada mulher.

Quadro 4 - Categorias temáticas identificadas na vivência do aborto provocado

Temática 1:	Vivência do aborto provocado: percepção do conflito.
Temática 2:	A culpa como recurso de enfrentamento.
Temática 3:	Identidade parental.
Temática 4:	Relações afetivas fragilizadas.
Temática 5:	O significado do aborto provocado.

5.2.2.1 Temática 1 - Vivência do Aborto Provocado: Percepção do Conflito

De acordo com Merleau-Ponty⁸⁶, a percepção não é algo do indivíduo, ela se dá na relação homem-mundo. E a consciência para a Fenomenologia é a união sujeito-mundo. Não se trabalha com a idéia de representação, são conteúdos percebidos, vividos, explorados.

Nas falas seguintes das pacientes é explícito o conflito que emerge da tomada de decisão pelo aborto, é fato que a gestação não foi planejada e até indesejada, mas os sentimentos se confundem com o contexto de vida de cada mulher, no sentido de retomada a planos futuros como é o caso da Ana Paula, e de incertezas e repercussões negativas para sua existência como é o caso de Ana Beatriz, Ana Flávia e Ana Helena.

“Eu queria retomar tudo o que perdi meu emprego, salário, não quero viver com ele (meu marido) porque ele usa drogas, não quero ter esse filho, não estou bem no casamento, não quero mais esta relação...” (Ana Paula)

“...Até tive dúvidas... Mas quando liguei para ele e ele me mandou ir para o inferno, pensei bem e achei melhor assim. Minha prima conhece um homem que vende o remédio e então tomei, passei muito mal...” (Ana Helena)

“Briguei com ele e tomei a decisão de tirar, desisti, voltei atrás, vou ter e pronto, mais brigas de novo e então decidi... minha mãe deu o dinheiro e meu ex-marido comprou o remédio, tomei 11 horas da noite e às 8 horas da manhã começou a cólica. Fiquei com muito medo, mas não tinha outra saída...” (Ana Flávia)

“Fiquei na dúvida, se queria ou não tirar... Fiquei triste, meu namorado comprou o remédio e tomei no sábado, pensava que ia morrer...” (Ana Beatriz)

O momento de percepção da decisão pelo aborto é pautado na ambivalência dos sentimentos entre o que se perde e o que se ganha. Toda escolha parte desta premissa. Algo se ganha, mas também se perde. O importante é compreender a

melhor maneira efetiva de conviver com o que se falta, com o vazio, com o que resulta do conflito.

A metáfora “Princípio do Cristal” citada por Flauzino e Pokladek¹⁰² diz:

Quando o cristal se fragmenta, ele não se rompe de maneira arbitrária, mas em conformidade com sua estrutura interna e em seus pontos de articulação, seguindo as linhas pré-existentes de clivagem.

Fenomenologicamente, o mesmo se dá na vivência do aborto provocado, onde toda irrupção ou crise acontece de acordo com a estrutura holística da mulher, revelando a individualidade entre o fenômeno e a sua própria existência. Merleau-Ponty⁸⁶

A metáfora nos atenta para os sentidos que o aborto provocado tem para essas mulheres, uma vez que a própria mulher a expressa em rede de significados, o apoio do companheiro, o contexto de brigas, a necessidade de se voltar à condição anterior de não-grávida; sendo assim, sempre a pessoa será sua principal interprete.

“As minhas condições são precárias, falta dinheiro e não ia dar... Comprei os chás para abortar e tomei muito... Chorei o tempo todo...” (Ana Luisa)

“Pensei muito para tomar esta decisão, estava desesperada, pensei em tomar o remédio, mas se não desse certo, a criança ia nascer com problemas e se eu morresse...” (Ana Maria)

“Não estou triste, estou aliviada, não queria ter esse filho por causa da situação financeira. Estou péssima, nunca tive uma boneca na minha infância, sofri muito e não quero isso pro meu filho. A decisão foi difícil, pesou a questão financeira, sofri muito.” (Ana Cecília)

As falas de Ana Cecília, Ana Luisa e Ana Maria apesar de carregadas de sentimentos negativos, revelam a percepção de uma decisão tomada com reflexão. É a existência se revelando e se expressando nas várias formas do dizer, o que nos indica que a crise evocada pelo conflito é sempre um evento revelador que denuncia a precariedade e a transitoriedade do nosso existir. Para Ana Cecília e Ana Maria, de acordo com suas falas, a decisão é racional pela questão financeira, contudo perpassa aos aspectos emocionais de sofrimento e choro.

Todo sujeito é *ser-no-mundo*, e não há mundo que não seja existencial, isto é, existe a correlação entre a objetividade e a subjetividade, e por este motivo, faz-se necessário considerar o modo de conhecer do homem numa relação de intersubjetividade.

Toda percepção exterior é imediatamente sinônimo de certa percepção de meu corpo, assim como toda percepção de meu corpo se explicita na linguagem da percepção exterior. Merleau-Ponty⁸⁶

O que se revela nos seguintes discursos:

“Ninguém sabia que eu comprei o remédio, pensei que sou muito nova e não tenho condições de cuidar. Não pensei no marido, pensei em mim e na criança... Não quero uma criança jogada...”
(Ana Lia)

“Eu deixo de comer para dar ao meu filho. Se tivesse esse filho, estaria fazendo igual a minha mãe...” (Ana Cecília)

A sociedade e a cultura, ao impor a mulher o ideal da maternidade, conduzem a um sofrimento que pode ser entendido como a ruptura do *Ethos* humano⁸. De acordo com Erthal¹⁰³, o *Ethos* pode ser compreendido como as condições fundamentais que possibilitam o ser humano morar, estar e constituir-se como um habitante no mundo humano. Essa ruptura, então, provoca o sentimento de não pertencimento ao mundo humano, devido à falta de espaço para alteridade e singularidade. Portanto, na sociedade que coloca a maternidade como destino da mulher, as falas de Ana Lia e Ana Cecília, não tem espaço no mundo de construção da identidade do que é ser mãe, enraizado em nossa cultura o papel de mãe como ser incondicional de amor e afeto, a de se estar pronto para este papel.

“Fiquei mal, não queria sentir isso. Descobri que meu marido estava usando cocaína, fui nascida e criada na roça e achava que era bebida... Ele é trabalhador, honesto, mas para mim é difícil aceitar as drogas... Ele não tá nem aí... Decidi e pronto.” (Ana Elisa)

“Não contei ao meu marido que estava grávida, a gente não está bem... Fiz tudo escondido com o apoio da minha irmã mais velha...” (Ana Clara)

“Pensava que não queria ter um filho desse namorado, ele é agressivo, me bate, Já me ameaçou de morte e eu não ia morar com ele, porque meu pai ia mandar eu cuidar da minha vida. Então, pedi para minha amiga comprar o remédio... E não contei para meu namorado...” (Ana Carolina)

A perspectiva fenomenológica compreende o sofrimento em sua dimensão existencial/ontológica, isto é, faz parte da condição humana e não está somente atrelado aos acontecimentos que o desencadeiam. Suas manifestações dependem do tempo, da cultura, da história e do próprio indivíduo, sendo, portanto subjetivo e relativo. As falas de Ana Carolina, Ana Clara e Ana Elisa tem em comum o sofrimento pela experiência solitária, em que a própria história com o companheiro revela a magnitude com que elas não têm o controle de algumas circunstâncias da vida.

De acordo com o existencialismo, no contexto do aqui e agora, para essas mulheres, a realização do aborto talvez não fosse a vontade primordial; mesmo partindo-se de uma gestação indesejada, a real necessidade de suas falas é de reconstrução da vida digna ao lado de alguém em que sonhos foram projetados.

5.2.2.2 Temática 2 - A Culpa Como Recurso de Enfrentamento

O fenômeno do aborto provocado é tido como gerador de sofrimento. Muitos foram os sentimentos expressados de forma verbal e não-verbal pelas pacientes entrevistadas: culpa, frustração, tristeza, choro, ansiedade e muitas outras reações psicossomáticas.

A dor psíquica provocada pela perda ocorre sem agressão aos tecidos. O motivo que a desencadeia se localiza no laço afetivo entre aquele que ama e seu objeto amado. Quando a causa se situa além do corpo, há lesão do laço íntimo com o outro, a dissociação brutal do laço que liga ao ser ou à coisa amada. Essa ruptura, violenta e súbita, suscita imediatamente o sofrimento interior, vivido como dilaceramento da alma⁴¹.

Quanto ao sentimento de culpa, presente em todas as falas das pacientes, destaca-se que a culpabilidade está situada em uma série de angústias: a angústia moral, a angústia social e a angústia de castração. Entendendo-se a angústia social como o medo constante de ser criticado, excluído e punido pela sociedade. Pode-se ainda situar a culpa entre outros sentimentos bastante próximos como vergonha, desonra, inferioridade.

No que diz respeito à origem do sentimento de culpa, a pessoa sente-se culpada quando faz algo a que atribui significado de que é errado. Para a Fenomenologia:

O comportamento do indivíduo não é uma reação a realidade como tal, mas, sim, ao significado que ele lhe atribui. Quer dizer, o indivíduo se comporta como resposta ao significado que ele lhe dá ao que existe. Rudio¹⁰⁴

O que é revelado nos seguintes discursos:

“Penso que podia ser uma menina. Não consigo parar de chorar. Choro demais, estou sofrendo, mas já foi. Deus me perdoa. Imagino que no futuro quando eu quiser engravidar não vou conseguir... Mas eu não tinha saída.” (Ana Carolina)

“A criança não pede para vir ao mundo. Tudo que se faz aqui se paga.” (Ana Clara)

“Os motivos foram financeiros, mas tenho medo de castigo... Penso que no futuro vou sofrer, no final da minha vida ficar doente...” (Ana Cecília)

“Estou decepcionada com meu marido, acho que vou ficar doente... Algo vai me acontecer para me punir pelo que fiz...” (Ana Elisa)

“Tive arrependimento, o bebê tava grande e saiu em casa. Acho que vou sofrer um castigo de Deus, mereço muito um castigo, acho que vou perder um filho no futuro...” (Ana Flávia)

“Talvez seja merecedora de um castigo porque o que fiz não foi certo... Senti muito medo...” (Ana Lia)

“Choro muito e estou pedindo perdão a Deus... Penso que o castigo vem mais tarde, que vai acontecer algo comigo, uma doença grave...” (Ana Luisa)

Para todas essas mulheres, de acordo com suas falas, a idéia de sofrer castigo ou punição no futuro revela o sentimento de culpa como a angústia da castração ou o medo de que serão castigadas. Na angústia da castração, evidencia-se o medo que as crianças têm de não serem mais amadas por seus pais porque fizeram algo errado.

O sentimento de culpa é o sofrimento obtido após reavaliação do comportamento tido como reprovável por si mesmo e isto é ratificado nas falas de todas as mulheres.

“Acho que estou arrependida. Eu errei” (Ana Beatriz)

“Me muito sinto culpada, se eu tivesse condições financeiras jamais eu abortaria... Estou arrependida e com a consciência pesada.” (Ana Maria)

“Tenho arrependimento, mas se coloco uma coisa na cabeça faço logo... Não colocaria um filho no mundo para sofrer... Hoje se tivesse esse filho ele iria sofrer.” (Ana Paula)

As falas de Ana Beatriz, Ana Maria e Ana Paula revelam o peso do sofrimento, que de acordo com a fenomenologia, especificamente a obra de Heidegger⁸⁸, é sentido por estarmos na maior parte das vezes mergulhados no cotidiano impessoal e sofremos influências da facticidade na qual nos encontramos no caso os valores morais e éticos da sociedade. E é esta a condição mesma de *sermos-no-mundo*.

Assim, a culpa é a maneira cotidiana de sentir o débito existencial. No cotidiano, ao sentir o débito como culpa, o homem foge, mas este enquanto um ser de abertura sempre estará em débito com as suas possibilidades, na medida em que não poderão realizar todas elas. O sentimento de culpa, enquanto débito é inerente ao ser humano, sendo impossível livrar-se dela⁸.

Contudo, para o Existencialismo, a culpa é sentimento como outro qualquer, resposta à experiência negativa vivenciada; neste caso o aborto provocado. Todo ser humano tem tendência a se dirigir para a plena auto-realização; sendo assim, o

sentimento de culpa pode ser apenas limitação momentânea no processo de auto-realização.

Portanto, podemos entender o sentimento de culpa, expresso por todas as mulheres entrevistadas, como o recurso de enfrentamento da experiência vivenciada do aborto provocado, em que o ato, em si do aborto é tido como reprovável para todas estas mulheres. Vivenciar a culpa é factível a este ato.

5.2.2.3 Temática 3 - Identidade Parental

A construção da parentalidade, processo pelo qual se constrói a identidade de se tornar pai ou mãe, vai além do fator biológico, de gerar, é preciso realizar trabalho introspectivo que começa pela aceitação do que se herda dos próprios pais, aquilo que é relativo à transmissão trans e intergeracional¹⁰⁵.

Elementos se juntam nessa construção e destacam-se histórias com as próprias mães, os conflitos familiares, o relacionamento com o companheiro e o desejo com a gravidez, dentre outros. O bebê anuncia sua existência no interior dos pais muito antes do seu nascimento, na ordem simbólica familiar.

“Não tenho condições psicológicas para ser mãe... Na hora do parto do meu outro filho, ele teve muitos problemas para nascer, foi difícil... Eu tive depressão pós-parto, precisei ir aprendendo a gostar dele. Hoje tenho amor por ele... Quero dar para ele tudo o que eu não tive...Eu não podia errar de novo, quero ser boa mãe.”
(Ana Cecília)

“Quando se tem um filho tem que cuidar e não deixar com a sua mãe para ela cuidar. Para ser mãe tem que ter condições psicológicas...” (Ana Lia)

O amor parental, como qualquer outra forma de amor, é algo construído. Então, como esperar este sentimento dessas mulheres que vivenciam uma gestação indesejada e que carregam de sua história existencial experiências negativas e de privações de amor.

O relato seguinte das pacientes revela a consciência de maternidade como uma construção de amor.

“Ser mãe é ter amor verdadeiro, ter proteção, um filho é tudo...”
(Ana Paula)

“É muita responsabilidade colocar um filho no mundo...” (Ana Helena)

“Sinto-me uma ótima mãe, no momento só penso no meu filho vivo, faço tudo por ele.” (Ana Flávia)

“É preciso ter apoio do marido para ser boa mãe, é preciso ser madura, ser mãe é uma doação...” (Ana Beatriz)

Heidegger¹⁰⁶ afirma que nos relacionamos com os outros no modo do cuidado, entendido como uma maneira ontológica. O cuidado não se refere a uma atitude de proteção e dedicação, isto é, não se reduz a um ato ou inclinação, ele precede todo comportamento e situação.

Portanto, as mulheres apresentam em suas falas características ideais de maternidade, enquanto cuidado e doação extrema, em algumas falas, devido ao histórico previamente relatado, podem inferir que a privação dos cuidados de maternagem a fizeram idealizar o que é necessário para o desenvolvimento do ser-mãe. Enquanto, que outros discursos, nos revelam as fragilidades em que se vivenciam as experiências de gestações que não foram planejadas e que são indesejadas, seja por interromper sonhos futuros e realizações concretas ou por simplesmente adiá-las.

O fato é que estas mulheres que provocaram o aborto habitam um contexto universal de privações de afeto, cumplicidade e respeito, o que caracteriza a representatividade das condições reais socioeconômicas da periferia de uma cidade como São Paulo.

5.2.2.4 Temática 4 - Relações Afetivas Fragilizadas

Os relatos das pacientes apontam para a fragilidade das relações que estas mulheres tinham com sua rede de apoio, seja marido ou namorado, a falta de apoio se

configura como forte fator de dependência para o poder de decisão de levar adiante ou não uma gravidez indesejada ou não planejada. Embora, seis das 11 mulheres fossem casadas, isto não é relevante quando se fala na falta de cumplicidade e apoio em momento tão significativo e decisivo para a vida destas mulheres.

“A minha infância foi muito triste. Sou revoltada com criança, com choro de criança, minha mãe teve muitos filhos, eu só cuidava dos meus irmãos... Não queria ter mais filhos pra cuidar...” (Ana Cecília)

“Falta estrutura familiar, existe dificuldade financeira, mas o importante é um companheiro equilibrado, o meu marido não é responsável, ele é muito novo...” (Ana Flávia)

“Se o meu ex-namorado tivesse sido diferente quando liguei para ele tudo seria diferente... Eu até teria esse bebê... Mas sem ajuda dele não dá.” (Ana Helena)

“Se tivesse conversado com minha família, não abortaria, as coisas seriam diferentes...” (Ana Maria)

“Só é muito bom ser mãe quando se tem apoio do parceiro...” (Ana Luisa)

5.2.2.5 Temática 5 - O Significado do Aborto Provocado

Esta temática do significado do aborto provocado parte de uma pergunta norteadora realizada às pacientes de como se sentiam naquele momento após o aborto e o que gostariam de deixar como mensagem para outras mulheres em condições similares à sua. Na busca de apreender o sentido e os significados atribuídos ao aborto provocado no momento de sua vivência. Entende-se que:

Pesquisar quer dizer ter uma interrogação e andar em torno dela, em todos os sentidos, sempre buscando suas múltiplas dimensões e andar outra vez e outra ainda, buscando mais sentido, mais dimensões, e outra vez mais... A interrogação mantém-se viva, pois a compreensão do que se interroga nunca se esgota. Bicudo¹⁰⁷

Objetivando buscar o significado do aborto provocado através da Fenomenologia, é necessário compreender o fenômeno por ele mesmo, sem apriorismos; isto quer dizer, o “retorno as coisas mesmas”, o que faz com que as falas das pacientes sejam compreendidas na sua essência, por meio de seu desvelamento e num processo de ir e vir; no aproximar-se e distanciar-se da paciente, pois, segundo Bicudo¹⁰⁷:

A investigação fenomenológica trabalha sempre com o qualitativo, com o que faz sentido para o sujeito, com o fenômeno posto em suspensão, como percebido e manifesto pela linguagem; é preciso ir ao sujeito que percebe e perguntarmos o que faz sentido para ele, tendo como método a compreensão do fenômeno investigado. O sujeito expõe aquilo que faz sentido, ou seja, ele relata, descreve o percebido.

Os resultados encontrados nesta temática apresentam a aproximação da compreensão das repercussões psíquicas da vivência do abortamento. Trata-se da realização de análises ideográficas, em que se busca apropriar-se da análise psicológica individual. Efetivamente, trata-se da análise da ideologia que permeia as descrições ingênuas das pacientes. Estas falas são os aspectos psicológicos de cada mulher, o que elas pensam sobre este momento do aborto e o que responde quando lhe solicitado refletir sobre vivência. Nesse sentido, já afirmam Martins e Bicudo¹⁰⁸:

Busca a inteligibilidade que se articula nos discursos de cada sujeito, sua unidade estrutural, as inter-relações dos significados que possui em relação à interrogação feita. É a intersubjetividade, é o entrar, penetrar no mundo do sujeito para compreensão do fenômeno e preocupar-se não com a verdade, mas com a compreensão de suas relações e estrutura.

Observa-se o evento do aborto provocado não como um momento isolado, mas um acontecimento ligado à história familiar e afetiva, construídos ao longo da existência factível desta mulher no mundo. Diversos fatores e situações interferem na vida da mulher resultando em diferentes posicionamentos e enfrentamentos, tal como se observou nos seguintes discursos:

“Eu sinto que se alguém viesse me pedir ajuda, um conselho sobre abortar, eu falaria para não abortar.” (Ana Luisa)

“Tem que pensar muito antes de fazer as coisas desde um filho até um aborto.” (Ana Lia)

“Antes de fazer um aborto, é preciso pensar melhor, pensar por si, eu posso fazer diferente. Tomar esta decisão dentro de si. Eu fiz o aborto não porque eu queria, foram os problemas, a minha vida...” (Ana Flávia)

Ana Flávia, Ana Lia e Ana Luisa, revelaram em suas falas o quão penoso foi à tomada de decisão pelo aborto. Ainda, Ana Luisa deixa implícito que apesar de ter realizado um aborto não acreditava que o aborto fosse a melhor solução para a gestação indesejada; e ainda nos revelou que, para ela, o significado deste aborto foi a falta de apoio e ajuda.

Ana Flávia trouxe em seu discurso o aborto como algo factível à experiência de ser mulher e que esta decisão foi pautada em uma decisão reflexiva. Talvez o aborto provocado para ela tivesse um significado de tomada de decisão no aqui e agora, justificando o aborto não como uma vontade própria, mas sim com as questões circunstâncias econômico-sociais que a levaram a tomar esta decisão.

Reconhecer que a consciência perceptiva é do domínio do vivido, do pré-reflexivo, do imediato:

Minha percepção é como um fecho de luz que revela os objetos onde eles se encontram e manifesta sua presença latente até então. Merleau-Ponty¹⁰⁹

Portanto, estes significados são originais não apenas por ser anterior a outras experiências, mas porque as torna possíveis.

“ Cada um pensa diferente, para vir um filho no mundo, é preciso um relacionamento estável, os dois tem que estar bem... Filhos precisam de educação, amor, carinho e proteção. Não tem que ter filho quando a situação está ruim... O bebê não tem culpa do que a gente faz.” (Ana Elisa)

Para Ana Elisa, o aborto provocado representou o significado da ausência da família, de sentimentos como carinho, proteção e também de educação. Este significado representou em sua grande maioria as mulheres que vivenciaram uma infância de muitas privações, seja material ou emocional. Contudo revelou desejo

consciente de não reprodução deste modelo, o que se destacou nos discursos das seguintes mulheres:

“Viver um aborto traz grande sofrimento, mas ter um filho com necessidades é muito mais sofrimento...” (Ana Cecília)

“O aborto deve ser evitado de qualquer forma... É muito sofrido para nós mulheres.” (Ana Clara)

O aborto provocado para Ana Cecília e Ana Clara apresentou significado de sofrimento; não que para as outras mulheres este sentimento não tenha sido experimentado, no entanto, para estas pacientes especificamente, o sentimento negativo do sofrer tornou-se preponderante e se sobrepôs a outros significados.

Para Heidegger⁸⁸, a facticidade em que nos encontramos nos constitui e em grande parte nos define, a partir do momento que nossas possibilidades e escolhas estão atreladas ao contexto em que nos encontramos como se observou nas seguintes falas:

“É necessário se cuidar e se amar.” (Ana Carolina)

“Pensar bem nas decisões, é um caminho sem volta...” (Ana Beatriz)

“Ninguém pode julgar a gente, tem que levantar a cabeça e força.” (Ana Helena)

Ana Carolina, Ana Beatriz e Ana Helena apresentaram em seus discursos a fala resiliente. Isto é, atribuíram ao aborto provocado o significado de crescimento pessoal e enfrentamento de uma situação adversa com pensamentos positivos.

O Homem, enquanto ser-no-mundo, ao mesmo tempo em que é transformado pelo mundo, também o transforma, sendo, portanto, capaz de ir além das possibilidades que a sua facticidade permite, criando novas possibilidades. Heidegger⁸⁸

O significado do aborto atribuído a estas experiências e vivências não tem a finalidade de esgotar o tema por completo, mas sim de apresentar um recorte do seu significado para estas mulheres que romperam o silêncio e falaram de dor, sofrimento, culpa e desamparo.

Não podemos permanecer nesta alternativa entre não compreender nada do sujeito ou não compreender nada do objeto. É preciso que reencontremos a origem do objeto no próprio coração de nossa experiência, que descrevamos a aparição do ser e compreendamos como paradoxalmente há, para nós, o em si (...) o corpo, retirando-se do mundo objetivo, arrastará os fios que o ligam ao seu ambiente e finalmente nos revelará o sujeito que percebe assim como o mundo percebido. Merleau-Ponty⁸⁶

Como nos ensina a citação, neste caso, o aborto provocado é vivenciado por todos que participam do contexto de vida destas mulheres, suas famílias, os profissionais envolvidos na assistência. Contudo os resultados deste estudo se voltam para as realidades e vivências singulares das mulheres. Explicitar o que realmente as palavras disserem ou não - disseram. A culpa fica evidenciada como um recurso de enfrentamento necessário ao desfecho da vivência do aborto provocado. Apesar de cada mulher, ser única e em sua existência atribuir diferentes significados para seus atos; as categorias temáticas nos revelam sentimentos negativos vivenciados, como sofrimento, dor, vergonha e desamparo. Um modelo de reprodução de sua identidade parental e a falta de apoio do companheiro como condição *sine qua non* para a decisão pelo aborto.

6 Discussão

---

*Refletindo sobre o aborto e as etapas metodológicas:
uma proposta de discussão*

Todo conceito nasce por igualação do não-igual. Assim como o que é uma folha nunca é inteiramente igual à outra, é certo que o conceito de folha é formado por arbitrário abandono dessas diferenças individuais, por um esquecer-se do que é distintivo (...) como se na natureza, além das folhas, houvesse algo que fosse folha, uma espécie de folha primordial, segundo a qual todas as folhas fossem tecidas, desenhadas, recortadas, coloridas, frisadas, pintadas (...) Enquanto cada metáfora intuitiva é individual e sem igual e, por isso, sabe escapar a toda rubricação, o grande edifício dos conceitos ostenta a regularidade rígida de um columbário romano e respira a lógica aquele rigor e frieza que são próprios da matemática.

(Nietzsche)

A primeira grande questão que me ocorre ao escrever este capítulo é o sentido, o porquê de uma metodologia mista. Talvez a ousadia e a coragem, apoiados pela confiança e incentivo de minha orientadora, uma pessoa que se abre às possibilidades e amplia limites, me fizeram sentir-se segura para inovar e desafiar.

As pessoas me questionavam na realização desta pesquisa: mas esta pesquisa é quantitativa ou qualitativa? Talvez, esta resposta eu também buscava. Às vezes, achava que o foco deste estudo era mais quantitativo, e em outros momentos, tinha a certeza que deveria focar nos discursos, seria, então, um estudo qualitativo. Assim, refleti e aos poucos encontrei as respostas subjetivas aos porquês, ao meu desejo, ao meu direcionamento metodológico.

Entendi que o que mais me incomodava ao desenhar este estudo era a radicalização, a existência de preconceitos e os dilemas sobre métodos e a evidência de uma incomunicabilidade entre os pesquisadores ditos “qualitativos” e os “quantitativos”. É interessante utilizar a metáfora do *honesto e humilde artesão*, que Cardano apud Serapioni¹¹⁰, elaborou para superar, com criatividade e eficácia, o dilema metodológico (qualitativo-quantitativo) que sempre angustiou aos pesquisadores:

Os pesquisadores de tradição quantitativa parecem inspirar-se na produção em série (...) mostrando como os procedimentos adotados se inscrevem em um modelo científico uniforme e

amplamente compartilhado. Por outro lado, na pesquisa qualitativa prevalece um modelo de argumentação que parece inspirar-se na produção artística. A proposta do autor é de um percurso alternativo que possa sobrepor a produção mais modesta do artesão, as figuras míticas do artista solitário ou da produção em série.

Portanto, cada método tem suas especificidades e a aplicabilidade na área da saúde, apenas depende das estratégias que possibilitem seu melhor uso e integração. Fato é que este estudo também permeia a interface da área de humanas e ciências, pois tenho formação em psicologia e o estudo está situado em uma clássica faculdade de medicina com padrões bem definidos de elaboração de pesquisas e tradicionalmente com estudos quantitativos. Para ousar e inovar é preciso buscar um meio termo ou talvez uma profusão de dois métodos, afim de que os achados finais sejam os melhores possíveis e de contribuição para a sociedade.

Contudo, nas etapas metodológicas (quantitativa e qualitativa) o procedimento envolveu a entrevista. Entendendo, esta como um encontro no qual a subjetividade mútua (entrevistado e entrevistador) emerge, facilitando a aproximação e a interação com o que é velado – o fenômeno do aborto.

Os fenômenos psíquicos são vividos pelo psicólogo que os pretende estudar, mas, para manter determinada atitude científica, ele procura estudá-los nas outras pessoas, que passam, então, a serem os sujeitos de suas investigações. A ciência, então, esta entrelaçada à vivência do psicólogo; e é nesta alternância das teorias com sua vivência que ele vai chegando às suas preferências teóricas e convicções, como profissional e como ser humano, que experimenta alegrias e tristezas semelhantes às dos sujeitos que ele pretende conhecer. Assim, a teoria Fenomenológico-Existencial somada à experiência dos atendimentos psicológicos de mulheres que vivenciaram ao aborto foram elementos essenciais para elaboração desta pesquisa.

Portanto, propõe-se uma reflexão acerca dos achados numéricos desta pesquisa, pois temos que as mulheres do grupo com aborto provocado apresentam escolaridade e renda familiar significativamente inferior em comparação com o grupo de aborto espontâneo. No entanto, em estudo realizado por Barbosa et al.¹¹¹, não foi observada associação entre escolaridade inferior e relato de aborto induzido, tal como nos estudos de Olinto et al.¹¹² e Kac et al.¹¹³, em que existe a correlação

entre o nível de escolaridade inferior e as altas taxas de aborto provocado. Nesse sentido, duas ressalvas se fazem necessárias. A primeira refere-se ao fato, apontado pelos estudos^{6,114,115} de que a escolaridade associa-se negativamente à gravidez indesejada e positivamente à prática de aborto, ou seja, mulheres com maior escolaridade têm menores chances de gravidez indesejada, mas uma vez grávidas têm maiores chances de interromper uma gestação do que mulheres de menor escolaridade. Além do fato, de que, a grande maioria das pesquisas sobre aborto acontece em hospitais públicos e a mulher com melhor nível sócio-econômico se utiliza de serviços de saúde privado.

Portanto, ao analisar a ocorrência de aborto ao longo da vida, é fundamental levar em conta que tal oposição pode mascarar o efeito final da escolaridade na sua prática. O que apreende de fato é que os contextos socioeconômicos e culturais podem ser mais determinantes nas escolhas reprodutivas, pois mulheres com nível socioeconômico melhor tendem a utilizar recursos privados para realização do aborto, e as mulheres economicamente menos favorecidas tendem a se sujeitarem a abortos inseguros com hospitalização ou não no SUS^{8,15}.

O estudo de revisão de Menezes e Aquino⁶, apresenta que nas últimas três décadas, emergiu e se consolidou, no Brasil, um novo campo de produção científica articulando as temáticas de gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Dentre os objetos que vêm sendo investigado nesse campo, o aborto tem sido estudado, reconhecendo-se sua importância como problema de saúde pública no país, buscando-se um diálogo com movimentos sociais nacionais e internacionais que incluem o tema como prioridade em suas agendas.

De acordo com Schiavo¹¹⁶, não há dúvidas que estamos vivendo uma crise social sem precedentes: os pobres estão cada vez mais pobres, são em número cada vez maior e foi preciso criar um novo conceito e uma nova expressão para designar aquelas pessoas às quais é negada a satisfação das necessidades básicas de moradia, saúde, alimentação e educação – são os excluídos. Este estudo realizado em dois hospitais públicos da periferia da cidade de São Paulo nos revela esta condição de exclusão das mulheres entrevistadas.

Se o sistema público de saúde vem melhorando, muito ainda há de se fazer para o atendimento integral das reais necessidades da população, em especial na atenção à saúde da mulher. Mulheres com recursos financeiros têm acesso a métodos seguros de interrupção da gestação, enquanto outras, de classes menos favorecidas, são obrigadas a se submeter a procedimentos inseguros que podem até colocá-las em condições de risco de morte. Enfim, para elucidar o que corrobora com a literatura sobre aborto provocado tem-se como um dos motivos para que a mulher recorra ao aborto, a falta de condições financeiras, seguido pela falta de apoio do pai do bebê.

De acordo com a revisão da literatura sobre aborto provocado, os estudos demonstram que é necessário que se discutam as razões que levam a mulher abortar e as consequências dessa decisão. De acordo com Vieira et al.⁷⁴, para saber o que seria o melhor para cada mulher, seria preciso estabelecer relacionamento interpessoal de confiança mútua e que o profissional esteja atento aos limites de sua atuação, uma vez que poderá estar ferindo o princípio da autonomia. Contudo, considera que os governos devem esforçar-se em promover os direitos, os graus de protagonismo social e saúde da mulher, devem tentar prevenir a gravidez indesejada por meio da educação, do aconselhamento e da disponibilização da informação adequada que permita decisões reprodutivas adequadas, recorrendo ao planejamento familiar e não ao aborto, que não constitui método contraceptivo.

É importante ressaltar que os motivos que levam a mulher a praticar o aborto na maioria das vezes estão inter-relacionados, tendo quase sempre o envolvimento de mais de um fator, de tal modo que um influencia o outro em processo dinâmico e complexo. Diversos estudos apontam o aborto como questão de saúde pública, seja pela incidência maior em mulheres de condições socioeconômicas menos favorecidas ou pelas formas de prevenção da gravidez indesejada na população de faixa etária adolescente.

Portanto, é difícil compreender a resposta emocional da mulher diante da interrupção da gravidez, seja espontânea ou provocada, se não tiver presente, o significado que aquela gravidez tem e se corresponde ou não a um projeto de vida⁷⁰. Diante desses sentimentos, o aborto acontece na maioria das vezes em silêncio,

permeado pela culpa, desamparo e solidão; já que a sociedade recrimina o aborto e não existe o espaço para que se possa falar sobre este significado. Para Pattis³³ “talvez fosse menos doloroso olhar a vida como realmente ela é ou como está sendo, ao invés de escondê-la ou mantê-la na clandestinidade”.

Diversos estudos^{2,5,8,57,77} enfatizam a existência de conflitos psicológicos nas situações de interrupção da gravidez originados por transtornos da vivência do feminino. Outro aspecto que pode condicionar a rejeição da gravidez relaciona-se com as dimensões mais pragmáticas da vida: o trabalho, os aspectos financeiros e a possibilidade de participação ativa na vida social. Quanto mais obstáculos surgirem nesta área, maior será a probabilidade da mulher rejeitar a gestação. As dúvidas excessivas levam a uma vivência de sofrimento da mulher que têm significativas repercussões fisiológicas e psicológicas, frente ao aborto provocado.

Conforme encontrado, neste estudo, por meio do discurso das mulheres que provocaram o aborto, são muitos os motivos que levam a mulher a esta decisão: condições econômicas precária, ausência de estrutura familiar adequada, redes de apoio fragilizadas, falta de apoio do pai do bebê, entre outros fatores mencionados no capítulo anterior. Buscar a compreensão do aborto provocado em todas as suas interfaces permite constatar esta vivência não como acontecimento único e transitório, mas como evento que possui uma história prévia, envolve aspectos biopsicossociais, de identidade com a maternidade, enfim com o feminino e que não termina após a alta hospitalar, ou seja, é acontecimento relacionado e resultante da história de vida passada, presente e futura. Para Forghieri³⁹, existir implica, para o ser humano, prosseguir em direção ao futuro, cuja abertura de possibilidades não se limita a uma projeção do passado; tal prosseguimento requer, também, correr o risco de se soltar na fluidez e imprevisibilidade do futuro; e este soltar-se só pode ser encontrado na vivência imediata, pré-reflexiva.

O ser humano está sempre orientado para algo que o transcende, seja em sentido de realizar, seja num momento a vivenciar, vivendo sempre o presente com a consciência de sua vontade própria e a sua força para a ação. Assim o ser humano está estruturado para relacionar-se com tudo que o situa e a vivência de estar no mundo é um projeto no tempo.

Dentre as muitas possibilidades deste existir, as mulheres que provocaram o aborto, sujeitos desta pesquisa, apresentavam em sua fala a vivência do momento conflitante, e buscavam internamente recursos psicológicos de enfrentamento. Pode-se afirmar que para estas mulheres que vivenciam a exclusão seja material, educacional ou de afeto, o fator primordial para tomada de decisão pelo aborto foi a falta de apoio do companheiro, o pai do bebê.

É na linguagem que os entes tornam-se representados nos signos, adquirem significação e se tornam comunicáveis. Forghieri³⁹

Assim, é por meio da fala das mulheres carregada de culpa, solidão e desamparo que muitas delas expressam e nos revelam o desejo de um futuro melhor, em que há a projeção de sonhos e expectativas positivas no amanhã, garantindo um sentido para o hoje, para a resolução de um conflito. Enfim, de alguma forma, tentam aceitar sua condição.

Meu presente se abre sobre um passado, que, entretanto, não fico mais, e meu futuro que ainda não vivo e que não viverei talvez. Merleau-Ponty⁸⁶

De acordo com os discursos das mulheres que provocaram o aborto, o sentimento que prevalece é de culpa, confirmando o que apontam os estudos sobre o aborto. E esta culpa é sentida como dívida com valores morais; ao mesmo tempo em que ocupa um espaço de enfrentamento do momento vivenciado. Outro aspecto freqüente na fala das mulheres é a falta de apoio do companheiro, pai do bebê. A tomada de decisão pelo aborto é feita em momento de reflexão, muitas vezes pautada no sofrimento e em desamparo. Essas mulheres vêm de uma construção de identidade parental com privações de afeto, respeito e valores; replicam a história de suas próprias mães; e o aborto faz parte desta história.

Portanto, neste estudo fica evidente um grande e maior tema: A culpa e as relações afetivas fragilizadas, como a essência do significado do aborto provocado, sendo, outros três subtemas: a identidade parental, a percepção de conflito, a dor, o desamparo e o sofrimento considerados elementos essenciais para compor o maior tema, conforme demonstrado na figura 3.

Figura 3 - O maior tema e os três subtemas que descrevem a vivência das mulheres que provocaram aborto

Finalizando, para a fenomenologia a culpa é um passado que se torna presente e é ontológica a condição humana; sempre estará presente em nossas vidas; a medida que você releva algo que você gostaria de ter feito diferente; porém você a (re) significa a medida que a compreende, ou melhor recria um novo valor, daí a (re) edificação, é um ponto de partida para novas possibilidades. O aborto é uma questão de saúde pública e para que as mulheres possam partir para novas possibilidades é preciso que se atente para uma assistência humanizada dos profissionais de saúde e que a escuta psicológica se faça presente. O aborto permeia a existência da mulher; mas as consequências deste ato permeiam a sociedade.

7 Considerações Finais

“A Chegada”

*“O universo não é uma idéia minha
A minha idéia do universo é que é uma idéia minha
A noite não anoitece pelos meus olhos
A minha idéia da noite é que anoitece por meus olhos”
(Fernando Pessoa)*

Torna-se importante ressaltar nestas considerações finais que chegamos a duas conclusões, uma quantitativa e outra qualitativa. A primeira, quantitativa refere-se à diferença estatística significativa para o grupo das mulheres com aborto provocado em comparação com as mulheres de aborto espontâneo, nos seguintes itens:

- menor escolaridade;
- menor renda familiar;
- sentimentos negativos foram vivenciados no momento da descoberta e confirmação da gestação.

Na análise qualitativa do discurso das mulheres que provocaram o aborto chegamos a algumas considerações:

- A culpa foi sentimento vivido por todas as mulheres, sendo este um recurso de enfrentamento desta vivência;
- A maioria das mulheres apresenta em seu discurso a identidade parental como fator que permeia a sua existência e carrega consigo uma história prévia de desamparo e privação de afeto no contexto familiar;
- O ato decisório da tomada de decisão pelo aborto é desvelado pelo discurso das mulheres nas redes de apoio fragilizadas, isto é, a falta de apoio do companheiro e pai do bebê é questão crucial para se decidir pelo aborto.

Esta pesquisa teve como propósito olhar para estas mulheres da periferia de São Paulo, que vivem em contexto de exclusão social, educacional e do próprio sistema público de saúde de maneira diferenciada. Queria se extrair do discurso

destas mulheres nas entrevistas o que fica oculto em uma assistência hospitalar para procedimentos pós-aborto. Foi necessário um espaço de escuta e de relação mútua para que se pudesse apreender o significado do aborto para elas e assim, desvelar angústia, medo e sofrimento. Contudo, este estudo não tem a pretensão de esgotar este assunto e nem lançar novos pressupostos teóricos, apenas faz-se necessário lançar um novo olhar para um tema complexo e carregado de estigmas. O desejo é que este estudo possa favorecer a comunidade científica e assegurar aos profissionais de saúde que lidam com estas mulheres melhores formas de assistência, mais humana, digna e respeitosa. E que se façam seguimentos deste estudo para que possamos atuar na prevenção e nas melhores condições de assistência à saúde holística das mulheres que abortam.

8 Anexos

ANEXO A**ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****Mulheres com diagnóstico de aborto**

Data da entrevista: ____/____/____

Protocolo no. _____

I – Dados de Identificação

Nome _____ Registro do Hospital _____

Telefone contato _____ Data de nasc.: ____/____/____ Idade: _____ anos

Escolaridade: ( ) Fundamental Incompleto   ( ) Fundamental Completo
                       ( ) Médio Incompleto   ( ) Médio Completo
                       ( ) Superior Incompleto   ( ) Superior Completo

Estado civil: ( ) casada   ( ) solteira sem namorado   ( ) solteira com namorado
                       ( ) viúva   ( ) separada/divorciada

Tempo de relacionamento com parceiro atual: ____ Ocupação/ Profissão: _____

Renda pessoal: ____ Renda familiar: ____ Quantas pessoas vivem com essa renda? ____

Local onde nasceu (cidade, estado, país): _____

Com quem reside atualmente? _____

Idade do pai: ____ anos   Idade da mãe: ____ anos   Irmãos: Quantos? ____

Número de gestações _____ Filhos vivos _____

Número de partos anteriores _____ Quantos partos vaginais _____

Quantas cesáreas _____ Quantos Fórcepe _____

Abortos espontâneo?   ( ) sim   ( ) não   Quantos _____

Abortos provocado?   ( ) sim   ( ) não   Quantos _____

Quantas curetagens? _____

Idade gestacional da ocorrência do aborto (em semanas) _____

Você tem religião? ( ) Sim   ( ) Não   Qual?

ROTEIRO DE ENTREVISTAS**II. Concepção**

1. Quando você suspeitou da gravidez, qual foi a sua reação?

( ) positiva

( ) negativa

( ) ambivalente

( ) não especificada

2. Quando confirmou a gravidez estava sozinha ou acompanhada?

( ) sozinha (ir para questão 3) ( ) acompanhada (ir para 2.1)

2.1 De quem? _____

( ) marido/companheiro ( ) familiar ( ) amigo(a) ( ) outros

3. O que você sentiu no momento da confirmação da gravidez?

( ) positiva ( ) negativa ( ) ambivalentes ( ) não especificados

( ) soube da gravidez junto com o diagnóstico de aborto

4. Qual foi a reação do companheiro / pai do bebê ao saber da gravidez?

( ) positiva ( ) negativa ( ) ambivalentes ( ) não especificados

( ) soube da gravidez junto com o diagnóstico de aborto

5. Quem mais ficou sabendo da gestação? _____

( ) marido/companheiro ( ) familiar ( ) amigo(a) ( ) todos ( ) outros

6. Quem contou?

III. Aborto Espontâneo

(perguntas somente para as mulheres que vivenciaram o aborto espontâneo)

7. Depois que soube da gravidez, quanto tempo levou para ocorrer o aborto?

_____ (em dias)

8. Como se sentiu durante estes dias em que estava grávida?

( ) positiva ( ) negativa ( ) ambivalentes ( ) especificados

9. Gostaria que você me contasse como que o aborto aconteceu.

10. O que imagina que causou o aborto?

11. Você teve o apoio de alguém? ( ) não ( ) sim

Quer comentar algo sobre isso?

12. Conte como foi a participação do parceiro no processo do aborto, até esse momento.

( ) participação satisfatória ( ) participação insatisfatória ( ) não participou

IV. Aborto Provocado**(perguntas somente para as mulheres que provocaram o aborto)**

13. Depois que soube da gravidez, quanto tempo levou para decidir pelo aborto?
_____ (em dias)

14. Fale-me como você se sentiu durante estes dias?

15. Gostaria que você me contasse como foi tomar a decisão de provocar o aborto. O que você pensou e como tudo aconteceu?

16. Você precisou de apoio de alguém para realizar o aborto? ( ) sim ( ) não

17. Explique.

18. Conte-me como foi a participação do parceiro no processo de decisão do aborto.

( ) apoiou ( ) não apoiou ( ) não opinou

( ) exigiu o aborto

( ) não participou

( ) esteve ao seu lado no momento do aborto

( ) não esteve ao seu lado no momento do aborto

19. Quais os motivos que levaram você a fazer o aborto?

20. Em algum momento teve dúvidas quanto a fazer o aborto? Algo lhe deixou indecisa?

21. Conte-me quais eram as suas dúvidas, o que você pensava?

22. Numere as opções a seguir de acordo com a ordem de importância pensando qual o fator que mais influenciou na realização do seu aborto. As situações que não tiverem ocorrido ou influenciado não devem ser marcadas.

( ) Situação econômica

( ) Falta de apoio do pai da criança

( ) Não desejo pela gravidez

( ) Reprovação social

( ) Reprovação familiar

( ) Profissão/Estudos

( ) Ser mãe

( ) Outros _____

Fale-me sobre a sua primeira opção.

V. Culpa**(perguntas somente para as mulheres que provocaram o aborto)**

23. Neste momento, pensando no aborto, você tem algum sentimento de culpa?

( ) sim ( ) não

23.1 Por quê?

24. Você imagina que no futuro pode acontecer algo que você vai dizer “isso só está me acontecendo por causa deste aborto”. Explique

25. Você acredita ser merecedora de um “castigo”? Explique

26. Quem soube do aborto?

27. Qual foi a reação das pessoas que souberam do aborto?

29. Você acredita que alguém ou alguma coisa poderia ter evitado que ocorresse / que você fizesse o aborto?

( ) sim ( ) não

29.1 Por quê?

30. Se o tempo voltasse atrás e você se encontrasse na mesma situação vivida você acredita que faria tudo exatamente como fez ou faria algo diferente?

( ) igual ( ) diferente ( ) não sabe

30.1 Por quê?

VI. Reflexões**(Para todas as mulheres)**

31. O que você pensa sobre ser mãe?

32. Depois de vivenciar o aborto, que mensagem daria para outras mulheres que se encontram nesta mesma situação?

ANEXO B

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME: .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: ..... SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....
2. RESPONSÁVEL LEGAL: .....
NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE: ..... SEXO: M ☐ F ☐
DATA NASCIMENTO: ...../...../.....
ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO .....
BAIRRO: ..... CIDADE: .....
CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....) .....

DADOS SOBRE A PESQUISA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO**

PESQUISADOR: .....Roseli Mieko Yamamoto Nomura.....

CARGO/FUNÇÃO: .....Médica..... INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº ....CRMSP 59590....

UNIDADE DO HCFMUSP: .....Divisão de Clínica Obstétrica.....

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒ RISCO MÉDIO ☐
RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : .....3 anos.....

- 1 - Esta pesquisa está sendo realizada com o objetivo de estudar os problemas relacionados ao aborto provocado, comparando com os casos de aborto não provocado. Estamos procurando saber quais os aspectos relacionados ao aborto e se todo esse processo traz algum problema de culpa, depressão ou ansiedade para a mulher.
- 2 - Se você concordar em participar desta pesquisa, será feito o seguinte: em uma sala fechada, sem nenhuma outra pessoa ou acompanhante, uma psicóloga irá conversar com você sobre o aborto e fará perguntas sobre sintomas que possam estar relacionados com depressão e ansiedade.
- 3 - A entrevista pode demorar cerca de trinta minutos.
- 4 - Se você sentir-se desconfortável, podemos suspender a entrevista e continuar em outro momento se você assim desejar, ou mesmo deixar de realizá-la sem prejuízo nenhum ao seu atendimento ou a qualquer orientação que possamos te dar.
- 5 - A entrevista é realizada por uma psicóloga e, como benefício, caso seja detectado algum problema de depressão ou ansiedade, será providenciado o acompanhamento psicológico especializado.
- 6 - Você pode, a qualquer momento, desistir da entrevista, e isso não trará nenhum problema para o seu atendimento.
- 7 - Em qualquer momento, você pode ter os resultados da entrevista realizada nesta pesquisa e resolver qualquer dúvida sobre o tipo do exame, riscos para você ou seu bebê e vantagens dos exames. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a investigadora principal: Dra ROSELI M. Y. NOMURA, que pode ser encontrada no endereço Av. Enéas de Carvalho Aguiar 255, 10º andar, sala 10.037, Clínica Obstétrica, Fones: 99373001, 30696209 para qualquer esclarecimento.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br
- 8 - Você pode, também, desistir a qualquer momento de seu consentimento sem prejudicar seu atendimento neste hospital. Qualquer problema ou anormalidade, seu acompanhamento será direcionado para setor especializado, neste mesmo hospital.
- 9 - Todos os seus dados e exames serão guardados em segredo, e seu nome não aparecerá em nenhum resultado nesta pesquisa.
- 10 - Qualquer resultado que você desejar saber sobre a pesquisa; será informado.
- 11 - Não há custeio de despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas e não há pagamento relacionado à sua participação.
- 12 - Em caso de dano pessoal, diretamente causado por esta pesquisa (nexo causal comprovado), você tem direito a tratamento na Instituição, bem como às indenizações estabelecidas pela lei brasileira.
- 13 - Os pesquisadores comprometem-se a utilizar os dados e o material coletado nesta pesquisa somente para os fins aqui estabelecidos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO”. Eu discuti com os pesquisadores sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concorde voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal   Data   ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha   Data   ____ / ____ / ____
para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores
de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido
deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo   Data   ____ / ____ / ____

Anexo C

3.3.2.35

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 23/04/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0075/08**, intitulado: "**CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO**" apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **PROFA. DRA. ROSELI MIEKO YAMAMOTO
NOMURA**

Pesquisador (a) Executante: **DRA. GLÁUCIA ROSANA GUERRA BENUTE**

CAPPesq, 23 de Abril de 2008

PROF. DR. EDUARDO MASSAD
Presidente
Comissão de Ética para Análise de Projetos de
Pesquisa

CIÊNCIA

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 03/06/2009, **TOMOU CIÊNCIA** do(s) documento(s) abaixo mencionado(s) no Protocolo de Pesquisa nº **0075/08**, intitulado: **"CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO"** apresentado pelo Departamento de **OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA**.

- Carta datada de 27.02.09 - Solicitação da inclusão das pesquisadoras Cristina M. Gigliotti Borsari e Ana Luiza S. Tavares como executantes no projeto e Relatório de Andamento

Pesquisador (a) Responsável: **Dra. Roseli Mieke Yamamoto Nomura**

CAPPesq, 03 de Junho de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
**Presidente da Comissão
de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa**

Anexo D **DECLARAÇÃO**

Declaro que, atendendo às exigências da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fica autorizada a coleta de dados da pesquisa sob o registro 0075/08, intitulada “CULPA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA VIVÊNCIA DO ABORTAMENTO PROVOCADO”, coordenada pela Profa. Dra. Roseli M. Nomura e financiada pelo CNPq/Ministério da Saúde.

A pesquisadora executante, Cristina Mendes Gigliotti Borsari, Psicóloga do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M'Boi Mirim e aluna de pós-graduação do Departamento de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tem aprovação desta Instituição e assume a responsabilidade pela pesquisa a ser realizada no período de janeiro de 2009 à janeiro de 2010.

São Paulo, 20 janeiro de 2009.

Silvio Possa
Diretor
Dr. Silvio Possa
Diretor Executivo
Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch
M'Boi Mirim

9 Referências

---

1. Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety disorders following miscarriage. *J Clin Psychiatr.* 2001; 62:432-8.
2. Benute GRG. *Abortamento como um processo psicossocial: uma interpretação junguiana; perda e culpa, depressão e ansiedade* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.
3. Brier N. Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth.* 2004; 31:138-42.
4. Harris AA. Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2004; 49(2):105-12.
5. Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Pau Enferm.* 2006; 19(4):462-7.
6. Menezes G, Aquino EM. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. In: Rocha, MIB & Babosa, RM (Orgs). *Aborto no Brasil e países do cone sul: panorama da situação e dos estudos acadêmicos*. Campinas NEPO-UNICAMP. 2009; 119-54.
7. Veiga DS. Luto e aborto espontâneo. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde.* 2009; 4(8). Disponível em: <<http://alamysusana.sites.uol.com.br/edicoes.html>> Acesso em: 03/03/2011.
8. Rebouças MSS. *O aborto provocado como uma possibilidade na existência da mulher: reflexões Fenomenológico-Existenciais*. [dissertação]. Rio Grande do Norte: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.

9. Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010; 24(5):657-65.
10. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Vlaeyen JW. The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Med.* 2003; 23:804.
11. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2003; 23:929-58.
12. Major B, Appelbaum M, Beckman L, Dutton MA, Russo NF, West C. Abortion and mental health: evaluating the evidence. *Am Psychol.* 2009; 64(9): 863-90.
13. Assunção AT, Tocci HA. Repercussão emocional do aborto espontâneo. *Rev Enferm UNISA.* 2003; 4:5-12.
14. World Health Organization. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977; 56(3):247-53.
15. Diniz D. Aborto e saúde pública no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007; 23(9):1992-3. Acesso em: 30/03/2011.
16. Silva RSE. Especulações sobre o Papel do Aborto Provocado no Comportamento Reprodutivo das Jovens Brasileiras. *Rev Bras de Estudos da População.* 2002; 19(2): 249-61.
17. Kero A, Hogberg U, Lalos A. Wellbeing and mental growth – long-term effects of legal abortion. *Soc Sci Med.* 2004, 58:2559-69.

18. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RS. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(1):78-88.
19. Biondo S. Argumentações filosóficas em favor da despenalização do aborto. Universidade Católica de Pernambuco. 2002; 2(1):83-5.
20. Faundes A & Barzelatto J. O drama do Aborto: em busca de um consenso. Campinas: Editora Komedi; 2004.
21. Majlessi F, Forooshani AR, Shariat M. Prevalence of induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Isfahan. *East Mediterr Health J.* 2008; 14:103-9.
22. Silva DFO, Bedone AJ, Faundes A, Fernandes AMS, Moura VGAL. Aborto provocado: redução da frequência e gravidade das complicações. Consequência do uso de misoprostol? *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2010; 10(4):441-7.
23. Benute GRG. *Do diagnóstico de malformação fetal letal à interrupção da gravidez: psicodiagnóstico e intervenção.*[tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
24. Hardy E, Costa RG, Rodrigues T, Moraes TM. Características atuais associadas à história de aborto provocado. *Rev Saúde Pública.* 1994; 28:82-5.
25. Benute GRG, Kasai K, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. O aborto por anomalia fetal letal: do diagnóstico à decisão entre solicitar ou não alvará judicial para interrupção da gravidez. *Rev Tribunais.* 2007; 859:485-509.
26. Costa RG, Hardy E, Osis MJD, Faúndes A. A Decisão de abortar: processo e sentimentos envolvidos. *Cad. Saúde Pública.* 1995; 11(1): 97-105.

27. Hardy E, Rebello I, Rodrigues T, Moraes TM. Aborto provocado: diferenças entre pensamento e ação. *Rev Ginecol e Obstet*. 1991; 2:111-6.
28. Villarreal JM, Mora MT. Embarazo Indeseado y Aborto: Determinantes de la Interrupción del Embarazo no Deseado y Características de las Mujeres que Abortam. *Orientame*. 1992. Bogotá: Editorial Presencia.
29. Mota NP, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders, and suicidal behavior in nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55(4):239-47.
30. Langer M. *Maternidade e Sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1981.
31. Maldonado MT. *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério*. 17ª ed. Petrópolis: Saraiva; 1997.
32. Olinto MTA & Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 15(5):331-6.
33. Pattis E. *Aborto Perda e Renovação: um paradoxo na procura da identidade feminina*. São Paulo: Editora Paulus; 2000.
34. Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lucia MCS, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(3): 322-7.
35. Szejer M, Stewart R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez ao nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
36. Quayle JMBR. *A maternidade em crise: origens e repercussões emocionais do abortamento espontâneo*. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1991.

37. Soifer R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1986.
38. AmatuZZi MM. Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud psicol (Campinas)*. 2009; 26(1):93-100.
39. Forghieri YC. *Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: CENGAGE Learning; 2009.
40. Teodoro FLM. *Aborto Eugênico: delito qualificado pelo preconceito ou discriminação*. Curitiba: Editora Juruá; 2007.
41. Santos EP. *Repercussões psíquicas do abortamento em mulheres atendidas em um hospital de referencia na cidade do Recife: estudo qualitativo*. [tese]. Recife: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil; 2009.
42. Schor N & Alvarenga AT. O aborto: um resgate histórico e outros dados. *Rev Bras de Cresc e Desenv Hum*. 1994; 4(2):7-12.
43. Galeotti G. *História do Aborto*. Edições 70; 2007.
44. Vinhas W. O Aborto na História. 2005; disponível em: <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2005/10/332888.shtml> Acesso em: 25/01/2011.
45. Del Priore M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio; 1993.
46. Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Perspect*. 1999; 25(suppl.):30-8.

47. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associate mortality in 2003*. 5ª ed. Genebra, Suíça, 2007.
48. World Health Organization [WHO] & Guttmacher Institute. 2007. Facts on induced abortion worldwide. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion_facts/en/index.html Acesso em: 25/01/2011.
49. Adesse L & Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. Disponível em: <HTTP://www.ipas.org.br> Acesso em 12/09/2011.
50. Jones RK. Changes in abortion rates between 2000 and 2008 and lifetime incidence of abortion. *Obst and Gynec*. 2001; 117(6): 1358-66.
51. Adesse L. A importância da norma técnica para atenção humanizada ao abortamento. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva*. 2005. Disponível em: <HTTP://www.ipas.org.br/revista/maio05.thml#um>> Acesso em 12/09/2011.
52. Diniz D, Correa M, Squinca F, Braga, K S. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(4):939-42.
53. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Friday E. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*. 2006; 368:1908-19.
54. Brasil. Ministério da Saúde (2007a). Aborto e saúde pública: 20 anos de pesquisa no Brasil. Disponível em: HTTP://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/aborto_e_saude_publica_vs_preliminar.pdf Acesso em 20/11/2010.

-
55. Brasil. Ministério da Saúde (2007b). Relatório de gestão 2003 a 2006: política nacional de atenção integral à saúde da mulher. Disponível em: HTTP://www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_2003a2006_politica_saude_mulher.pdf> Acesso em 21/11/2010.
  56. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet – sexual and reproductive series*. 2006; 4:1-13.
  57. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Serruya SJ. Revisão sistemática sobre Morbidade Materna Near Miss. *Cad de Saúde Pública*. 2006; 22(2):255-64.
  58. Nader PRA, Blandino VRP, Maciel ELN. Características de abortamentos atendidos em uma maternidade pública do município da Serra – ES. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4): 615-24.
  59. AADS/IPAS Brasil. Magnitude do aborto no Brasil: uma análise dos resultados de pesquisa. *Rev de Saúde Sexual e Reprodutiva*. 2007. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF>>. Acesso em: 21/11/2010.
  60. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de Gravidez na Adolescência, Fatores Associados e Resultados Perinatais entre Puérperas de Baixa Renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):153-61.
  61. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na Adolescência: Perfil Sócio-Demográfico e Comportamental de uma População da Periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1):177-86.
  62. Ahman E, Shah I. Unsafe Abortion: Worldwide Estimates for 2000. *Reprod Health Matters*. 2002; 10(19):13-17.

63. Gamble SB, Lilo TS, Parker WY, Cook DA, Zane SB, Hamdan S. Abortion Surveillance – United States, 2005. *MMWR Surveillance Summaries*. 2008; 57(13):1-32.
64. Diniz D & Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1):959-66.
65. Marques MS & Bastos MAR. Aborto provocado como objeto de estudo em antropologia da saúde. *Rev Min Enfermagem*. 1998; 2 (2):57-61.
66. Freire TCG & Chatelard DS. O aborto é uma dor narcísica irreparável? *Rev mal-estar e subjetividade*. 2009; 9(3): 1007-22.
67. Tedesco RP, Cecatti JG, Maia Filho NL. Efetividade de duas diferentes doses de misoprostol por via vaginal para reparo cervical e indução de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002; 24(10):641-6.
68. David MAO, Benute GRG, Fraguas Junior R, Nomura RMY, Lucia MCS, Zugaib M. Depressão em grávidas hipertensas: preocupações maternas durante a gestação. *Psicol Hosp*. 2008 6(1):2-20.
69. Zucchi, M. Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. *Cad Saúde Pública*. 1999; 15(1):89-98.
70. Rodrigues ASN. *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, em uma gravidez seguinte*. [dissertação]. Lisboa-Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da educação, 2009.
71. Mathelin C. *O sorriso da Gioconda*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

-
72. Rohden F. *A arte de enganar a natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
73. Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Rego G, Nunes R. Aborto provocado na adolescência sob a perspectiva bioética. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010; 10(2):311-19
74. Vieira LM, Goldberg TB, Saes SO, Doria AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc Saúde Colet*. 2007; 12:1201-8.
75. Steinberg JR. Later abortions and mental health: psychological experiences of women having later abortions – a critical review of research. *Women's Health Issues*. 2011; 21(3):44-8.
76. Viera LM, Goldberg TBL, Saes SO, Doria AAB. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(supl2): 3149-3156.
77. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal five-year follow-up study. *BMC Med*. 2005; 3:51.
78. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. An Illusion of Power: Qualitative Perspectives On Abortion Decision - Making Among Teenage Women in Sweden. *Perspect Sex and Reprod Health*. 2009; 41:173-80.
79. Mello Filho J. *Psicossomática Hoje*. Porto alegre: Artmed, 1992.
80. Benute GRG, Nomura RMY, Liao AW, Brizot ML, Lucia MCS, Zugaib M. Feelings of women regarding end-of-life decision making after ultrasound diagnosis of a lethal fetal malformation. *Midwifery*. 2011, doi:10.1016/j.midw.2011.06.11

81. Minayo MCS. Introdução à metodologia de pesquisa social. In: *Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
82. Holanda A. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. *Análise Psicológica*, 2006; 3(24):363-72.
83. Surdi AC & Kunz E. A Fenomenologia como fundamentação para o movimento humano significativo. *Movimento*. 2009; 15(2):187-210.
84. Moreira V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. *Psico Estud.* 2010; 15(4):723-31.
85. Moran D & Mooney T. *The phenomenology reader*. London: Routledge, 2002.
86. Merleau-Ponty M. *Fenomenologia da Percepção*. Trad. Carlos de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
87. Husserl E. *Husserl* (Coleção Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural, 1985.
88. Heidegger M. Ser e Tempo. Parte I. Tradução: MS Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 3ªed, 1989.
89. Goto TA. *Introdução à psicologia fenomenológica*. A nova psicologia de Edmund Husserl. São Paulo: Paulus, 2008.
90. Husserl, E. *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. São Paulo: Idéias e Letras, 2006.
91. Oliveira MFV & Carraro TE. Cuidado em Heidegger: uma possibilidade ontológica para a enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):376-80.
92. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

-
93. Mayan MJ. An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals. *Edmonton*, Universidade of Alberta, 2001.
  94. Bocchi SCM, Juliani CM, Spiri WC. *Métodos Qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão*. Botucatu: Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina – UNESP, 2008.
  95. Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
  96. Neves JL. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. *Cad Pesq em Adm*. São Paulo, 1996;1(3).
  97. Oliveira CL. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. *Revista Travessia: educação, cultura e arte*, 2009.
  98. Moreira DA. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.
  99. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
  100. Fontanella BJB, Ricos J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008, Rio de Janeiro, 24(1): 17-27.
  101. Garcia MLP & Jorge MSB. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):765-74.

-
102. Flauzino CJ & Pokladek DD. Contribuições das idéias de Maurice Merleau-Ponty na área da saúde. In: *Um olhar Fenomenológico: contribuições nas áreas da Saúde e Educação*. São Paulo: Editora Martinari, 2008.
  103. Erthal, TCS. Em um mundo novo, uma nova pessoa. In: *As várias Faces da Psicologia Fenomenológico-Existencial*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
  104. Rudio FV. *Diálogo maiêutico e psicoterapia existencial*. São José dos Campos: Novos Horizontes, 1998.
  105. Solis-Ponton L & Silva MCP. (Orgs) *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
  106. Heidegger M. *Ser e Tempo*. Parte II. Tradução: MS Cavalcante. 2ªEd. Petrópolis, 1990.
  107. Bicudo MAV. *Fenomenologia: avanços e confrontos*. São Paulo: Cortez, 2000.
  108. Martins J & Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 5ª ed. São Paulo: Centauro, 2005.
  109. Merleau-Ponty M. *Merleau-Ponty na Sourbone: resumo de cursos: 1949-1952: filosofia e linguagem*. Campinas: Papirus, 1990.
  110. Separioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):187-92.
  111. Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1085-99.

112. Olinto MTA, Moreira Filho DC. Fatores de risco e preditores para o aborto induzido: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:365-75.
113. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araujo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infan*. 2007; 7(3):271-80.
114. Sihvo S, Bajos N, Ducot B, Kaminski M. Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(8):601-5.
115. Rossier C, Mivhelot F, Bajos N. Modeling the process leading to abortion: an application to French survey data. *Stud Fam Plann*. 2007; 38(3):163-72.
116. Schiavo M. Conceito e evolução do marketing social. *Revista Conjuntura Social*. 1999; 1:25-9.