

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia

**ABORTO INDUZIDO, GRAVIDEZ E *LOCUS OF CONTROL***

**RAQUEL DOS SANTOS LEAL VITA PINHEIRO**



Tese apresentada ao Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos

**SÃO PAULO**

1997

Este trabalho é dedicado ao meu marido Sérgio ,  
pelo amor , dedicação e paciência e , aos meus filhos  
Vitor, Luís Otávio e Lucas, com a esperança que  
eles também sigam suas vidas em busca do  
conhecimento e da felicidade.

... que esse trabalho foi realizado com a ajuda de  
... Agostinho...

... Maria Luísa Vitorino... pelas horas de  
... que me permitiram finalizar este  
... trabalho

... e F... meu amigo... que me ajudou em todos os  
... momentos

... Faculdade de Ciências do Campus...  
... trabalho

... Maria Luísa Vitorino... pela disponibilidade

**Este trabalho é dedicado ao meu marido Sérgio ,  
pelo amor , dedicação e paciência e , aos meus filhos  
Vitor, Luís Otávio e Lucas, com a esperança que  
eles também sigam suas vidas em busca do  
conhecimento e da felicidade.**

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para que este trabalho pudesse ser concluído e sou muito grata a todas elas. Agradeço especialmente a:

Prof. Dr. Esdras Guerreiro Vasconcellos, orientador deste trabalho, pelas horas de dedicação e pelas oportunidades proporcionadas que me permitiram finalizar este trabalho;

Prof. Dr. José Tolentino Rosa , admirável mestre e amigo ,que me amparou em todos os momentos difíceis ;

Prof. Dra. Elisa Maria Parayba Campos pela valiosa colaboração no exame de qualificação;

Prof. Dr. José Léon Crochik e Prof. Maria Lúcia Monteiro Júlio pela disponibilidade e paciência na orientação estatística ;

Darliz da Costa Leal Júnior, querido irmão, pela presença carinhosa em muitos momentos do trabalho e pela assessoria técnica na língua inglesa;

Sra. Maria Teresa Martin, pela amizade de tantos anos e assessoria técnica na língua francesa;

Psicóloga Márcia Regina de Oliveira Krigner, amizade recente mas intensa, pela auxílio nos conceitos psicanalíticos;

Dra. Maria Elizabeth Poli Leme, diretora do Hospital Público Municipal de Diadema, por ter me permitido colher os dados no setor da Maternidade deste hospital ;

Sra. Maria do Carmo Gonçalves, *Ombudswoman* e Rosângela Grunenberg, Assistente Social deste hospital pela disponibilidade e interesse com que me atenderam no período da coleta de dados ;

Às enfermeiras Rita, Maria Luiza, Cida e Anaclesi; às atendentes Noélia, Luciana, Yolanda, Cida Montoro, Fujiko, Cida Cadorini, Helenice, Iraci, Claudia e Clenilde pela acolhida carinhosa e colaboração na indicação das participantes do estudo;

Dr. Geraldo Reple, Coordenador de Programa de Saúde da Mulher da Prefeitura de São Bernardo do Campo, pelo interesse em ajudar na obtenção dos dados do Grupo de Gestantes;

Às enfermeiras Telma, Celina e Graça; aos Assistentes Sociais Oswaldo e Maria Emília e à atendente Rosângela, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São Bernardo do Campo, pelo empenho em marcar as entrevistas com as gestantes em atendimento no ambulatório;

Dr. William Dib, Secretário da Saúde de São Bernardo do Campo, por ter me permitido utilizar os serviços da equipe de funcionários, clientela e dependências dos ambulatórios deste município;

Célia Regina de Oliveira Rosa e Maria Imaculada Cardoso Sampaio, bibliotecárias do Instituto de Psicologia da USP pela gentileza do atendimento;

Dr. Alcides João Modolo, cunhado muito querido, que, mais uma vez, intercedeu para que eu pudesse concretizar esta pesquisa;

Psicóloga Maria Aparecida Covolan, amiga de todos os minutos, que lutou muito, com palavras de incentivo para que eu não desanimasse e conseguisse chegar até ao fim do trabalho;

Fonoaudióloga Luciana Modolo Marcondes, querida sobrinha, que, mais uma vez, esteve ao meu lado na busca do conhecimento;

Minha querida mãe que, desde muito cedo, me ensinou que o conhecimento é o caminho para a felicidade;

Participantes desta pesquisa que, desinteressadamente, relataram momentos de alegria e tristeza de suas vidas ;

Familiares e amigos que, à distância, me ajudaram a ultrapassar momentos de extrema dificuldade .

ABSTRACT

RESUME

1	INTRODUÇÃO	1
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
3	OBJETIVOS	10
4	METODO	13
4.1	SUBJETOS	
4.2	INSTRUMENTOS	
4.3	PROCEDIMENTOS	
4.4	ESCOLHA DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	
5	RESULTADOS - PARTE I	20
	Análise Quantitativa dos resultados	
5.1	Entrevista do Grupo A	25
5.1.1	Diálogo Pessoal	26
5.1.2	Histórias de Cotidiano	27
5.1.3	Histórias do Amor	27
5.1.4	Responsabilização	28
5.1.5	Sentimentos e Perspectivas de Futuro	28
5.1.6	Plano de Futuro	29
5.2	Entrevista do Grupo B	30
5.2.1	Diálogo Pessoal	30

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	
LISTA DE FIGURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
RÉSUMÉ	
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	8
3. OBJETIVOS .....	32
4. MÉTODO .....	33
4.1 SUJEITOS	
4.2 INSTRUMENTOS	
4.3 PROCEDIMENTOS	
4.4 ESCOLHA DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO	
5. RESULTADOS - PARTE I .....	37
Análise Quantitativa das entrevistas	
5.1 Entrevistas do Grupo A .....	38
5.1.1 Dados Pessoais .....	39
5.1.2 Histórico da Concepção .....	47
5.1.3 Histórico do Aborto .....	57
5.1.4 Responsabilidade .....	65
5.1.5 Sentimentos e Pensamentos Atuais .....	68
5.1.6 Planos de futuro .....	70
5.2 Entrevista do Grupo G .....	73
5.2.1 Dados Pessoais .....	73

5.2.2	Histórico da Concepção .....	80
5.2.3	Histórico do Aborto .....	86
5.2.4	Responsabilidade .....	93
5.2.5	Sentimentos e Pensamentos Atuais .....	94
5.2.6	Planos de futuro .....	96
5.3	Comparação quantitativa entre os Grupos A e G .....	99
6.	RESULTADOS - PARTE II .....	106
	Análise Qualitativa das entrevistas dos Grupos A e G	
6.1	Entrevista do Grupo A .....	106
6.2	Entrevista do Grupo G .....	114
6.3	Comparação entre as entrevistas dos Grupos A e G .....	120
7.	RESULTADOS - Parte III .....	125
	Análises Quantitativas do <i>Locus of Control</i> dos Grupos A e G	
7.1	<i>Locus of Control</i> do Grupo A .....	125
7.2	<i>Locus of Control</i> do Grupo G .....	127
7.3	Comparação entre os grupos na Escala do <i>Locus of Control</i> .....	129
8.	RESULTADOS - Parte IV .....	131
	Análises Qualitativas das entrevistas e do <i>Locus of Control</i> dos dois grupos	
8.1	Entrevista e <i>Locus of Control</i> do Grupo A .....	131
8.2	Entrevista e <i>Locus of Control</i> do Grupo G .....	136
8.3	Comparação entre as entrevistas e <i>Locus of Control</i> dos dois Grupos ...	139
9.	DISCUSSÃO .....	141
10.	CONCLUSÃO .....	148
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	152

ANEXOS	LISTA DE TABELAS	158
1. Entrevista semi estruturada do Grupo A		158
2. Entrevista semi estruturada do Grupo G		160
3. <i>Locus of Control</i>		162
Tabela 3 - Idade do cônjuge dos sujeitos do Grupo A		41
Tabela 4 - Profissão dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A		42
Tabela 5 - Grau de escolaridade dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A		43
Tabela 6 - Idade e sexo dos filhos dos sujeitos do Grupo A		43
Tabela 7 - Com quem residem os sujeitos do Grupo A		44
Tabela 8 - Religião e renda familiar dos sujeitos do Grupo A		45
Tabela 9 - Estado de saúde atual e anterior à gestação dos sujeitos do Grupo A		46
Tabela 10 - Data provável de concepção dos sujeitos do Grupo A		47
Tabela 11 - Local e condições da concepção dos sujeitos do Grupo A		48
Tabela 12A - Relacionamento conjugal - como é o pai da criança (Grupo A)		49
Tabela 12B - Relacionamento conjugal - ele sabia da gravidez? O que achou?		
Respostas do Grupo A		50
Tabela 13 - Data e tipo de exame de comprovado da gravidez dos sujeitos do Grupo A		51
Tabela 14 - Quem soube da gravidez dos sujeitos do Grupo A		52
Tabela 15 - Tempo de gestação (em semanas) dos sujeitos do Grupo A		53
Tabela 16 - Uso de medidas antenatais especiais dos sujeitos do Grupo A		54
Tabela 17 - Motivos da gravidez dos sujeitos do Grupo A		55
Tabela 18 - Por que os sujeitos do Grupo A não usaram anticoncepcionais?		56
Tabela 19 - Motivos da interrupção da gravidez dos sujeitos do Grupo A		

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Idade e estado civil dos sujeitos do Grupo A .....	39
Tabela 2 - Escolaridade e profissão dos sujeitos do Grupo A .....	40
Tabela 3 - Idade do cônjuge dos sujeitos do Grupo A .....	41
Tabela 4 - Profissão dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A .....	42
Tabela 5 - Grau de escolaridade dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A .....	43
Tabela 6 - Idade e sexo dos filhos dos sujeitos do Grupo A .....	43
Tabela 7 - Com quem residem os sujeitos do Grupo A .....	44
Tabela 8 - Religião e renda familiar dos sujeitos do Grupo A .....	45
Tabela 9 - Estado de saúde atual e anterior à gestação dos sujeitos do Grupo A...	46
Tabela 10 - Data provável de concepção dos sujeitos do Grupo A .....	47
Tabela 11 - Local e condições da concepção dos sujeitos do Grupo A .....	48
Tabela 12A - Relacionamento conjugal : como é o pai da criança (Grupo A) .....	49
Tabela 12B - Relacionamento conjugal: ele sabia da gravidez? O que achou? Respostas do Grupo A .....	50
Tabela 13 - Data e tipo de exame de comprovação da gravidez dos sujeitos Do Grupo A .....	51
Tabela 14 - Quem soube da gravidez dos sujeitos do Grupo A .....	52
Tabela 15 - Tempo de gestação (em semanas) dos sujeitos do Grupo A .....	53
Tabela 16 - Uso de medidas anticoncepcionais dos sujeitos do Grupo A .....	54
Tabela 17 - Motivos da gravidez dos sujeitos do Grupo A .....	55
Tabela 18 - Porque os sujeitos do Grupo A não usavam anticoncepcionais .....	56
Tabela 19 - Motivos da interrupção da gravidez dos sujeitos do Grupo A .....	57

Tabela 20 - Métodos utilizados para a interrupção da gravidez dos sujeitos do Grupo A .....	58
Tabela 21 - Período gestacional no momento da decisão do aborto dos sujeitos do Grupo A .....	59
Tabela 22 - Com quem os sujeitos do Grupo A discutiram a decisão do aborto .....	60
Tabela 23 - Quem sugeriu o aborto para os sujeitos do Grupo A .....	61
Tabela 24 - Pessoas que fizeram o aborto segundo os sujeitos do Grupo A .....	62
Tabela 25 - Conseqüências do aborto: respostas dos sujeitos do Grupo A .....	62
Tabela 26 - Quem soube do aborto praticado pelos sujeitos do Grupo A .....	63
Tabela 27 - O que disse o pai da criança dos sujeitos do Grupo A .....	64
Tabela 28 - Quem é o responsável pela gravidez segundo os sujeitos do Grupo A .....	65
Tabela 29 - Há diferenças entre o homem e a mulher na questão da responsabilidade? Respostas dos sujeitos do Grupo A .....	66
Tabela 30 - Gostaria de ser homem? Respostas do Grupo A .....	66
Tabela 31 - O que fariam se fossem homens? Respostas dos sujeitos do Grupo A .....	67
Tabela 32 - Responsáveis pelo aborto segundo os sujeitos do Grupo A .....	68
Tabela 33 - Sentimentos e pensamentos sobre o aborto dos sujeitos do Grupo A .....	69
Tabela 34 - Sentimentos e pensamentos dos pais das crianças (Grupo A) .....	70
Tabela 35 - Futuro afetivo dos sujeitos do Grupo A .....	71
Tabela 36 - Planos de controle de natalidade dos sujeitos do Grupo A .....	71
Tabela 37 - Planos de futuro relativos à gravidez e aborto dos sujeitos do Grupo A .....	72
Tabela 38 - Idade e estado civil dos sujeitos do Grupo G .....	73
Tabela 39 - Escolaridade e profissão dos sujeitos do Grupo G .....	74
Tabela 40 - Idade e profissão dos cônjuges dos sujeitos do Grupo G .....	75
Tabela 41 - Grau de escolaridade do cônjuge dos sujeitos do Grupo G .....	76

Tabela 42 - Idade e sexo dos filhos dos sujeitos do Grupo G .....	77
Tabela 43 - Com quem residem os sujeitos do Grupo G .....	77
Tabela 44 - Religião e renda familiar dos sujeitos do Grupo G .....	78
Tabela 45 - Estado de saúde dos sujeitos do Grupo G .....	79
Tabela 46 - Data provável de concepção dos sujeitos do Grupo G .....	80
Tabela 47 - Local e condições da concepção dos sujeitos do Grupo G .....	81
Tabela 48 - Motivos da gravidez dos sujeitos do Grupo G .....	81
Tabela 49A- Relacionamento conjugal : como é o pai da criança e como se relacionam, segundo os sujeitos do Grupo G .....	82
Tabela 49B- Relacionamento conjugal : ela sabia da gravidez? O que achou? Respostas dos sujeitos do Grupo G .....	83
Tabela 50- Data e tipo de exame de comprovação de gravidez dos sujeitos do Grupo G .....	84
Tabela 51 - Conhecimento sobre a gravidez e tempo de gestação dos sujeitos do Grupo G .....	85
Tabela 52 - Pensou em aborto? Por que não o fez? Respostas do Grupo G.....	86
Tabela 53 - Já fez aborto? Conhece alguém que fez? Respostas do Grupo G .....	87
Tabela 54 - Alguém sugeriu o aborto? Quem ? Respostas do Grupo G .....	88
Tabela 55 - Motivos para o aborto e método utilizado: respostas do Grupo G .....	89
Tabela 56 - O que os sujeitos do Grupo G pensam sobre o aborto .....	90
Tabela 57 - Motivos para manter a gravidez segundo os sujeitos do Grupo G .....	91
Tabela 58 - Uso de medidas anticoncepcionais dos sujeitos do Grupo G .....	92
Tabela 59 - Quem é a responsável pela gravidez segundo o Grupo G .....	93
Tabela 60 - Quem é responsável pelo aborto segundo sujeitos do Grupo G .....	93

Tabela 61 - Pensamentos sobre maternidade e paternidade do Grupo G .....	94
Tabela 62 - O que os parceiros dos sujeitos do Grupo G pensam e sentem a respeito da paternidade .....	95
Tabela 63 - Planos de futuro referentes a filhos e gravidez, segundo os sujeitos do Grupo G .....	96
Tabela 64 - Planos de controle de natalidade dos sujeitos do Grupo G .....	97
Tabela 65 - Futuro do relacionamento afetivo do Grupo G .....	97
Tabela 66 - Escores brutos dos itens das subescalas ( I, A e OP) dos sujeitos do Grupo A .....	125
Tabela 67 - Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT do Grupo A .....	125
Tabela 68 - Escore bruto dos itens das subescalas ( I, A e OP ) dos sujeitos do Grupo G .....	127
Tabela 69 - Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT do Grupo G.....	127
Tabela 70 - Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT dos dois grupos .....	129
Tabela 71 - Valor observado de $U$ para as subescalas I, A, OP e IT .....	129

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação dos períodos anteriores ao aborto das mulheres do Grupo A.....	102
--	-----

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar a luz da abordagem psicanalítica Kleiniana, a vivência e interpretação da maternidade e do aborto induzidos em mulheres. Os objetivos específicos foram: a) verificar como as mulheres que praticaram ou tentaram praticar o aborto e como mulheres em estado gestacional apresentaram nas medidas de *Locus of Control*; b) verificar se há diferenças entre os dois grupos nas três dimensões do *Locus of Control* e c) relacionar os dados de entrevistas dos dois grupos com os resultados obtidos pela mesma escala.

Para atingir tais objetivos, foram entrevistadas 26 mulheres divididas em dois grupos: Grupo A, contendo 13 mulheres com tentativa de aborto, bem como com sucesso e Grupo B, contendo 13 mulheres grávidas. Além das entrevistas, as participantes foram submetidas a Escala Multidimensional de *Locus of Control* de Rotter (1966).

Foi aplicada a Prova *t* de Mann-Whitney para verificar se houve diferenças entre os dois grupos nas três subescalas (I, A e OP). Os resultados indicaram não haver diferenças significantes entre os dois grupos nas três subescalas. Portanto, não houve diferenças significantes entre elas, portanto, não houve.

Para a interpretação da maternidade, foi utilizado o teste de associação

entre as variáveis *Locus of Control* e *Maternidade*.

PINHEIRO, Raquel dos Santos Leal Vita. **Aborto induzido, gravidez e *Locus of Control***. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.

## RESUMO

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar, à luz da abordagem psicanalítica Kleiniana, a vivência e interpretação da maternidade e do aborto induzido em mulheres. Os objetivos específicos foram : a) verificar como as mulheres que praticaram ou tentaram praticar o aborto e como mulheres ,em estado gestacional, se apresentam nas medidas de *Locus of Control* ; b) verificar se há diferenças entre os dois grupos nas três dimensões do *Locus of Control* e c) relacionar os dados de entrevistas dos dois grupos com os resultados obtidos pela mesma escala .

Para atingir tais objetivos, foram entrevistadas 26 mulheres, divididas em dois grupos: Grupo A, contendo 13 mulheres com tentativa de aborto, bem ou mal sucedida e Grupo G, contendo 13 mulheres grávidas. Além das entrevistas, as participantes foram submetidas à Escala Multidimensional de *Locus of Control* de Levenson (1974).

Foi aplicada a Prova *U* de Mann-Whitney para verificar se havia diferenças entre os dois grupos nas três subescalas ( I, A e OP) ; os resultados indicaram que não houve diferenças significantes entre os dois grupos nas subescalas I e A e no escore I T, mas que houve diferenças significantes entre eles, na subescala OP.

Para a interpretação da maternidade, foi utilizado o estudo de Marie Langer (1986) e Elizabeth Badinter ( 1980) e, para a interpretação do aborto, o estudo de Julio Aray (1968) e os de Melanie Klein .

As proposições destes autores foram confirmadas através da análise das entrevistas e verificou -se que as mulheres se diferenciaram no uso que fizeram da

crença no controle interno e no relacionamento com o companheiro. Concluímos, portanto, que o relacionamento com o parceiro é um dos fatores preponderantes na decisão pelo aborto.

#### ABSTRACT

The main purpose of this research was to investigate, in the light of the classical psychoanalytic approach, the experience and the interpretation of the certainty and unclear abortion in women. The specific objectives were to work with the women who had practiced or tried to practice the abortion and, first, to understand their position themselves for the theory of Lacan's dimensions; by then, to compare the views of the two groups in the three dimensions of the subjectivity. The data were analyzed with the results obtained in the same

work, which was published in the journal *Arquivos de Psicologia*, volume 1, number 1, 1998.

Keywords: abortion, psychoanalysis, Lacan's dimensions, subjectivity.

Palavras-chave: aborto, psicanálise, dimensões lacanianas, subjetividade.

PINHEIRO, Raquel dos Santos Leal Vita . Induced Abortion , pregnancy and *Locus of Control* . Doctoral Thesis in Psychology , Institute of Psychology, University of São Paulo, 1997.

### ABSTRACT

The main purpose of this research was, to investigate, in the light of the Kleinian Psychoanalytic approach, the experience and the interpretation of the maternity and induced abortion in women. The specific objectives were : a) to verify how the women who had practiced or tried to practice the abortion and, how women, in pregnancy *status* , present themselves for the *Locus of Control* dimensions; b) to verify if difference exists between the two groups in the three dimensions of the *Locus of Control* ; c) to relate the two groups interview data with the results obtained in the same scale.

To reach such goals, 26 women were interviewed, divided in two groups: Group A, with 13 women with abortion tentative, with success or not and the Group G with 13 pregnant women. Beside the interview , the participants were submitted to Levenson's Multidimensional Scale of *Locus of Control* .

It was applied the Mann-Whitney 's *U* Proof to verify if there were differences between the two groups in the three subscales ( I, A e OP ) ; the results indicated that there weren't significant differences between I and A and in the score IT, but there were significant differences between them, in the subscale OP.

For the maternity interpretation it was utilized the studies of Marie Langer (1986) and Elizabeth Badinter (1980) and for the abortion interpretation the studies of Julio Aray and Melanie Klein.

The propositions of these authors were confirmed by the analysis of the interviews and it was verified that the women distinguished themselves by the use they've done of the belief on the internal control and on the relationship with their partners.

We concluded, therefore, that the relationship with the partner is one of the most important factor of the abortion decision.

PINHEIRO, Raquel dos Santos Leal Vita. Avortement provoqué, grossesse et *Locus of Control*. Thèse de doctorat présentée à l'Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1997.

## RESUMÉ

L'objectif général de cette recherche a été de faire des investigations à la lumière de l'abordage psychanalytique Kleinienne sur la façon de vivre et d'interpréter la maternité et l'avortement provoqué aux femmes. Les objectifs spécifiques ont été: a) vérifier comment les femmes qui ont pratiqué ou ont essayé de pratiquer l'avortement, et, comment les femmes en état de gestation se présentent face aux mesures du *Locus of Control* ; b) vérifier s'il y a des différences entre les deux groupes dans les trois dimensions du Locus of Control et, c) classer les données de l'interview dans deux groupes selon les résultats obtenus à la même échelle.

Pour atteindre tels objectifs ont été interviewées 26 femmes divisées en deux groupes: Groupe A contenant 13 femmes avec des tentatives d'avortement, ayant ou pas de réussite et, Groupe G contenant des femmes enceintes. Outre que les interviews, les participantes ont été soumises à l'Échelle Multidimensionnelle de *Locus of Control* de Levenson ( 1974).

L'Épreuve de *U* de Mann-Whitney a été appliquée pour vérifier s'il y avait des différences entre les deux groupes dans les trois échelles (I, A et OP) et les résultats ont indiqué qu'il n'y a pas eu de différences significatives entre les deux groupes aux échelles I et A et au score IT mais il y a eu des différences significatives entre eux, à l'échelle OP.

Pour l'interprétation de la maternité il a été utilisé l'étude de Marie Langer (1986) et Elizabeth Badinter (1980) et, pour l'interprétation de l'avortement l'étude de Julio Aray (1968) et celles de Melanie Klein.

Les propositions de ces auteurs ont été confirmées à travers l'analyse des interviews et, ils ont vérifié que les femmes se différencient quant à l'usage de la croyance du contrôle intérieur et quant aux rapports avec leur compagnon. D'où, ils ont conclu que le rapport avec son compagnon, c'est l'un des facteurs le plus prépondérant à la décision pour l'avortement.

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse por este tema tem me acompanhado nos últimos anos porque a prática da interrupção da gravidez indesejada é bastante freqüente e, como psicóloga e professora, tenho vivido situações de grande angústia, acompanhando algumas mulheres em momentos de intensos conflitos, quando manter a gravidez ou fazer um aborto se torna uma enorme fonte de dúvida, ansiedade e medo.

Percebi que escolher pela interrupção de uma gravidez indesejada não privilegia idade, classe social nem nível cultural. Notei que qualquer mulher pode, em algum momento de sua vida, praticar o aborto. O drama dessas mulheres sempre me sensibilizou porque eu já podia prever, por experiência, que elas voltariam a comentar o fato com muita culpa, remorso, arrependimento e dor. A procura da teoria que pudesse me ajudar a entender a dor sentida por elas e, também, porque algumas reincidem neste prática, me levou a constatar que pesquisas brasileiras sobre este tema, em Psicologia, são raras.

O mundo está muito preocupado com a questão do aborto. Alguns países (Polônia, EUA Alemanha), cuja legislação é liberal, estão repensando, nesta última década, formas de modificar as leis, ou até mesmo de revogá-las, por pressão de grupos políticos e religiosos. O Brasil tem debatido arduamente a respeito da natureza criminal da interrupção voluntária da gravidez e, possivelmente, em função das dificuldades que cercam este tipo de análise, poucos estudos psicológicos tenham sido elaborados.

Tal fenômeno não ocorre com a questão da maternidade. Muitos artigos científicos, pesquisas e livros foram e continuam sendo escritos sobre esta função feminina. Talvez isto aconteça porque ser mãe é ainda um dos maiores desejos de muitas

\* *Locus of Control* - O título da Escala de Levenson será mantido na nomenclatura original em todo o trabalho.

mulheres e, quando ela acha que chegou este momento, se prepara para isso, deixando de usar medidas que impedem a concepção, comportando-se de forma a poder conceber. Muitas delas não conseguem engravidar quando desejam e apelam a tratamentos médicos que possam tornar este sonho uma realidade.

É pensando nestas mulheres que proliferam as clínicas de reprodução humana e as pesquisas sobre este tema, permitindo, assim, que, aquelas que desejam ter seus filhos, no momento em que acreditam estar preparadas, social e psicologicamente, não tenham que abdicar deste prazer e, em consequência, se sentirem frustradas e infelizes.

Parece que a sociedade realmente se preocupa com a mulher que deseja ser mãe. As que vivenciam uma gravidez desejada podem ter amparo, admiração, afeto e também cursos, onde podem aprender a vivenciar a gestação de forma saudável, ouvir palestras, cujos conteúdos facilitarão seu parto e receber ensinamentos básicos que a auxiliarão a cuidar do bebê. Quando for o momento do nascimento, elas poderão ter acesso a um hospital que as receberá para o parto.

Mesmo as mulheres menos favorecidas economicamente já encontram nos grandes centros urbanos (região onde foi executada esta pesquisa) ambulatórios, que assistem à gestante desde o início da gravidez, com exames médicos de rotina, atendimento mensal para acompanhamento pré-natal, atendimento em grupo para aprendizagem de conceitos de puericultura e preparação para o parto.

Na questão da concepção, nem sempre as coisas ocorrem desta forma. Há inúmeras mulheres que não desejaram e nem tiveram a intenção de engravidar, e conceberam um filho. Sabemos que a gravidez é um evento quase sempre controlável, mas mulheres engravidam mesmo quando dizem não desejar e é neste momento que tomam a decisão de interromper a gestação.

É de conhecimento de muitos de nós que esta não é uma decisão fácil de tomar, mesmo porque a sociedade ainda coloca a maternidade como uma função quase obrigatória de qualquer mulher que tenha um parceiro. A maternidade só não é obrigatória e, chega até a ser vergonhosa, quando a mulher não tem um companheiro estável, o que nos leva a pensar que ser mãe é uma função inseparável da de ser esposa.

Esta pesquisa não pretende discutir os vários papéis que a mulher desempenha na sociedade atual, nem os papéis que esta mesma sociedade quer que ela desempenhe, até porque muitos autores já o fizeram, e com grande competência.

Estudar questões relativas à mulher, exceção feita à maternidade, neste fim de século, ainda traz grandes dificuldades. A trajetória deste estudo não foi diferente.

No ano de 1993, foi feito um projeto piloto para avaliar a viabilidade da obtenção de dados de sujeitos que tivessem se submetido ao aborto. Para tal coleta, visitei durante um ano um hospital de referência da capital e consegui entrevistar 17 mulheres. Também era objetivo deste piloto fazer o pré-teste da entrevista.

Após esse levantamento, a entrevista foi modificada e introduzi um novo instrumento de medida: Escala de *Locus of Control*\* de Levenson. Ao retornar ao mesmo hospital, constatei, com pesar, que este tinha mudado seu estilo de atendimento, tendo se tornado uma cooperativa e não mais atendendo casos de mulheres com seqüela de aborto.

De posse dos instrumentos de coleta de dados do projeto definitivo, reiniciei a coleta em um hospital público de uma cidade do Grande ABC e pude confirmar as dificuldades que Bromberg (1996) encontrou, ou seja, não contar com a disposição das mulheres de participar da pesquisa, relatando sua experiência com o aborto. O receio de

---

\* *Locus of Control* - O título da Escala de Levenson será mantido na nomenclatura original em todo o trabalho.

confessar uma prática punida por lei e, supostamente, inaceitável pela sociedade, leva essas mulheres a negarem um fato quase evidente.

Quando digo que o aborto é supostamente inaceitável socialmente, questiono quem representa esta sociedade, já que o número de mulheres que o pratica é enorme e muitas vezes o fazem, não só com a anuência dos companheiros e de familiares, como também com o incentivo ou pressão dos mesmos.

A consequência da não disponibilidade de muitas mulheres de relatarem sua história de aborto diminuiu drasticamente o número de participantes desta pesquisa :

Outra dificuldade, que parecia no primeiro momento intransponível, foi a falta de colaboração da Secretaria de Saúde de outro município do ABC , que não permitiu que eu entrevistasse gestantes atendidas nos ambulatórios do município. Foi necessário que eu esperasse as eleições municipais, para que o novo Secretário desse a permissão, que foi conseguida, assim que isto aconteceu. A alegação utilizada foi a de que tinham receio de que, após o término da pesquisa, eu solicitasse proventos pelo meu trabalho. Nem mesmo a solicitação formal feita por esta universidade e a sugestão de que eu assinaria um documento, afirmando que não reivindicaria nada, não foi suficiente para convencer esta secretaria a dar a permissão.

Apesar destes contratemplos, encontrei muitos colaboradores para a execução do meu trabalho. Não posso deixar de registrar a boa vontade das mulheres que consentiram que eu tivesse acesso à sua experiência, das diretoras dos hospitais que permitiram minha presença, das enfermeiras que facilitaram meu trabalho, indicando os casos de meu interesse e do atual Secretário da Saúde deste município, que entendeu que, com esta pesquisa, eu pretendia fazer a minha contribuição à ciência.

As mulheres das classes economicamente favorecidas comumente interrompem a gravidez em clínicas clandestinas, com boas condições de higiene e , com freqüência,

com assistência médica; estes cuidados diminuem muito a possibilidade delas procurarem hospitais para tratar das seqüelas do aborto induzido, o que, com certeza, preserva o sigilo de seu ato.

Como foi de meu interesse entrevistar as mulheres com tentativa, bem ou mal sucedida, de aborto recente, tal procedimento só foi possível em hospitais públicos, porque as mulheres de baixa renda o fazem em suas próprias casas e, após algum tempo, recorrem ao atendimento hospitalar em função das conseqüências físicas da interrupção voluntária da gravidez.

É possível que, tanto mulheres de baixa renda, como mulheres de alto poder aquisitivo usem os mesmos métodos abortivos. Também é possível que muitos motivos que justifiquem este ato sejam semelhantes nos dois grupos (por exemplo, não ter um companheiro fixo que ajude a criar o filho), como também podem ser semelhantes os conflitos e angústia que acompanham esta decisão.

As mulheres de baixa renda, que decidem manter a gravidez, também vivem situações parecidas às das que abortam (pertencentes à mesma faixa sócio-econômica), principalmente relacionadas com a instabilidade conjugal, dificuldades financeiras em decorrência de baixos salários ou desemprego e más condições de moradia.

Devem existir outras características comuns a estes dois grupos de mulheres. Prado (1991) e Gomes (1987) chamam a atenção para um fenômeno bastante interessante, conhecido como "pensamento mágico", que é a crença que têm algumas mulheres de que a gravidez, no seu caso particular, não ocorrerá, se ela assim o desejar. Será que este tipo de pensamento acontecesse com as mulheres que mantêm a gravidez e, com aquelas que escolhem o aborto? Isto significa que estas mulheres julgam que podem controlar seu destino, ou significa que acreditam que este controle está no domínio do destino, do azar, de Deus?

É de extrema importância, para nossa saúde mental, a percepção que temos dos fatos do cotidiano, principalmente os adversos, bem como eles podem ser controlados.

Foi analisando este fenômeno que Rotter (apud Dela Coleta, 1982) propôs o termo *Locus of Control*, que designa quem ou o que detém o controle, segundo o ponto de vista do sujeito. Baseando-se neste constructo, no geral, os indivíduos podem ser agrupados em dois grupos:

a) aqueles que acreditam que são detentores do controle sobre os eventos (controle interno) e,

b) aqueles que depositam a responsabilidade de ocorrência em fenômenos externos, em algo fora do self ou em algum outro que não ele mesmo (controle externo). As pessoas se colocariam num continuum que varia entre os extremos da internalidade à externalidade.

Para medir este traço de personalidade, Rotter (apud Dela Coleta, 1982) construiu uma escala com 23 itens de escolha forçada com duas alternativas de resposta em cada item.

Percebendo que esta escala apresentava uma definição muito ampla de controle externo, Levenson (1974) propôs uma adaptação que a tornou tridimensional, mantendo o controle interno, conforme apresentado anteriormente e dividindo o controle externo em duas categorias:

A) Externos ( sorte e azar ; outros poderosos)

B) Internos

Assim, os sujeitos de controle externo por azar (A) apresentariam a crença de que a sorte, o azar, o destino ou o acaso seriam os responsáveis pelos acontecimentos e os sujeitos que apresentassem o controle externo outros poderosos (OP), acreditariam que o controle estaria nas mãos de outras pessoas. Este último tipo revela que o sujeito

crê que tem potencialmente o poder de controlar e que, um dia, poderá estar no comando dos eventos de sua vida.

Considerando o povo brasileiro bastante místico e apegado às crenças que valorizam entidades sobrenaturais ( santos, anjos, demônios) e dando relevância aos estudos que apresentam o já citado “pensamento mágico”, a Escala IPC de Levenson foi escolhida, porque poderia fornecer subsídios para uma análise mais acurada do *Locus of Control* dos grupos de sujeitos.

Em 1987, Dela Coleta fez a tradução e adaptação desta escala ao meio brasileiro, numa amostra de 675 sujeitos, sendo 118 universitários, 387 estudantes de curso colegial e 100 adultos de classe média da população de uma cidade do interior de Minas Gerais. Segundo a autora , verificaram-se escores maiores na escala I do que nas escalas OP e A para os diversos subgrupos da amostra total , fato que também ocorre nos estudos com amostra americana.

Tamayo (1989) administrou esta mesma escala numa amostra de 1199 sujeitos e estabeleceu a validade fatorial da versão brasileira . Foram analisados os fatores de externalidade (OP e A ) , de internalidade (I) e o escore total de internalidade ( IT ) proposto por Romero-García e Pérez de Maldonado, em 1985 (apud Tamayo, 1989). A internalidade total ( IT ) é uma variável que pode ser calculada da seguinte forma:

$$IT = I - \frac{OP + A}{2}$$

onde IT (internalidade total ) é igual ao escore I (internalidade), menos as subescalas OP ( Outros Poderosos ), mais A (Azar), divididas por 2.

---

\*Romero-García; Pérez de Maldonado. *Escala Levenson de locus de control : Análisis factorial em Venezuela*. Mérida: Laboratorio de Psicología . 1985

## 2 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aborto, segundo o Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa (Folha/Aurélio), é:

- 1) méd. Ação ou efeito de abortar; abortamento, mau sucesso.
- 2) jur. Interrupção dolosa da gravidez, com expulsão do feto ou sem ela.

Os abortos podem ser espontâneos ou induzidos. O espontâneo ocorre com a interrupção da gravidez sem interferência de fatores externos, mecânicos ou químicos (Milanesi , 1970). O aborto é provocado ou induzido quando esta interrupção é provocada por agentes químicos (drogas abortivas) ou mecânicos, como curetagem, aspiração e uso de objetos pontiagudos (Verardo, 1991).

No Brasil e em outros países onde sua prática é ilegal (Chile, Venezuela, Costa Rica), o aborto é uma questão de saúde pública, porque a ilegalidade não impede sua ocorrência; as mulheres de baixo nível sócio econômico procuram clínicas clandestinas ou adotam procedimentos caseiros e grotescos, gerando muitas mortes ou seqüelas graves, como a esterilização.

Em países, como os Estados Unidos da América, onde a interrupção voluntária da gravidez não sofre penalidades legais, são feitos muitos estudos sobre esta prática e suas conseqüências para a mulher, sobre a decisão a respeito desta questão, sobre os aspectos sociais e psicológicos do aborto induzido, e também pesquisas, que tentam traçar o perfil da mulher que solicita o aborto e as seqüelas psicológicas que sofrem aquelas que não obtêm a permissão para interromper a gestação legalmente.

Além destas, a questão da hominização do embrião tem gerado muito polêmica, quer nos países que estão repensando a questão da legalidade do aborto, quer nos países que estão discutindo a possibilidade desta prática vir a ser legalizada.

A mulher japonesa tem acesso irrestrito à interrupção da gravidez e o índice desta prática é o maior do mundo; segundo Oaks (1994) , o Japão é denominado o “paraíso do aborto “. Muitas mulheres consideram que esta é uma das formas mais aceitáveis de controle de natalidade, mas confessam que esta decisão não é fácil de ser feita. É o significado cultural deste método de interrupção gestacional que dificulta esta decisão . Além da mulher e do feto que estão envolvidos, também o “espírito” do feto abortado desempenha um papel importante; esta “espiritualidade” fetal tem suscitado discussões em todo o país. No entanto, o direito da mulher grávida interromper a gestação é respeitado acima do “direito de viver” do feto.

Na América Latina, a questão tem sido levantada, e discussões a respeito têm gerado artigos que apresentam a posição da Igreja Católica, desde o ano 100 da era cristã; é debatida a problemática do aborto enquanto homicídio; neste caso, considerando-se o feto um ser humano, desde o momento da fecundação ( Católicas pelo direito de decidir, 1992 ).

Considerar o aborto e a eutanásia semelhantes, porque ambos envolvem procedimentos que põem fim à vida , levou Penney e Ho (1991), pesquisadores australianos , a investigarem a relação entre atitudes frente aos dois procedimentos . A diferença, segundo os autores, está na maneira na qual as pessoas percebem a vida que deve ser abreviada e as conseqüências para aqueles que serão afetados pelo procedimento (o paciente ou as pessoas da família dele).

A amostra pesquisada ( 168 sujeitos) considerou que a morte é uma alternativa aceitável quando a vida não é mais viável, embora tenham apresentado discordância no procedimento a ser aplicado . A maioria aceitou a eutanásia passiva em detrimento da ativa, o que sugere a questão da moralidade neste processo de tomada de decisão.

Segundo os autores, independente do nível de religiosidade dos sujeitos, quanto maior o nível de conservadorismo, menos inclinados estavam os sujeitos a apoiar a eutanásia ativa ou passiva ou o aborto. É o conservadorismo, e não a religiosidade, que influencia o processo de tomada de decisão, quando esta decisão é de vida ou morte. No entanto, na questão do aborto isto não aconteceu, ou seja, as pessoas mais religiosas da amostra foram as que menos defenderam o aborto. Em comparação ao nível de conservadorismo, a religiosidade não influenciou a atitude desta amostra em relação à eutanásia. Isso não significa que ela não seja importante na decisão do indivíduo de interromper uma vida e, segundo os autores, possivelmente em situações específicas desta prática, a religiosidade influencia fortemente este processo de decisão.

Com o objetivo de investigar se o comportamento da mulher, na ocasião da concepção, influencia a aprovação de sua solicitação de aborto, Allgeier et alii (1982) questionaram 120 jovens estudantes de 1º ano de Psicologia. O inventário de culpa falso-verdadeiro de Mosher (*Mosher True-False Guilt Inventory*) foi administrado aos estudantes e eles foram instruídos a responder, falso ou verdadeiro, a 50 questões referentes à culpa sexual. Também o conhecimento sexual foi medido através do *The Sexual Knowledge Survey*, um inventário com 60 itens.

Após este procedimento, os participantes receberam dez casos escritos de mulheres que solicitavam permissão para o aborto, e uma folha, onde constava a apresentação de um grupo de 5 membros (um médico, um psicólogo e três membros da comunidade) que analisariam esta permissão. Os participantes foram instruídos a se imaginarem como membros deste grupo, para melhor compreenderem como era o processo de permissão.

Os casos analisados pelos estudantes variavam, na condição sob a qual as mulheres engravidaram, de fracasso no método anticoncepcional, método artificial

(DIU) e relacionamento estável, a nenhum método anticoncepcional e relacionamento casual. Segundo os resultados encontrados, o comportamento da mulher na hora da concepção influenciou a aprovação do aborto pelos participantes da pesquisa. Os estudantes com níveis baixos de culpa sexual foram mais favoráveis às solicitantes pelo aborto do que os de nível alto de culpa sexual mas, ambos os grupos foram mais favoráveis ao aborto, quando a concepção era resultado do fracasso do método de contracepção do que quando era devida à inconsistência do uso do método. As decisões pelo aborto dos estudantes de nível alto de culpa sexual foram influenciadas significativamente pelo relacionamento da solicitante com seu companheiro; quando o parceiro era estável, eles aprovaram o aborto e não o fizeram no caso de parceiros casuais. Isto significa que a culpa sexual desempenha, nesta questão, papel maior do que se imaginava e o conhecimento sexual pode ter pouco impacto nas decisões relacionadas ao aborto.

Aprovar ou não o aborto, convencer pessoas a apoiarem ou não leis que descaracterizem esta prática como crime, é preocupação, não só de brasileiros, como de outros povos mais distantes.

Em 1992, entrou em vigor uma nova lei na Polônia, que proíbe médicos de fazerem o aborto, exceto em casos excepcionais. Esta nova lei substituiu a legislação do regime comunista, que dava total liberdade para a prática do aborto.

Em 1989, Heinen e Matuchniak-Krasuska (pesquisa publicada em 1995), fizeram uma análise semiótica e lingüística do discurso sobre os aspectos político, social e médico do aborto. Para este estudo, entrevistaram 30 especialistas de várias profissões. Metade deles era do grupo *Pro-Life* (Pró-vida) e a outra metade do grupo, *Pro-Choice* (Pró-escolha). A análise do grupo *Pro-life* revelou a utilização de técnicas de manipulação semântica: eliminação de termos neutros, substituindo-os por sinônimos

convenientes, exclusão de certas palavras e redefinição de outras. Esta estratégia criou um discurso completamente inclinado à "defesa da vida" (grifo das autoras). As técnicas de manipulação semântica utilizadas foram a negação, seleção, ilustração e minimização e foram aplicadas contra os direitos da mulher ao aborto em muitos casos jurídicos, tais como o aborto terapêutico, deformação do feto, estupros e situação social difícil da mulher grávida.

Heinen e Matuchniak-Krasuska acreditam que este grupo desenvolveu esta estrutura retórica com o objetivo de refutar as circunstâncias sob as quais o aborto era permitido, segundo a lei de 1956 ( aborto terapêutico, mal formação fetal, estupro e condições sociais). A partir deste discurso, os argumentos científicos passaram a ser submetidos aos argumentos ideológicos e religiosos.

Os Estados Unidos da América têm dedicado bastante tempo e recursos financeiros às pesquisas sobre o aborto. Este tema é um dos mais debatidos naquele país por vários segmentos da sociedade porque, nesta década, surgiram fortes movimentos contra a legalidade da prática e discussões sobre a questão ética, moral e política do aborto.

Com a intenção de tornar esta questão menos imbuída de valores morais e mais calcada em dados rigorosamente coletados e analisados, os membros da SPSSI ( *The Society for the Psychological Study of Social Issues* ) têm apresentado estudos, preocupados não só com os fatores antecedentes e consequentes do aborto, como também com as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres que solicitaram aborto e foram atendidas.

Com estas preocupações , Major et alii (1990) avaliaram o ajustamento pós aborto em 283 mulheres, conforme o apoio que elas julgavam receber de seus companheiros e família. Como foi predito pelas autoras , o apoio social percebido pelas

participantes aumentou seu ajustamento indiretamente, através de seus efeitos na eficiência (*self-efficacy*). As mulheres que receberam maior suporte da família, amigos e companheiros lidaram melhor com o aborto. Quanto mais eficaz foi a mulher ao lidar com a interrupção da gestação, melhor foi seu ajustamento psicológico; mas, esta eficácia não diminuiu as queixas físicas. No entanto, as mulheres que contaram a seus próximos sobre o aborto e os perceberam menos compreensivos, tiveram pior ajustamento psicológico pós aborto, do que aquelas que não contaram ou aquelas que contaram e receberam apoio completo.

O interesse em saber como mulheres lidam com um *negative life event* (evento vital adverso) como a interrupção voluntária da gravidez, deu origem a alguns estudos nos EUA. Major et alii (1985) examinaram o papel de três fatores psicológicos (atribuições causais, expectativas de *coping* e habilidade de encontrar significado em *negative life event*) na predição de *coping* e depressão pós aborto. Neste estudo, os sujeitos, antes do procedimento de aborto, participaram de sessões de aconselhamento e, em seguida, responderam a questionários que mediram, além das variáveis citadas acima, a intencionalidade da gravidez e *coping* imediato (sintomas físicos, estados afetivos, como humor e ânimo, antecipação de conseqüências negativas e depressão).

Uma hora antes da interrupção assistida da gravidez, as mulheres foram questionadas a respeito dos fatores que julgavam responsáveis por ela, como esperavam lidar com o aborto, o grau de intenção da gravidez e o quanto a julgavam uma experiência significativa. Após 30 minutos da intervenção, elas foram questionadas sobre os sintomas físicos que experienciavam, estado afetivo e quanto antecipavam as conseqüências negativas relacionadas ao aborto. Neste momento, também aos sujeitos foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Após três semanas, aproximadamente 40% das mulheres retornou à clínica e todas foram reavaliadas nos

sintomas físicos, nos sentimentos , na antecipação de conseqüências negativas do aborto e na depressão.

As mulheres que justificaram a gravidez mais pelo próprio caráter ( *self-character blame*) tiveram maior dificuldade de lidar com o aborto, logo após o mesmo e depois de três semanas, do que aquelas que a justificaram com menos força no próprio caráter . No entanto, a hipótese de que a justificativa pelo próprio comportamento ( *self-behavior blame*) facilitaria o *coping* foi contrariada. Atribuir a culpa da gravidez ao seu próprio comportamento não teve qualquer impacto nas respostas de *coping* imediatas , após as três semanas.

Os sujeitos que esperavam lidar melhor com este evento traumático realmente o fizeram e as mulheres que tinham baixa expectativa de *coping* apresentaram dificuldades no período pós aborto. Embora 89% das mulheres deste estudo tenham relatado que a gravidez foi completamente sem intenção, as que revelaram alguma intencionalidade na gravidez estavam significativamente mais deprimidas três semanas após o aborto. As mulheres que atribuíram à gravidez valor significativo lidaram pior com a situação pós aborto do que aquelas que julgaram esta experiência menos significativa.

Em 1989, Mueller e Major aplicaram um questionário em 283 mulheres uma hora antes do procedimento de interrupção da gravidez, com o objetivo de investigar a que fatores elas atribuíam a gravidez e como percebiam sua possibilidade (*self-efficacy*) de lidar com o aborto. Em seguida , os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente em três grupos: a) grupo de atribuição, b) grupo de expectativa de *coping* e c) grupo controle. O grupo de atribuição assistiu a uma apresentação verbal de 7 minutos preparada para minimizar a designação de atribuição de culpa da gravidez ao seu caráter ou personalidade; o grupo de expectativa de *coping* ouviu uma apresentação

verbal de 7 minutos para aumentar suas expectativas de lidar positivamente com o aborto e o grupo controle assistiu a uma apresentação verbal de 7 minutos com informações gerais a respeito do aborto e dos serviços clínicos à sua disposição. No período de recuperação, ou seja, 30 minutos após o aborto, a experimentadora avaliou, individualmente ou em grupo de 2 ou 3 mulheres, as queixas físicas, sentimentos, antecipação de conseqüências negativas e depressão ( avaliada pela escala reduzida do Inventário de Depressão de Beck). As mulheres que retornaram à clínica após três semanas foram reavaliadas nos mesmos itens exceto sobre as queixas físicas.

Os dois grupos que sofreram intervenção experimental revelaram melhor ajustamento imediatamente após o aborto, em comparação ao grupo controle. Três fatores individuais pareceram estar relacionados ao melhor ajustamento: alta eficiência no *coping* , pouca atribuição de culpa ao próprio caráter e pouca atribuição de culpa a outrem. A eficiência também garantiu o ajustamento três semanas pós aborto. Este estudo concluiu que há fatores psicológicos que podem predispor a mulher a apresentar conseqüências mais graves pós aborto: percepção de pouca eficiência de lidar com o aborto, atribuir a gravidez a uma outra pessoa ou ao seu próprio caráter.

Moseley et alii (1981) pretenderam determinar o valor das variáveis demográficas e sociais, e de dois testes psicológicos ( *Locus of Control* de Rotter e *Multiple Affect Adjective Check List* ) como preditores das reações ao aborto em 62 mulheres de uma comunidade urbana do sul dos EUA. Além destes dois testes , também foram aplicados um questionário de 18 itens ( *Personal Reaction Questionnaire*) e mais 19 questões que indagaram sobre as experiências interpessoais e atitudes com relação ao aborto. A relação com o companheiro foi confirmada como um fator crucial no ajustamento pós aborto e, mulheres que apresentaram sentimentos negativos em relação a seus parceiros, revelaram os maiores índices de ansiedade pré aborto, depressão ,

hostilidade pré e pós aborto. Um resultado intrigante, segundo o autor, foi que as mulheres que decidiram sozinhas pelo aborto apresentaram um escore baixo de dificuldade, mas alto índice de hostilidade pré e pós aborto. Se a decisão é relativamente fácil, por que elas apresentam este alto nível de hostilidade? Segundo a análise de Moseley, é difícil sentir culpa e hostilidade simultaneamente e a hostilidade é considerada o mais forte mecanismo de defesa contra a culpa. Na Escala de *Locus of Control* de Rotter, as mulheres brancas do estudo revelaram maior índice de externalidade do que as negras, o que pode significar que somente mulheres negras emancipadas, mais internas, procuram o aborto.

Preocupados em avaliar as diferenças individuais na maneira de lidar com o procedimento da interrupção da gravidez, Cohen e Roth (1984) aplicaram questionários em 55 mulheres em dois momentos diferentes: na chegada à clínica e na sala de recuperação, aproximadamente 5 horas mais tarde. As diferenças individuais na dimensão *approach-avoidance* (aproximação-esquiva) foi o foco deste estudo. A esquiva, neste caso, foi caracterizada por não se referir ao aborto, ficar longe de coisas que possam lembrar o procedimento e evitar ficar aborrecida quando se lembrar do fato. A aproximação foi caracterizada por comportamentos como: falar a respeito do tema, pensar nas maneiras de prevenir que ocorra novamente e tentar lidar com os sentimentos sobre o mesmo. Os resultados da pesquisa constataram que estas mulheres apresentaram respostas similares na *Impact of Event Scale* (Escala de Impacto de Evento) em relação a outras populações *stressadas*. Quando divididas em grupos, *avoiders* (grupo de esquiva) apresentaram mais *stress\** do que *nonavoiders* (grupo de

---

\*Stress e derivados serão mantidos na nomenclatura internacional e não como mencionados pelo Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa Folha/Aurélio (estresse).

não esquivada) e *approachers* ( grupo de aproximação) diminuíram seu *stress* com o passar do tempo, enquanto *nonapproachers* (grupo de não aproximação) não o fizeram .

Mesmo em um país como a Inglaterra, onde é permitido à mulher interromper seu processo gestacional e, ao fazer esta opção, contar com a assistência do governo quer nas questões sociais (custos), quer nas questões psicológicas (aconselhamento pré e pós aborto) , as queixas de desajustes pós interrupção são freqüentes. Belsey et alii (1977) tentaram, através de um estudo, determinar o número de mulheres com algum distúrbio emocional após o aborto e a natureza deste distúrbio. Com o meta final de estabelecer uma abordagem objetiva ao aconselhamento, entrevistaram 360 mulheres de um hospital no primeiro trimestre de gravidez .

Os resultados revelaram que, embora poucas mulheres tenham desenvolvido um ou mais traços de distúrbio emocional após o aborto, o que predominou foi o grau de ajustamento existente antes da gravidez. As mulheres com maior probabilidade de desenvolver distúrbios depois do aborto tinham uma história de instabilidade psicossocial , laços familiares pobres ou inexistentes, poucos amigos, má qualidade de trabalho e, com freqüência, fracasso nas precauções contraceptivas.

Smith (1973) relata, num estudo *follow-up*, os efeitos psicológicos do aborto numa amostra de 154 mulheres, que procuraram o serviço de aconselhamento. Todas essas mulheres foram entrevistadas antes do aborto e, 80 das 125 que obtiveram permissão para a interrupção da gravidez, foram acompanhadas por mais um ou dois anos. A maioria das mulheres relatou que não experienciou qualquer desconforto emocional como resultado do aborto. Sintomas de depressão, culpa e disfunção sexual foram relatados por poucas mulheres e, segundo elas , estes sintomas não prejudicaram suas vidas e nem necessitaram de ajuda profissional para combatê-los .A maioria delas

sentiu que o aborto teve um efeito positivo em suas vidas e somente 3% se arrependeu desta decisão.

Além de pesquisas voltadas para a investigação das conseqüências da interrupção voluntária da gravidez, estudiosos se preocuparam com a complexidade deste processo de tomada de decisão .

Friedlander et alii (1984) distribuíram questionários para mulheres que procuraram aconselhamento em um centro de saúde reprodutiva e analisaram uma amostra de 291 casos. O instrumento continha 108 itens divididos em quatro sessões: 1) "Atitudes Gerais", que apresentava a Escala de *Locus of Control* composta por Levenson, com 35 itens; 2) "Dados Pessoais", com quatro questões sobre características demográficas; 3) "Experiência Passada", que continha 15 itens a respeito de experiência de aborto, contracepção, história da gravidez, riscos médicos de manter a gravidez, relacionamento com parceiro e processo de tomada de decisão; 4) "Métodos de Contracepção", sobre atitudes e experiência pessoal com diferentes formas de contracepção. Segundo os resultados encontrados, o forte envolvimento com o parceiro sexual tende a encorajar a contracepção, mas complica a decisão do aborto. O forte compromisso com o trabalho encoraja a contracepção e aparentemente simplifica a decisão do aborto. A preocupação com a saúde apresentou-se fortemente associada ao comportamento contraceptivo, mas não com o processo de decisão pelo aborto. Isto significa que , segundo os autores, a prevenção da gravidez indesejada e a decisão do aborto são processos independentes e influenciados pelo amor e trabalho, mas em direções opostas.

As pesquisas americanas têm se preocupado mais em investigar as conseqüências psicológicas da interrupção gestacional do que com seus antecedentes e apresentam alguns modelos teóricos de como a indução do aborto afeta

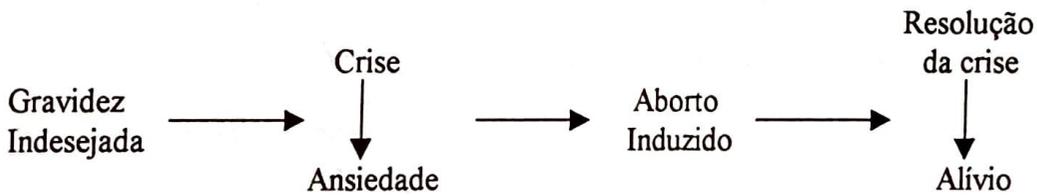
psicologicamente a mulher. Miller (1992) descreveu oito modelos teóricos de como o aborto induzido afeta psicologicamente as mulheres. O Modelo Básico mostra que a gravidez indesejada leva a algum fator intermediário e à indução do aborto que, por sua vez, gera algumas conseqüências psicológicas:

#### Modelo Básico



Existem dois modelos derivados deste anterior que enfatizam as conseqüências psicológicas a curto - prazo, ou seja, aquelas que surgem poucos dias ou poucas semanas após o aborto. Um deles é o Modelo de Crise que mostra que o alívio e a redução de ansiedade são os principais sentimentos experienciados após o aborto.

#### Modelo de Crise



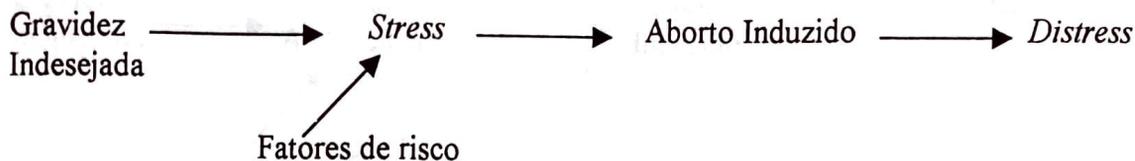
O Modelo da Crise mostra que o alívio e a resolução da crise são os primeiros efeitos experienciados após o aborto.

Modelo Biológico é também modelo derivado do básico e postula que a interrupção da gravidez produz uma redução abrupta de certos hormônios, o que altera o estado mental da mulher. O esquema proposto por este modelo é o seguinte:



Para análise de conseqüências psicológicas a longo prazo, são apresentados três modelos teóricos a seguir:

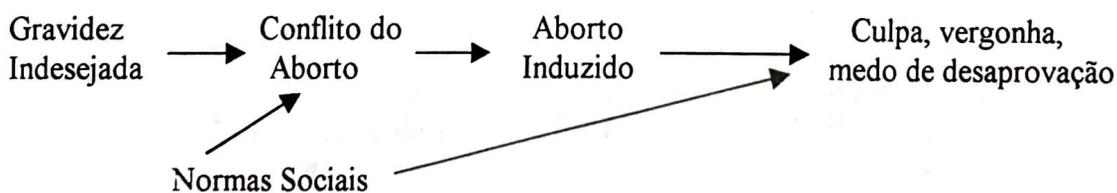
#### Modelo de *Stress*



Neste modelo, a idéia principal é que a gravidez indesejada produz *stress*. Este estado associado ao aborto induzido produz *distress* que inclui uma ampla variedade de sentimentos negativos e outros estados psicológicos. As pesquisas de Cohen e Roth (1984) e Major et alii (1985) utilizaram este modelo e também o estudo de Moseley et alii (1981), à medida em que discute o apoio social como sendo um fator determinante tanto no *stress* pré aborto como no *distress* pós aborto.

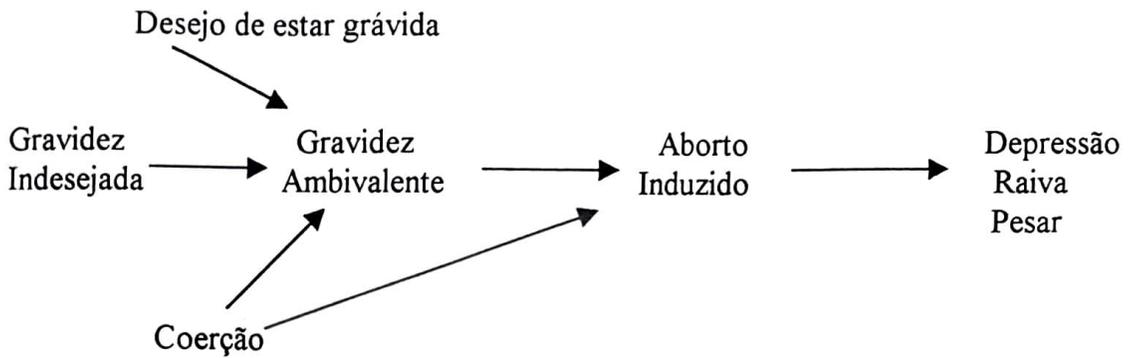
O Modelo de Violação de Normas sugere as implicações nas conseqüências psicológicas a longo prazo.

#### Modelo de Violação de Normas



Este modelo indica que as normas sociais que são geralmente contra o aborto e a favor da gestação, produzem na mulher, com uma gravidez não desejada, o conflito de fazer um aborto e a culpa, a vergonha e o medo de desaprovação, quando ela o faz.

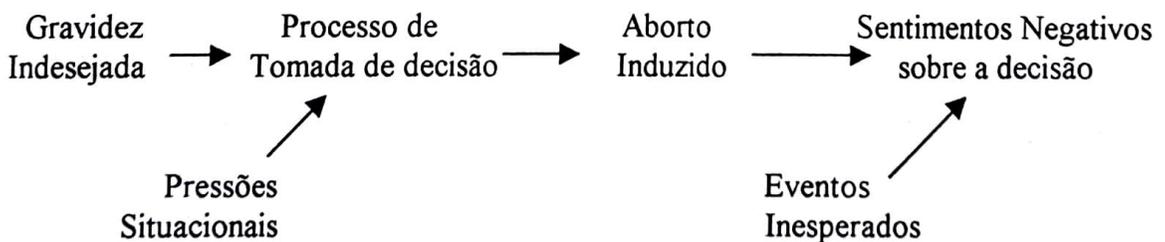
### Modelo de Perda :



Este modelo teórico sugere que a mulher que experiencia uma gravidez indesejada apresenta vários graus de desejo de levar adiante a gravidez e ter o filho. Quando este desejo é bastante forte, cria uma ambivalência anterior ao aborto e uma sensação de perda, associada à raiva, pesar e depressão após o aborto. A pesquisa de Major et alii (1985) discute este modelo.

Algumas pesquisas têm, subjacente à sua análise, o Modelo de Decisão que explica o processo de tomada de decisão anterior ao aborto e os sentimentos negativos provocados por esta decisão, após ter sido tomada. Este modelo está implícito na pesquisa de Cohen e Roth (1984), já citada neste trabalho.

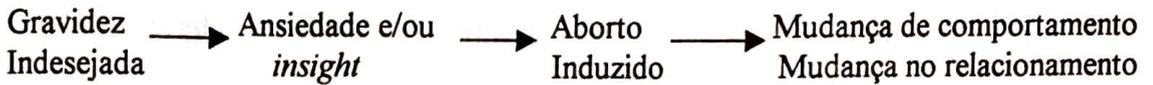
### Modelo de Decisão



O último modelo apresentado por Miller (1992) é chamado de Modelo de Aprendizagem e sugere que a mulher aprende e modifica seu comportamento como resultado da interação da experiência da gravidez indesejada e do aborto induzido. Tais

mudanças podem ser positivas como, por exemplo, começar a usar ou usar corretamente o anticoncepcional, ou podem ser negativas, como medo ou negação de sexo como consequência. Também as relações afetivas podem se transformar positiva ou negativamente após esta experiência .

### Modelo de Aprendizagem



Dentro dos estudos brasileiros pesquisados, o de Gomes ( 1987) parece se adequar ao Modelo Básico porque se trata de uma pesquisa que levanta as consequências psicológicas a curto prazo, da interrupção da gravidez e considera fatores mediadores desta decisão, tais como a relação com o companheiro e o apoio social recebido por ocasião da tomada de decisão.

No nosso país , a prática abortiva praticada pela mulher ou por terceiros, utilizando quaisquer métodos , é considerada crime passível de punição. Segundo o Código Civil Brasileiro, de 1940, o aborto é considerado crime com detenção de um a três anos para a gestante e de um a quatro anos para terceiros que o provocaram.

Esta legislação, com certeza, cria uma série de obstáculos também `a pesquisa sobre este tema.

Segundo o IBGE, em pesquisa citada pelo jornal Folha de São Paulo, em 1992 290.659 mulheres foram internadas para tratarem de seqüelas de abortos induzidos. Destas mulheres, pelo menos, 1542 morreram e 1670 permaneceram internadas em hospitais em tratamento mais prolongado.

Estes dados tornam evidente que o problema da prática do aborto é uma séria questão de saúde pública.

Não há, no entanto, uma política governamental que evite a morte de milhares de mulheres que deixam outros milhares de órfãos que, muito provavelmente, constituirão a população marginal futura. É possível que um dos fatos que dificulte um projetos de atuação nesta área, seja a incerteza sobre o número real de abortos cometidos na população brasileira e as mortes decorrentes desta prática. Segundo a Fundação Seade , em 1990 , de 348 mortes maternas, 24 foram por aborto induzido e em 1995, de 315 mortes, 18 foram de mulheres que interromperam voluntariamente a gestação.

Os estudos brasileiros publicados sobre o tema discutem os aspectos epidemiológicos, a questão jurídica, a questão religiosa, os tipos de aborto, métodos e conseqüências (Schor e Alvarenga, 1994; Prado, 1991; Verardo, 1991; Boehs et alii , 1983; Frente de Mulheres Feministas, 1980; Milanesi, 1970) com exceção do trabalho de Gomes (1987) que descreve as circunstâncias, motivações e sentimentos envolvidos no aborto provocado.

Boehs et alii (1983) entrevistaram, durante seis meses, 50 pacientes admitidas numa maternidade de Florianópolis, Santa Catarina, para tratamento das complicações do aborto provocado. Este estudo descritivo teve o objetivo de levantar dados epidemiológicos, tais como: idade, estado civil, renda familiar, ocupação da mulher, número de abortos, método utilizado para interromper a gravidez e motivos que contribuíram para a decisão de interromper a gestação.

Milanesi (1970) apresentou um trabalho de grandes proporções sobre variáveis demográficas , sociais e econômicas ligadas ao aborto induzido, entrevistando 3000 mulheres da capital de São Paulo.

Schor e Alvarenga (1994), Frente de Mulheres Feministas (1980) e Verardo (1991) contribuíram para uma análise mais profunda sobre o tema, apresentando estudos teóricos e reflexões sobre este assunto tão polêmico.

Num artigo publicado em 1996, Bromberg descreve uma pesquisa feita com adolescentes, cujo objetivo foi entender, com maior profundidade, as questões relacionadas à sexualidade dos adolescentes e à prática do aborto. A autora precisou mudar os rumos de seu projeto inicial por falta de colaboração dos sujeitos. Neste estudo, 362 adolescentes responderam a um questionário que, além das características demográficas, abrangeu questões sobre experiência amorosa e sexual, fonte de informação sobre sexo, práticas sexuais e métodos de prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (incluindo AIDS), opinião sobre comportamento sexual e aborto e experiência pessoal com aborto. Também foram entrevistadas mulheres que haviam praticado o aborto na adolescência (83 sujeitos) porque, segundo os resultados dos questionários, nenhuma adolescente ficou grávida e nenhum adolescente engravidou uma parceira. O objetivo desta segunda fase foi investigar as vivências destas mulheres acerca do aborto e as conseqüências encontradas a partir desta prática.

Gomes (1987) investigou as atitudes emocionais de mulheres que praticaram o aborto, entrevistando 20 mulheres internadas na enfermaria do Setor de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

Segundo esta autora, a situação econômica precária não tem influência determinante na decisão pela interrupção voluntária da gravidez. Assim como Moseley (1981) e Major et alii (1990) interpretaram os dados de mulheres americanas, Gomes (1987) concluiu, em sua pesquisa, que mulheres brasileiras consideram a relação afetiva com o companheiro um fator muito importante na decisão de abortar.

Também concluiu a autora que as participantes de sua pesquisa não faziam uso de medidas anticoncepcionais ou o faziam de forma errônea ( 19 entre 20 sujeitos) e que expressavam pensamentos mágicos em relação `a possibilidade de gravidez. . A religião (maioria católica) e a ilegalidade da prática abortiva não foram significativas no sentido de impedir a indução do aborto. No entanto, a Igreja exerceu forte influência na culpa pós aborto.

Esta culpa persecutória foi, segundo a pesquisadora, manifestada através de sentimento de estar sendo punida por sua sexualidade. Este sentimento gerou depressão, que foi denunciada por crises de choro e tristeza profunda.

De interesse especial para esta pesquisa é a conclusão citada pela autora à respeito do “pensamento mágico” de não engravidar, mesmo quando não utiliza métodos anticoncepcionais, apresentado pelas mulheres de seu estudo.

Será que as mulheres brasileiras que optam pelo aborto, quando engravidam num momento julgado inapropriado, em decorrência da não utilização de uma medida anticoncepcional, acreditam que têm total domínio pelos acontecimentos de sua vida, incluindo a não fertilização com o poder de seu pensamento?

Segundo Major et alii (1985), a maioria das mulheres que procuram a permissão para o aborto relatam que sua gravidez foi acidental e não intencional, embora a gravidez indesejada seja um evento freqüentemente controlável .

Sendo a gravidez controlável, quem estaria no controle deste acontecimento quando ocorre a gravidez indesejada?

Perceber as causas dos fenômenos , atribuir a alguém ou a algo a responsabilidade de um evento adverso , acreditar que os fatos que ocorrem em nossas vidas independem de nossa vontade, podem modificar a nossa percepção dos fatos e os sentimentos relativos aos mesmos.

Um dos maiores geradores da depressão é exatamente a percepção da própria impotência ou falta de controle dos fatos marcantes de nossas vidas. Se não nos percebemos como agentes modificadores dos acontecimentos do dia a dia, torna-se quase impossível elaborarmos situações dolorosas. Se não controlamos nossa vida, quem ou o que exercerá este papel ?

O *Locus of Control* é um constructo que busca explicar a percepção que as pessoas têm das fontes de controle e é diferente de “atribuição de causalidade”, no sentido de que o primeiro é uma característica mais ou menos estável do indivíduo, utilizada para explicar as ocorrências mais interna ou externamente. A “atribuição de causalidade” é um processo pelo qual se busca a explicação causal dos eventos (Dela Coleta, 1987).

Gibb e Millard (1981) examinaram a possibilidade de existirem diferenças em impulsividade e *Locus of Control* entre mulheres com repetidos abortos e nulíparas que procuravam aconselhamento. Duas horas antes do procedimento do aborto, 107 mulheres solteiras, que já tinham interrompido a gravidez pelo menos uma vez anteriormente, responderam a uma escala de personalidade. A escala I-E de Rotter foi aplicada a 69 pacientes e 38 responderam ao *Impulsivity Scale of the Bipolar Psychological Inventory* (Escala de Impulsividade do Inventário Psicológico Bipolar). O grupo de nulíparas continha 65 mulheres solteiras que procuraram aconselhamento numa agência de planejamento familiar. Antes do aconselhamento, elas todas foram submetidas a um teste de personalidade; a 48 delas foi administrada a Escala I-E de Rotter e as 18 restantes responderam à Escala de Impulsividade.

Os resultados demonstraram que os dois grupos de mulheres parecem perceber a si mesmas com baixo grau de impulsividade e apresentam um nível externo moderado, na escala de Rotter. Os resultados obtidos nesta escala não diferem de outras

populações femininas. Isto significa que nulíparas e mulheres que já se submeteram a mais de um aborto não diferem nas dimensões de personalidade do *Locus of Control* ou impulsividade.

Em 1984, Gibb comparou três grupos de mulheres : a) nulíparas; b) mulheres no primeiro aborto e c) mulheres reincidentes, nas dimensões de *Locus of Control* e impulsividade. O autor conclui que os grupos “a” e “c” apresentaram baixos resultados na *Impulsive - Self Control Scale of the Bipolar Psychological Inventory* de Howell et alii (Escala de Autocontrole Impulsivo do Inventário Psicológico Bipolar) mas não foram encontradas diferenças com respeito ao medido pela escala de Rotter.

Segundo o autor, este foi o primeiro estudo que procurou determinar se o *Locus of Control* está diretamente ligado à reincidência no aborto e que só se limitou as duas dimensões da personalidade por causa das restrições de tempo dos sujeitos. Os resultados indicaram que não houve diferenças entre o três grupos na dimensão do *Locus of Control* e impulsividade (baixo nível de impulsividade).

Thompson e Robinson (1986) investigaram auto-conceito e *Locus of Control* relacionados à reincidência do aborto. Foram pesquisados três grupos: a) mulheres que procuravam orientação para contracepção ( grupo controle) , b) mulheres que solicitavam primeiro aborto e c) mulheres reincidentes. Não foram encontradas diferenças significativas no auto-conceito e no *Locus of Control* nos três grupos. Segundo as autoras, é possível que não haja realmente diferenças entre os grupos porque mulheres que procuram o aborto não são diferentes de outras mulheres e a interrupção voluntária da gravidez só é um problema porque foi definida como tal pela sociedade.

Usando a Escala de *Locus of Control* de Levenson, Lester e Cook (1988) estudaram a relação entre esta medida e uso de contraceptivos e posterior aborto, numa

amostra de mulheres que procuraram uma clínica de orientação. A escala foi administrada a 109 mulheres um dia após terem interrompido a gravidez. Os resultados foram comparados com os de um grupo de universitárias e não foram encontradas diferenças quanto à crença no controle interno, externo ou controle outros poderosos.

Os autores sugerem que, ter testado os sujeitos um dia após intenso *stress*, pode ter produzido resultados diferentes dos que poderiam ser obtidos em outra ocasião.

A Escala de *Locus of Control* de Levenson tem sido utilizada em estudos que medem o desempenho e bem estar no trabalho ( Parkes, 1991) e pesquisas que tentaram verificar as relações entre *Locus of Control*, *coping* e sintomas psicológicos ( Petrosky e Birkimer, 1991). Gadzella (1994) avaliou as diferenças entre grupos de estudantes com níveis variados de *stress* em relação ao *Locus of Control*.

No Brasil, José Augusto Dela Coleta é um dos pioneiros em pesquisas sobre atribuição de causalidade e, em 1979, apresentou um estudo exploratório com universitários, usando a Escala Rotter de *Locus of Control*. Em 1980, o mesmo autor traduziu e adaptou esta escala, substituindo o contínuo de seis pontos, variando do *acordo* ao *desacordo* por uma dicotomia *concordo* ou *discordo*. Neste último estudo (tese de doutorado), Dela Coleta teve como sujeitos 35 cegos, 43 presos e 40 amputados.

Em 1987, Marília Ferreira Dela Coleta conduziu três estudos com sujeitos brasileiros, utilizando uma adaptação da Escala de *Locus of Control* de Levenson. A modificação feita pela pesquisadora foi a alteração de seis níveis de resposta ( tipo Likert) para cinco níveis.

Tamayo, em 1989, administrou a versão brasileira da Escala Levenson (feita por Marília F. Dela Coleta em 1987) numa amostra de 1199 sujeitos, com o objetivo de obter a validade fatorial desta versão.

Jorge La Rosa (1991) realizou três estudos com estudantes de 1º, 2º e 3º graus, com o objetivo de construir uma escala de *Locus of Control* para a cultura brasileira. Após a identificação de reforçadores e fontes de controle, o autor construiu 4 escalas: a) escala de internalidade instrumental; b) escala de sorte; c) escala de alienação sócio-política ou controle por poderosos do macro sistema social e 4) escala dos poderosos de micro sistema social.

O aborto provocado não tem sido alvo de investigação da abordagem psicanalítica, com exceção do estudo de Julio Aray, datado de 1968, onde ele apresenta profunda reflexão sobre o luto provocado pela interrupção da gravidez. O autor interpreta o luto do aborto como patológico e afirma que as defesas maníacas surgidas o mascaram, muitas vezes, a ponto de poder ser negado.

Segundo Aray (1968), a perda do feto abortado é acompanhada da perda de partes do ego corporal. No luto normal, há grande desinvestimento da libido dos objetos que anteriormente davam satisfação e, como no luto patológico do aborto, a perda é provocada pelo sujeito, este processo é muito mais complicado.

A complexidade da elaboração do luto ocorre também por causa de alguns agravantes. Um destes agravantes é a ambivalência entre a pulsão de vida (concepção) e pulsão de morte (aborto), que gera sentimentos concomitantes de amor e ódio do mesmo objeto. Este conflito é expressado na luta entre o instinto de vida e o superego que exige o aborto e conduz a pessoa a sentir intensos sentimentos de culpa.

Um dos fatores que podem prejudicar a elaboração do aborto é a não visão do feto abortado, fenômeno que ocorre nos países onde a prática é liberada. Esta não visão não ocorre na realidade brasileira, como veremos posteriormente neste trabalho.

Sendo o aborto não somente a rejeição do feto, mas também de parte de si, perceber o feto indefeso aumenta o sentimento de culpa da mulher e esta culpa favorece o aparecimento das defesas maníacas. Uma delas é negar a existência do feto ser vivo, outra é negar a consecução do aborto.

Segundo Klein (1940), as defesas maníacas trabalham ligadas às defesas obsessivas e o ego teme que sua intenção de reparação do objeto malogre. Assim, surge o desejo de controlar, de vencer o objeto, de triunfar sobre ele, o que dificultará o ato de reparação. Para Aray (1968), “o sentimento de triunfo no aborto é, na realidade, a expressão do prazer de se submeter, de forma masoquista, ao instinto de morte e ao superego filicida, já que o embrião abortado compreende também a uma morte parcial da paciente” (p.29).

Os danos causados pelo aborto não são só psicológicos, mas também físicos. Desde a concepção o organismo se prepara biologicamente para conter a vida e a interrupção deste processo vital exige a volta ao estado anterior bruscamente, o que, com certeza, causa prejuízos de ordem psicossomática.

A culpa persecutória advinda da perda voluntária do objeto também dificulta a elaboração do luto e transforma o perseguido em perseguidor. Esta angústia de perseguição está relacionada à tentativa de preservação do ego dos ataques do objeto vingativo.

Para a elaboração do luto, é necessário que esta culpa ceda lugar às defesas maníacas, próprias da posição depressiva. No aborto, a negação é o mais freqüente

mecanismo utilizado , negação não só da rejeição e morte do feto, mas também, creio, da própria existência do feto.

Este sofrimento faz surgir na mulher a tendência a restaurar os objetos internos danificados e, desta forma, permitir que a pulsão de vida suplante a pulsão de morte.

Este estudo pretendeu não só investigar a vivência e interpretação do aborto, mas também a da maternidade.

Enquanto o aborto foi interpretado à luz da abordagem kleiniana, que tem como principal autor do tema o psicanalista Julio Aray , a análise da maternidade foi teoricamente embasada na interpretação de Marie Langer (1986) e Elisabeth Badinter (1980) .

Foram discutidos os conflitos atuais de ser ou não ser mãe na sociedade contemporânea , o instinto maternal , o controle de natalidade como fonte de submissão feminina e a importância do relacionamento amoroso, tanto para a vivência do aborto como da maternidade.

Além de entrevistas semi estruturadas , foi utilizada a Escala de *Locus of Control* de Levenson, como instrumento complementar , cujo objetivo foi o de verificar as possíveis diferenças entre os dois grupos de mulheres, na questão da fonte de controle dos acontecimentos de suas vidas.

### 3. OBJETIVOS

O objetivo principal desta pesquisa foi investigar, à luz da abordagem psicanalítica kleiniana a vivência e interpretação da maternidade e do aborto em mulheres.

Objetivos específicos:

- A) Verificar como as mulheres que praticaram o aborto, ou, tentaram praticar o aborto, se apresentam nas medidas do *Locus of Control* ;
- B) Verificar como as mulheres em estado gestacional se apresentam nas medidas de *Locus of Control* ;
- C) Verificar se há diferenças entre as mulheres dos dois grupos nas três dimensões de *Locus of Control* ;
- D) Relacionar os dados das entrevistas dos dois grupos com os resultados obtidos pela Escala de *Locus of Control* ;

## 4. MÉTODO

### 4.1 SUJEITOS

Participaram desta pesquisa 26 mulheres, com idade variando de 14 a 36 anos, divididas em dois grupos.

#### Grupo A (Grupo de aborto)

Treze mulheres, com idade variando de 17 a 36 anos, sendo onze delas internadas em um hospital público de um município do ABC paulista e duas delas, procurando atendimento pré natal numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de outro município da mesma região do estado ( tentativa de aborto fracassada ). Do total de participantes, nove se encontravam no período pós curetagem, três delas não fizeram curetagem e uma, no período pré curetagem.

#### Grupo G (Grupo de gestantes)

Treze mulheres com idade variando de 14 a 34 anos que procuravam atendimento pré natal numa Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do ABC, com tempo gestacional variando de 6 a 18 semanas.

### 4.2 INSTRUMENTOS

#### Entrevista

Todas as participantes foram submetidas a uma entrevista semi estruturada (vide anexo 12.1 para Grupo A e anexo 12.2 para Grupo G), que foi gravada no local de atendimento, ou seja, no quarto do hospital com onze das mulheres do grupo A, e numa

sala da UBS onde estavam sendo atendidas, com as treze participantes do grupo G e duas do Grupo A ( tentativa mal sucedida de aborto).

As mulheres dos dois grupos foram avisadas, logo no início da entrevista ,que um gravador seria usado e todas deram permissão para seu uso.

O gravador foi utilizado para evitar que dados importantes dos relatos delas fossem perdidos ou alterados; o impacto de seu uso foi minimizado pelo contato visual freqüente e demonstrações de genuíno interesse, por parte da pesquisadora.

As questões das entrevistas se referiram a: a) dados pessoais das entrevistadas; b) histórico da concepção; c) histórico de aborto ; d) dados de responsabilidade sobre a maternidade e aborto; e) pensamentos e sentimentos atuais sobre aborto (Grupo A) e pensamentos e sentimentos atuais sobre maternidade e paternidade (Grupo G) e f) planos de futuro nas questões de concepção, anticoncepção e relacionamento afetivo.

#### Escala de *Locus of Control* de Levenson

Após serem submetidas às entrevistas, as participantes responderam aos 24 itens da Escala de Levenson e, neste momento, o gravador foi dispensado e as respostas foram anotadas pela pesquisadora ( vide anexo 12.3).

A Escala IPC de Levenson (1974) é dividida nas seguintes categorias:

- a) controle interno ( I ) : questões de número 1, 4, 5, 9, 18, 19, 21 e 23;
- b) controle externo outros poderosos (OP) : questões de número 3, 8, 11, 13, 15, 17, 20 e 22 e
- c) controle do azar ( A ) : questões de número 2, 6, 7, 10, 12, 14, 16 e 24.

### 4.3 PROCEDIMENTOS

#### Seleção dos sujeitos

As participantes do Grupo A foram selecionadas a partir da leitura da prancheta do posto de enfermagem do hospital , e foram escolhidas para serem entrevistadas aquelas que tinham como diagnóstico o abortamento incompleto ( linguagem utilizada em hospitais).

As participantes do Grupo G foram escolhidas após ter solicitado às atendedoras que enviassem à sala de entrevista as mulheres que chegassem ao ambulatório para exames ou marcação de consultas e que estivessem, no máximo, com 4 meses de gestação

#### Coleta de dados

As entrevistas do Grupo A foram feitas nos quartos do próprio hospital, estando a participante deitada em sua maca. Para evitar que a mulher se sentisse discriminada e que o aborto se tornasse público, todas as mulheres receberam um tempo de atenção, independente de revelarem ou não a prática do aborto.

É importante apontar que , como o objetivo era colher os dados das mulheres nos momentos próximos ao aborto, não havia qualquer outra possibilidade das participantes serem ouvidas em outro local que não num quarto de hospital, com variáveis não controláveis como o choro dos bebês, conversa das outras pacientes e

barulho de sirenes. No mesmo local, após o término da entrevista , foi administrada a Escala de Levenson a cada uma das participantes da pesquisa.

As entrevistas do Grupo G foram feitas individualmente, em salas privativas, sem qualquer interrupção ou possibilidade de quebra de sigilo. No caso destas mulheres, a única variável não controlável foi o barulho dos outros pacientes nos corredores e de bebês chorando em outras salas do ambulatório. Como foi feito com Grupo A , as participantes deste grupo foram solicitadas a responder às questões da Escala de Levenson, após o término da entrevista .

#### 4.4 ESCOLHA DOS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO

As entrevistas semi estruturadas foram avaliadas qualitativamente . Os relatos das mulheres do Grupo A foram analisados tendo como sustentação teórica a abordagem psicanalítica de Melanie Klein e de Julio Aray , e os do Grupo G , foram interpretados segundo os pressupostos teóricos de Marie Langer e Elizabeth Badinter.

Os resultados da Escala de *Locus of Control* de Levenson, com validação de Tamayo, foram avaliados pela aplicação pela Prova *U* de Mann-Whitney de estatística não-paramétrica , com o objetivo de verificar se havia diferenças entre os dois grupos.

## RESULTADOS

Os resultados deste estudo serão apresentados em quatro partes:

**Parte I** - Será apresentada a análise quantitativa das entrevistas e comparação entre as entrevistas dos Grupos A e G. Também serão apresentadas as tabelas com a descrição dos tópicos das entrevistas dos dois grupos e comparação destes entre os dois grupos;

**Parte II** - Será apresentada a análise qualitativa das entrevistas de cada grupo com referências as teorias que subsidiaram o estudo e comparação entre os relatos do dois grupos;

**Parte III** - Será apresentada a análise quantitativa dos resultados do *Locus of Control* dos dois grupos, com a utilização das tabelas das medianas em cada subescala e a comparação entre os grupos e os resultados da Prova *U* de Mann-Whitney em tabelas;

**Parte IV** - Será apresentada a análise qualitativa da entrevista de cada grupo relacionada aos resultados do *Locus of Control* e a comparação entre as entrevistas e os resultados do *Locus of Control* dos dois grupos.

Nas partes II, III e IV os itens selecionados para análise foram os que foram apresentados por, pelo menos, metade das participantes de cada grupo. Exceções foram feitas quando os dados foram julgados interessantes mas, nestes casos, o número de mulheres que apresentou o fenômeno foi esclarecido.

## 5. RESULTADOS - PARTE I

### Análise Qualitativa das Entrevistas

#### 5.1 Entrevistas do Grupo A

Três das participantes deste grupo foram entrevistadas no dia em que chegaram ao hospital, oito no dia posterior, uma, dois dias após e outra, quatro dias depois de sua internação. Nove mulheres haviam sido submetidas à curetagem, três não a fizeram (uma, porque não foi necessário e as outras duas, porque a gravidez não foi interrompida, apesar da tentativa de aborto) e uma foi entrevistada antes deste procedimento.

Todos os casos, com exceção das duas tentativas de aborto, tiveram como diagnóstico clínico o abortamento incompleto, sendo que, em três casos, as mulheres já apresentavam infecção.

Uma das participantes chegou ao hospital sozinha (não tem família e o namorado não assumiria a gravidez), duas chegaram acompanhadas de amigas (não moram com a família), três foram em companhia da família (irmã, tia, mãe) e, seis delas tiveram o marido como acompanhante. Uma das entrevistadas que tentou o aborto, mas não foi bem sucedida, foi entrevistada no ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e estava desacompanhada.

Todas relataram que, ao chegar ao hospital, apresentavam alguns sintomas físicos, tais como: dores abdominais (8 casos), sangramento (7 casos), cólicas (2 casos), náuseas (2 casos), tontura (1 caso), fraqueza (1 caso), febre (1 caso), vômitos (1 caso) e contrações (1 caso).

### 5.1.1 Dados Pessoais

#### 5.1.1.1 Idade

A Tabela 1 apresenta os dados referentes à idade e estado civil das treze participantes do Grupo A .

TABELA 1

Idade e estado civil dos sujeitos do Grupo A ( N = 13 )

IDADE	N	ESTADO CIVIL	N
17 - 20	5	amigada	6
21 - 24	1	solteira	4
25 - 28	4	separada ,com namorado	3
29 - 32	1		
33 - 36	2		

Conforme dados da Tabela 1, a idade das treze mulheres deste grupo variou de 17 a 33 anos ,com idade média de 24,07 anos e mediana de 25 anos.

#### 5.1.1.2 Estado civil

Conforme representado na Tabela 1 ,seis delas vivem maritalmente com o pai da criança, com tempo variando de 4 meses a 13 anos, com exceção de um caso, cujo companheiro não é o pai da criança. Três mulheres já foram casadas e, no momento da entrevista, estavam namorando o pai da criança abortada . Quatro eram solteiras , sendo que uma delas engravidou de um caso fortuito, enquanto as outras três engravidaram dos namorados (tempo de namoro variando de 1 a 3 anos e 2 meses).

### 5.1.1.3 Escolaridade

A Tabela 2 mostra o grau de escolaridade das mulheres do grupo A e as atividades que exerciam por ocasião da entrevista ou nos meses anteriores.

TABELA 2

Escolaridade e profissão dos sujeitos do Grupo A (N=13)

ESCOLARIDADE	N	PROFISSÃO	N
1º grau incompleto	8	doméstica	4
1º grau completo	1	dona de casa	4
2º grau incompleto	3	auxiliar de escritório	2
2º grau completo	1	manicure	1
		balconista	1
		repcionista	1

De acordo com a Tabela 2, todas as mulheres do grupo tinham freqüentado a escola, sendo que oito delas têm o curso de primeiro grau incompleto, três delas o segundo grau incompleto, uma concluiu o primeiro grau e outra concluiu o segundo grau. Uma das mulheres que não completou o primeiro grau freqüentava o curso de Educação de Adultos e, das três que não concluíram o segundo grau, duas estavam fazendo o Curso Supletivo e a outra estava cursando o segundo colegial.

### 5.1.1.4 Profissão

Quanto à profissão, segundo a Tabela 2, quatro delas revelaram não trabalhar fora de casa e as outras exerciam as seguintes atividades: empregadas domésticas (quatro casos), auxiliares de escritório (dois casos), recepcionista (1 caso), manicure (1 caso) e balconista de padaria (1 caso). Das participantes deste estudo, nove disseram ter uma profissão e, destas, quatro estão desempregadas.

### 5.1.1.5 Idade de cônjuge

A Tabela 3 apresenta os dados referentes à idade dos cônjuges das participantes do Grupo A.

TABELA 3

Idade dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A (N=13)

IDADE DO CÔNJUGE	N
18 - 23	5
24 - 29	3
30 - 35	3
36 - 41	2

De acordo com a Tabela 3, a idade dos cônjuge variou de 18 a 41 anos, com média de 27,38 anos e mediana igual a 25 anos. Em um dos casos ( aborto não concluído, gestação de oito meses) foram colhidos dados, tanto do companheiro, como do pai da criança (companheiro anterior). Considerando a idade do pai da criança (22 anos), a média de idade é alterada para 27,15 anos e a mediana, para 22 anos.

### 5.1.1.6 Profissão do cônjuge

A Tabela 4 apresenta os dados referentes às atividades exercidas pelos cônjuges das participantes do Grupo A.

TABELA 4

Profissão dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A ( N=13)

PROFISSÃO	N	PROFISSÃO	N
Sem profissão	2	Ajudante de pedreiro	1
Pedreiro	1	Manobrista	1
Eletricista de manutenção	1	Corretor de imóveis	1
Marceneiro	1	Motorista	1
Pintor de carro	1	Não trabalha	1
Apontador	1	Não sabe	1

A Tabela 4 descreve as atividades que os parceiros das mulheres exerciam na ocasião em que as entrevistas foram feitas.

Segundo as informações das mulheres do Grupo A ,quatro homens estavam desempregados, sendo que um era apontador, o outro era motorista e os outros dois não tinham profissão definida. Dois trabalhavam no ramo da construção: um, como pedreiro e o outro, como ajudante de pedreiro. Os outros exerciam as seguintes atividades: manobrista (1 caso), pintor de carros (1 caso), marceneiro (1 caso) , eletricista (1 caso) e corretor de imóveis (1 caso). A participante que revelou ter engravidado numa relação fortuita afirmou que o pai da criança não trabalha e uma outra disse que não sabia qual era a atividade dele.

A participante, cujo marido não é o pai da criança, afirmou que não sabe a profissão do ex- namorado ( pai da criança).

#### 5.1.1.7 Escolaridade do cônjuge

A Tabela 5 apresenta o grau de escolaridade dos parceiros das mulheres do Grupo A .

TABELA 5

Grau de escolaridade dos cônjuges dos sujeitos do Grupo A (N=13)

ESCOLARIDADE DO CÔNJUGE	N
1º grau incompleto	6
2º grau incompleto	2
3º grau incompleto	1
Analfabeto	1
Não sabe	3

\* Não há dados de escolaridade do pai da criança que não é cônjuge

Conforme Tabela 5, seis cônjuges não completaram o primeiro grau, dois não completaram o segundo grau (um deles estava cursando o segundo ano colegial), um frequentou a Universidade, mas não completou o curso e um era analfabeto. Três das participantes deste grupo não souberam informar sobre a escolaridade de seus parceiros (um deles, a relação foi ocasional e, as outras duas disseram não conhecer estes dados).

## 5.1.1.8 Filhos : idade e sexo

A Tabela 6 apresenta a idade e o sexo dos filhos das participantes do Grupo A

TABELA 6

Idade e sexo dos filhos dos sujeitos do Grupo A (N=13)

NÚMERO DE SUJEITOS	NÚMERO DE FILHOS	IDADE ( ANOS)	SEXO
5			
3	1	2 anos , 9 meses e 4 meses	3 masculinos
3	2	4 anos (3 casos) e 6 anos (3 casos)	5 fem. e 1 masc.
1	3	6 anos, 3 anos e 5 meses	2 masc. e 1 fem.
1	6	14, 12, 11, 9, 7 e 4 anos	3 masc. e 3 fem.

A Tabela 6 expõe o número, idade e sexo dos filhos das participantes do Grupo A. Cinco delas não tinham filhos, três tinham somente um filho, três tinham dois filhos, uma tinha três e a outra tinha seis filhos. A idade das crianças variou de 5 meses a 14 anos, com média de 5,56 anos e mediana de 4 anos. Quanto ao gênero, nove crianças eram do sexo masculino e nove, do sexo feminino.

#### 5.1.1.9 Com quem reside

A Tabela 7 apresenta quantas e quais são as pessoas que residem na mesma casa das mulheres do Grupo A.

TABELA 7

Com quem residem os sujeitos do Grupo A (N=13)

COM QUEM RESIDEM	N	COM QUEM RESIDEM	N
Marido e filhos	3	Namorado	1
Amiga	2	Filha	1
Marido e família dele	2	Namorado e família dele	1
Pais e irmãos	1	Filhos e irmão	1

A Tabela 7 apresenta os dados referentes às pessoas que residem na mesma casa que as participantes do Grupo G. Conforme indicado acima, três mulheres moravam em companhia de seus maridos e filhos, duas moravam com amigas e duas moravam com marido e família dele ( primos e cunhados ). Os casos restantes moravam com pais e irmãos (1 caso), com namorado (1 caso), com a filha (1 caso), com o namorado e família dele (1 caso) e com filhos e um irmão (1 caso).

## 5.1.1.10 Religião

A Tabela 8 apresenta os dados sobre religião e renda familiar das mulheres do Grupo A.

TABELA 8

Religião e renda familiar dos sujeitos do Grupo A (N=13)

RELIGIÃO	N	RENDA FAMILIAR ( EM SALÁRIOS MÍNIMOS)	N
Não tem	8	Não sabe	5
Católica não praticante	4	4 ½ salários mínimos	4
Batista	1	3 salários mínimos	1
		2 salários mínimos	2
		1 salário mínimo	1

A Tabela 8 revela os dados referentes à prática religiosa do Grupo A. Oito participantes revelaram não ter religião, sendo que uma destas relatou que “nasceu católica” e já frequentou as igrejas das Testemunhas de Jeová e da Assembléia de Deus. Quatro afirmaram que são católicas não praticantes ( uma destas frequenta a Igreja Congregação ) e uma disse que frequenta a Igreja Batista.

## 5.1.1.11 Renda familiar

Conforme apresentado na Tabela 8 a renda familiar deste grupo variou de um salário mínimo a quatro salários mínimos e meio. Cinco das treze mulheres alegaram desconhecer este dado. A participante que revelou que a renda familiar era de um salário mínimo era empregada doméstica diarista e trabalha somente em uma residência; as que revelaram ganhar dois salários mensalmente eram empregadas domésticas e os parceiros

estavam desempregados; a participante que relatou que a renda era de três salários era balconista e vivia só com seu salário; as rendas de quatro salários mínimos e meio se referem as famílias cujos parceiros estavam trabalhando na ocasião da entrevista ( três das mulheres eram donas de casa e uma era auxiliar de escritório, mas estava desempregada).

#### 5.1.1.12 Estado de saúde atual e anterior à gestação

A Tabela 9 apresenta os dados relativos ao estado de saúde das participantes do Grupo A , no momento da entrevista e anterior a ela.

TABELA 9

Estado de saúde dos sujeitos do Grupo A ( N = 13 )

ANTERIOR	N	ATUAL	N
Sem queixas	5	Sem queixas	11
Nervoso, ansiedade, gastrite	5	Rinite alérgica	1
Alteração de pressão arterial	2	Anemia, náuseas, vômitos	1
Sinusite , rinite alérgica	2		
Paralisia em um braço	1		
Infecção urinária	1		
Problemas de coluna	1		
Depressão	1		
Varizes, anemia ,dor de cabeça	1		

Segundo a Tabela 9 , cinco mulheres revelaram não ter problemas de saúde antes do aborto e , destas , no momento da entrevista , uma se queixava de náuseas,

vômitos e anemia ( gravidez não interrompida) . Três reclamaram de nervosismo e ansiedade e duas disseram que tinham gastrite decorrente destes estados psicológicos. Duas disseram que sentiam alterações de pressão arterial e uma contou que tinha depressão e fazia tratamento medicamentoso, antes da gravidez, no Hospital das Clínicas (São Paulo). As outras participantes revelaram ter problemas de saúde anteriores ao aborto, tais como rinite alérgica, infecção de urina, problemas de coluna , anemia , sinusite , varizes e dores de cabeça. Somente a mulher que relatou que tinha rinite alérgica antes do aborto apresentava estes sintomas no momento da coleta de dados. A mais jovem participante deste grupo (17 anos) , cuja gravidez de oito meses não foi interrompida (método abortivo ineficaz), relatou ter tido paralisia no braço direito por dois meses, há um ano atrás, decorrente, segundo ela, de uma crise de nervos, porque o pai estava doente.

### 5.1.2 Histórico da concepção

#### 5.1.2.1 Data da concepção

A Tabela 10 apresenta as prováveis datas da concepção das participantes do Grupo A .

TABELA 10

Data provável de concepção dos sujeitos do grupo A ( N=13)

DATA	N
Data incorreta	2
6 – 8 semanas	2
9 – 11 semanas	2
12 – 14 semanas	2
15 – 17 semanas	3
Não sabe	2

A Tabela 10 apresenta as prováveis datas de concepção consideradas no momento da entrevista. Duas participantes deste grupo relataram que as datas prováveis estavam erradas, segundo o médico que as atendeu. Uma delas relatou que pensava que sua gestação tinha seis semanas e o médico disse que era de vinte semanas; a outra, jovem de 17 anos ,cujo aborto não foi concretizado, disse que suspeitava da gravidez e , segundo médico , sua gestação era de 32 semanas. Outra participante afirmou que desconfiou da gravidez há 8 semanas antes da entrevista mas, na ocasião da curetagem, o médico afirmou que o feto abortado tinha 24 semanas de gestação. Uma outra participante relatou desconhecer a data de concepção.

#### 5.1.2.2 Local e condições da concepção

A Tabela 11 apresenta os dados referentes ao local e as condições da concepção das mulheres do grupo A .

TABELA 11

Local e condições da concepção dos sujeitos do Grupo A (N=13)

LOCAL	N	CONDIÇÕES	N
Própria residência	9	Sem imprevistos	13
Casa dos pais	2		
Motel	1		
Casa do namorado	1		

Conforme apresentado na Tabela 11 , nove mulheres disseram ter usado a própria residência como local para a concepção, uma, a casa do namorado, outra, um

motel e outra, a casa dos pais. Segundo o relato das participantes, não foi caracterizado qualquer tipo de abuso sexual, isto é, a relação sexual foi consentida em todos os casos.

### 5.1.2.3 Relacionamento com pai da criança

Na Tabela 12A são apresentados os dados referentes ao relacionamento das participantes do Grupo A com pai da criança, considerando as seguintes perguntas : a) que tipo de pessoa ele é e b) como é o relacionamento do casal.

TABELA 12A

Relacionamento conjugal: como é o pai da criança e como se relacionam (N=13)

COMO ELE É ?	N	RELACIONAMENTO	N
Muito ciumento	4	Bom	5
Super legal (sic)	3	Ruim	4
Violento , bebe	2	Muitas brigas	2
Folgado , não estuda	2	Razoável	1
Bom, trabalhador	2	Rompi o relacionamento	1
Bebe, não evita filhos	1	Não o vi mais	1
Irresponsável	1		
Bandido, viciado	1		

A Tabela 12A mostra como as participantes do Grupo A consideravam os pais dos filhos que tentaram abortar (2 casos) ou abortaram (11 casos) e qual a percepção que tinham deste relacionamento.

O ciúme exagerado foi uma característica apontada por quatro das mulheres deste grupo. Outras características pouco lisonjeiras a respeito do pai da criança foram as seguintes: ele é violento e bebe (2 casos), é folgado e não estuda (2 casos) , bebe e

não colabora no controle de natalidade ( 1 caso), é um irresponsável (1 caso) e é um bandido e viciado (1 caso). Três participantes consideram seus companheiros super legais (sic) e duas delas os viam como pessoas bondosas e trabalhadoras.

Quanto ao relacionamento com o pai da criança, cinco mulheres o achavam bom, quatro o consideravam ruim e uma disse que era razoável. Duas das entrevistadas reclamaram que a relação tem muitas brigas , uma rompeu o relacionamento e uma outra não viu mais o pai da criança.

Na Tabela 12B se encontram os dados referentes ao relacionamento com o pai da criança, considerando as seguintes questões: c) ele tinha conhecimento da gravidez? e d) o que ele achou deste acontecimento?

TABELA 12B

Ele sabia da gravidez? O que achou? Respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

ELE SABIA DA GRAVIDEZ ?	N	O QUE ELE ACHOU ?	N
Sim	9	Não queria o filho	6
Não	4	Me deixou livre para escolher	1
		Aceitou gravidez	1
		Queria filho	1

A Tabela 12B demonstra que, dos treze pais , nove tinham conhecimento da gravidez e quatro deles não foram informados a respeito. Dos homens que sabiam da gravidez, seis não queriam o filho. Um deixou a companheira decidir se devia ou não interromper a gestação , um aceitou a gestação da parceira e um outro queria o filho.

#### 5.1.2.4 Data da comprovação da gravidez

A Tabela 13 apresenta as datas de comprovação de gravidez e o tipo de exame utilizado para esta.

TABELA 13

Data e tipo de exame de comprovação de gravidez dos sujeitos do Grupo A (N=13)

DATA ( EM SEMANAS)	N	TIPO DE EXAME	N
2 semanas	1	Falta da menstruação	4
3 sem. (sic) 14 sem. (médico)	1	Exame médico	3
4 semanas	8	Enjôos	3
8 sem. ( sic) 16 sem. (médico)	1	Teste de farmácia	2
24 semanas	1	Dor no ventre	1
Não sabe	1		

Conforme a Tabela 13 ,oito participantes do Grupo A disseram que notaram a gravidez quando estavam com quatro semanas de gestação. A gravidez foi comprovada pelas outras quatro mulheres em três semanas , em duas semanas , oito semanas e 24 semanas . Uma das participantes afirmou não saber esta data. A entrevistada que afirmou que descobriu a gravidez com oito semanas estava, segundo o médico, com 16 semanas de gestação e a outra, que julgou estar com 3 semanas , estava com 14 semanas de gestação.

#### 5.1.2.5 Como comprovou ?

Conforme Tabela 13, para quatro mulheres, a gravidez foi percebida com a falta da menstruação, três delas sentiram enjôos , três fizeram exames médicos, duas

utilizaram testes de confirmação de gravidez vendidos em farmácias e uma delas contou que sentiu dores no ventre, mas não soube precisar a data em que isto aconteceu.

#### 5.1.2.6 Quem soube da gravidez?

A Tabela 14 apresenta as respostas das participantes do Grupo A sobre quem tinha conhecimento sobre a gravidez.

TABELA 14

Quem tomou conhecimento da gravidez dos sujeitos do Grupo A (N=13)

QUEM SOUBE DA GRAVIDEZ ?	N
Pai da criança e familiares	7
Amigas	3
Pai da criança e amigos	1
Pai da criança	1
Ninguém	1

A Tabela 14 mostra que sete das participantes contaram sobre a gravidez para o pai da criança e familiares , três contaram para amigas , uma contou para pai da criança e amigos , outra disse que só o pai da criança soube e um outra não contou para ninguém.

#### 5.1.2.7 Tempo de gestação

O tempo de gestação das participantes do Grupo A está representado na Tabela 15, dividido em duas colunas, sendo que uma delas apresenta o tempo de gestação real e, a outra apresenta o tempo de gestação imaginário de duas mulheres. Por

tempo imaginário, entendemos o período gestacional relatado pela participante, que foi colocado em dúvida pelo médico que a atendeu para curetagem. Nestes dois casos, foi considerado como tempo real de gestação aquele relatado pelo médico.

TABELA 15

Tempo de gestação ( em semanas) dos sujeitos do Grupo A (N=13)

GESTAÇÃO ( tempo real)	N	GESTAÇÃO ( tempo imaginário)	N
4 - 8	6	4 - 8	5
9 - 13	3	9 - 13	3
14 - 18	2	14 - 18	2
Acima de 19	1	Acima de 19	2
Não sabe	1	Não sabe	1

Conforme a Tabela 15, o tempo de gestação das participantes do Grupo A variou de 4 a 32 semanas, com média de 13,75 semanas (tempo real) e de 11,66 semanas (tempo imaginário). Uma das participantes não informou dados a este respeito, alegando não saber .

Seis mulheres do Grupo A relataram que estavam grávidas num período que variou de 4 a 8 semanas [4 semanas (1 caso), 6 semanas (2 casos), 8 semanas (3 casos)]. Três afirmaram que estavam com 12 semanas de gestação, duas estavam com 16 semanas e uma, com gestação de 32 semanas. Duas participantes , após relatar o tempo de gestação , contaram que o médico falou que elas estavam enganadas no tempo de gestação que diziam estar. Uma delas , que tem três filhos, contou que pensava que estava com 6 semanas de gravidez e o médico disse que a gestação era de 17 semanas. A

outra disse que julgava estar com 16 semanas de gravidez, mas o médico disse que sua gestação era de 24 semanas.

#### 5.1.2.8 Uso de anticoncepcionais

A Tabela 16 contém os dados sobre a prática de controle de natalidade das participantes do Grupo A.

TABELA 16

Uso de medidas anticoncepcionais dos sujeitos do Grupo A (N=13)

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	N
Nenhum	3
Pílulas	5
Coito interrompido	3
Tabela Ogino – Knaus	1
Preservativos e Tabela Ogino – Knaus	1

A Tabela 16 nos mostra que três participantes deste estudo disseram que não tinham o hábito de usar medidas anticoncepcionais, cinco usavam pílulas anticoncepcionais, três praticavam o coito interrompido, uma delas usava a Tabela de Ogino Knaus e a outra usava o método combinado da tabela e preservativos.

#### 5.1.2.9 Por que engravidou?

A Tabela 17 apresenta os motivos pelos quais as mulheres deste grupo engravidaram, segundo os dados colhidos nas entrevistas.

TABELA 17

Motivos da gravidez dos sujeitos dos Grupo A (N=13)

POR QUE ENGRAVIDOU?	N
Não usava contraceptivos	8
Uso errado de contraceptivos	4
Fracasso do método anticoncepcional	1

A Tabela 17 nos mostra que oito mulheres do estudo engravidaram porque não usavam métodos anticoncepcionais por ocasião da concepção, quatro usavam medidas de forma errada e a outra engravidou porque usou um método pouco eficaz (coito interrompido). Das mulheres que relataram que usavam de forma errada as medidas contraceptivas, uma tomava as pílulas só no dia da relação sexual, outra as usava em meses alternados, outra, que usava a combinação de dois métodos ( preservativo e tabela ), errou no uso da tabela e dispensou o preservativo e a outra errou na contagem dos dias férteis e engravidou.

#### 5.1.2.10 Por que não usa medidas anticoncepcionais ?

A Tabela 18 apresenta as razões que as mulheres do Grupo A apresentaram para justificar o não uso ou o uso de medidas anticoncepcionais.

TABELA 18

Porque os sujeitos do Grupo A não usavam medidas anticoncepcionais (N=13)

MOTIVOS	N
Efeitos colaterais	6
Uso errado	4
Não usava no momento	1
“Raciocínio mágico”	1
Medo de assumir a sexualidade	1

Conforme a Tabela 18 as participantes entenderam que uso de métodos anticoncepcionais se referia ao uso de pílulas anticoncepcionais e, por este motivo, justificaram o não uso pelos efeitos colaterais provocados. Seis mulheres alegaram sentir os seguintes efeitos: náuseas, gastrite, queda de cabelos, aumento de peso, alteração da pressão arterial, incompatibilidade com antidepressivos e mal estar. Quatro participantes usavam métodos de forma errada, ou seja, uma delas só tomava a pílula no dia da relação, outra a ingeria em meses alternados, uma outra, só quando se lembrava que devia tomar e, quando isto acontecia, tomava dois ou três comprimidos para compensar os dias em que havia esquecido. Outra mulher, que usava a Tabela Ogino como contraceptivo, comentou que cometia erros na contagem de dias férteis. Uma das participantes disse que não usava no momento qualquer método contraceptivo, porque veio só visitar o namorado (ela está morando em outro estado); outra pensou que não ficaria grávida apesar de não controlar a gravidez e, por último, outra disse recear que o namorado desconfiasse de que ela não era mais virgem, caso ela aceitasse tomar pílulas anticoncepcionais.

### 5.1.3 Histórico do aborto

#### 5.1.3.1 Motivos

A Tabela 19 apresenta os motivos que levaram as participantes do Grupo A a tentar interromper a gravidez .

TABELA 19

Motivos de interrupção da gravidez dos sujeitos do Grupo A (N=13)

MOTIVOS	N
Questões financeiras	6
Questões financeiras e pressão do marido	1
Questões financeiras e relação casual	1
Medo da desaprovação dos pais	1
Problemática conjugal	1
Namorado não quis e filho atrapalharia planos	1
Pressão do pai da criança	1

A Tabela 19 nos mostra os motivos segundo os quais as participantes tentaram interromper a gestação . Seis delas justificaram esta prática, alegando não ter condições de sustentar mais um filho . Por questões financeiras, também entendemos os baixos salários, desemprego, moradia pequena e grande número de filhos (acima de 3). Uma das mulheres alegou problemas financeiros e pressão do marido ( o casal tem um filho e usava 50% da renda familiar para pagar o aluguel), outra justificou seu ato também por dificuldades econômicas, mais o fato de ter tido, com o pai da criança, um relacionamento sem significado.

Uma participante relatou que fez o aborto porque teve receio de que os pais não aceitassem sua gravidez e também porque tinha um relacionamento difícil com

namorado. Outra jovem disse que interrompeu a gestação porque um filho atrapalharia seus planos de estudar e o namorado negou o apoio, porque já tinha outro filho. Outra participante contou que fez o aborto porque teve receio de perder a guarda definitiva de um filho de 9 meses, de outro relacionamento, que estava sendo criado por sua mãe (citado na tabela como questões pessoais).

A jovem (17 anos) que tentou o aborto com 32 semanas de gestação disse que fez isto porque o pai da criança, que não é seu parceiro, exigiu que ela introduzisse, via vaginal, comprimidos de Permaganato de Potássio porque não queria o filho. Uma outra mulher alegou que interrompeu a gravidez porque seu casamento é muito ruim e o marido é desatencioso e violento (problemática conjugal).

#### 5.1.3.2 Método

A Tabela 20 apresenta os métodos de interrupção de gravidez utilizados pelo Grupo A.

TABELA 20

Métodos utilizados para interrupção da gravidez dos sujeitos do Grupo A (N=13)

MÉTODOS	N
Misoprostol	4
Chá de ervas	3
Misoprostol e chá de ervas	2
Sonda	1
Chá de ervas, pílulas anticoncepcionais e regulador menstrual	1
Chá de ervas, comprimidos de Paracetamol e refrigerante *	1
Comprimidos de Permaganato de Potássio *	1

\* O aborto não foi concretizado nos dois casos

Conforme dados da Tabela 20, quatro mulheres revelaram ter utilizado comprimidos de misoprostol como método abortivo. Três participantes do Grupo A

afirmaram que beberam chá de ervas para interromper a gestação ( boldo, carqueja , arruda, canela, folha de café, pinga, cominho ) e o consideraram responsável pela interrupção da gravidez. Uma delas introduziu na vagina três comprimidos de Permaganato de Potássio e a outra teve uma sonda introduzida, por via intravaginal, durante uma semana ( aborto infectado). Quatro participantes disseram ter acrescentado ao chá outras drogas : pílulas anticoncepcionais, regulador de menstruação, refrigerante com comprimidos à base de cafeína e Paracetamol e comprimidos que contém Misoprostol.

### 5.1.3.3 Quando decidiu tentar o aborto?

A Tabela 21 nos mostra em que período gestacional estavam as participantes deste estudo, quando decidiram interromper a gravidez.

TABELA 21

Período gestacional no momento da decisão do aborto dos sujeitos do Grupo A (N=13)

PERÍODO GESTACIONAL (em semanas)	N
2 - 4	6
5 - 7	2
8 - 10	2
11 - 13	1
Acima de 14	1
Não sabe	1

A Tabela 21 nos mostra com quantas semanas de gestação estavam as mulheres, quando decidiram tentar interromper a gravidez. A média de semanas foi de

7,75, considerando o tempo relatado pela participante. Ao considerarmos o tempo real, estabelecido pelo médico, a média é alterada para 9,93 semanas de gestação.

Seis mulheres deste grupo decidiram abortar no primeiro mês de gravidez, duas fizeram esta escolha no segundo mês, duas optaram pela interrupção gestacional com oito semanas, uma tomou tal decisão com 12 semanas e outra com 32 semanas de gravidez.

Nos dois casos em que o tempo real de gestação foi diferente do tempo relatado, o período gestacional foi alterado de 4 para 15 semanas, em um caso, e de 8 para 16 semanas de gravidez, no outro caso.

#### 5.1.3.4 Com quem discutiu sua decisão ?

A Tabela 22 apresenta os dados referentes às pessoas com as quais os sujeitos do Grupo A discutiram a decisão de abortar.

TABELA 22

Com quem discuti sobre o aborto: respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

COM QUEM DISCUTI A DECISÃO	N
Pai da criança	5
Amiga	3
Com pai da criança e amiga	3
Com pai da criança, filha e amiga	1
Com ninguém	1

Conforme Tabela 22, cinco mulheres discutiram a questão do aborto com os pais das crianças, três, com amigas, três, com os pais das crianças e amigas, uma participante discutiu com o pai da criança, com a filha e uma amiga e outra não conversou com ninguém sobre a decisão de abortar.

Das pessoas escolhidas para partilhar desta decisão , somente um parceiro, uma amiga e uma filha se posicionaram contra a escolha das participantes. Todas as outras (amigas e pais das crianças ) se colocaram a favor da idéia, quer apoiando , quer orientando , exigindo ou fornecendo os comprimidos abortivos.

#### 5.1.3.5 Alguém sugeriu o aborto?

A Tabela 23 apresenta as pessoas que sugeriram a interrupção da gravidez às mulheres do Grupo A .

TABELA 23

Quem sugeriu o aborto: respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

QUEM SUGERIU O ABORTO ?	N
Ninguém	9
Pai da criança	2
Pai da criança e amigas	2

Segundo a Tabela 23, a decisão de abortar, para nove participantes deste grupo foi tomada sem interferência de outras pessoas. Quatro pais das crianças sugeriram a interrupção da gravidez e, em dois casos , além deles, as amigas participaram do processo de tomada de decisão.

#### 5.1.3.6 Conhece alguém que fez aborto?

Na Tabela 24 estão as respostas das participantes do Grupo A à questão se conheciam alguém que tivesse praticado o aborto.

TABELA 24

Pessoas que fizeram aborto : respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

PESSOAS QUE FIZERAM ABORTO	N
Amigas	5
Não conheço ninguém	4
Mulheres em geral	2
Avó do namorado	1
Eu mesma	1

Conforme Tabela 24 , nove das entrevistadas conheciam alguém que já tivesse feito aborto. Segundo elas, as amigas , as mulheres em Minas Gerais , no Paraná e na Paraíba, e a avó do namorado já interromperam a gestação. Uma delas relatou que fez três abortos anteriores a esse e quatro participantes disseram que não conheciam qualquer mulher que tivesse interrompido a gravidez voluntariamente.

#### 5.1.3.7 Você sabia das conseqüências do aborto?

A Tabela 25 nos mostra as respostas das mulheres entrevistadas quando questionadas se sabiam das conseqüências do aborto.

TABELA 25

Conseqüências do aborto: respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

SABIA DAS CONSEQÜÊNCIAS	N
Sabia de tudo	4
Não sabia	4
Tinha informações incorretas	3
Sabia parcialmente	2

A Tabela 25 nos mostra que quatro participantes relataram que conheciam todas as conseqüências do aborto . Estas entrevistadas não esclareceram quais conseqüências sabiam , exceto a do risco de vida .

Quatro participantes revelaram desconhecer quaisquer conseqüências deste ato e duas disseram que tinham informação de que podiam passar mal, ter dores, sangramento e ter que ir para hospital fazer curetagem. Uma delas afirmou que a dor sentida foi maior que aquela dos partos das duas filhas e esta era uma conseqüência da qual não tinha conhecimento.

As informações incorretas das três participantes restantes se referiram à expulsão do feto. Uma delas pensava que ele poderia não sair dela, caso o remédio não funcionasse perfeitamente , outra julgava que sairia derretido e a outra pensou que sairia como se fosse uma bola e não aos pedaços, como ocorreu com ela.

#### 5.1.3.8 Quem soube do aborto ?

A Tabela 26 apresenta os dados relativos às pessoas que tiveram conhecimento do aborto das participantes do Grupo A .

TABELA 26

Quem soube do aborto dos sujeitos do Grupo A (N=13)

QUEM SOUBE DO ABORTO	N
Pai da criança e família	4
Amigas	4
Pai da criança e amigas	3
Pai da criança	1
Pai da criança e marido	1

A Tabela 26 nos mostra as pessoas que tiveram conhecimento do aborto das mulheres do Grupo A .

Quatro participantes revelaram que o pai da criança e família (irmã, cunhada, sogra, tia dele, mãe) souberam e quatro disseram que só contaram o fato para as amigas. Três revelaram a interrupção da gravidez para o pai da criança e para as amigas também. Em um caso só o pai da criança soube do aborto e, em outro, o pai e o companheiro souberam que ela tentou abortar (pai da criança exigiu o aborto).

#### 5.1.3.9 O que disse o pai da criança ?

A Tabela 27 apresenta o que disseram os pais das crianças segundo as mulheres do Grupo A.

TABELA 27

Respostas dos pais das crianças pelos sujeitos do Grupo A (N=13)

O QUE DISSE O PAI DA CRIANÇA	N
Não soube	4
Concordou / assumiria	2
Sugeri, não assumiria	2
Concordou / não assumiria	1
Exigiu o aborto	1
Quis o aborto	1
Não aceitou o aborto	1
Me deixou livre para escolher	1

A Tabela 27 nos mostra a posição tomada pelos pais das crianças em relação à opção de aborto deste grupo de mulheres. Somente um deles discordou desta escolha da companheira e disse que não a ajudaria, caso necessitasse de socorros médicos. Outro pai, que não era companheiro da participante, exigiu, com ameaças, que ela interrompesse a gestação (nestes dois casos, a gestação não foi interrompida).

Segundo duas participantes, seus companheiros concordaram com a interrupção da gravidez, mas disseram que assumiriam a criança. Outros dois companheiros

sugeriram que o aborto fosse feito, porque não assumiriam o filho. Outro homem concordou com o aborto que ela disse que faria e, segundo a participante, ele não assumiria o filho. Alegando dificuldades financeiras, um dos parceiros pediu que a mulher interrompesse a gravidez e um outro não manifestou opinião definida a respeito, deixando para a mulher a decisão do aborto.

#### 5.1.4. Responsabilidade

##### 5.1.4.1 Quem é o responsável pela gravidez ?

A Tabela 28, a seguir, apresenta as pessoas a quem as mulheres do Grupo A atribuem a responsabilidade pela gravidez.

TABELA 28

Quem é responsável pela gravidez : respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

QUEM É RESPONSÁVEL PELA GRAVIDEZ	N
Casal	9
Mulher	3
Homem	1

A Tabela 28 apresenta os responsáveis pela gravidez, segundo o ponto de vista das participantes do Grupo A. Para nove delas, o homem e a mulher têm a mesma responsabilidade; para três, a mulher é a única responsável, enquanto para uma, o homem deve ser responsabilizado pela gestação da mulher.

##### 5.1.4.2 Existe diferença entre o homem e a mulher na questão da responsabilidade?

A Tabela 29 apresenta os dados relativos às respostas das mulheres do Grupo A, quando questionadas se achavam que havia diferença entre homens e mulheres, na questão de responsabilidade.

TABELA 29

Há diferenças entre homens e mulheres ? Respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES	N
Mulher é mais responsável	7
Não sei se há diferenças	3
Os dois são iguais	2
Homem é mais responsável	1

A Tabela 29 nos mostra que oito mulheres deste grupo acreditam que há diferenças entre o homem e a mulher. Sete delas consideram a mulher responsável pela gravidez (*ela tem que se cuidar mais*) e uma delas considera o homem. Três participantes deste grupo disseram que não sabiam se havia diferenças e duas disseram que o homem e a mulher têm responsabilidade igual.

#### 5.1.4.3 Você gostaria de ser homem ? Se fosse , agiria diferente ?

A Tabela 30 apresenta as respostas do Grupo A à seguinte pergunta: Você gostaria de ser homem ?

TABELA 30

Gostaria de ser homem ? Respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

GOSTARIA DE SER HOMEM ?	N
Gostaria	6
Não gostaria	5
Gostaria de ser "traveco"	1
Não sei	1

A Tabela 30 nos mostra que seis das participantes responderam que gostariam de ser homens, cinco afirmaram que não gostariam, uma delas disse que não sabia responder à pergunta formulada e outra gostaria de ser “traveco” (bissexualidade ?)

#### 5.1.4.4 Se fosse homem, agiria diferente ?

A Tabela 31 apresenta quais os comportamentos que as mulheres do Grupo A disseram que exibiriam, caso fossem homens, independente do desejo ou não de o serem.

TABELA 31

O que os sujeitos do Grupo A fariam se fossem homens (N=13)

SE FOSSE HOMEM EU ...	N
Assumiria filho	5
Usaria preservativos	3
Discutiria a questão com a mulher	1
Não deixaria abortar	1
Faria diferente	1
Difícil pensar em ser homem	1
Não sei responder, nunca pensei nisso	1

A Tabela 31 nos mostra que cinco participantes afirmaram que, se fossem homens, assumiriam o filho (gostariam de ser homens). Das três mulheres que disseram que usariam preservativos, duas não gostariam de ser homens e uma delas aceitaria sê-lo. A mulher que alegou que discutiria a questão do aborto gostaria de ser homem e as outras três (*faria diferente*, *difícil pensar*, *eu não deixava abortar*) não gostariam de ser homens. Uma delas disse que nunca tinha pensado nisso e não sabia responder à questão.

#### 5.1.4.5 Quem é o responsável pelo aborto ?

A Tabela 32 indica quem são as pessoas que as mulheres do Grupo A julgaram responsáveis pelo aborto.

TABELA 32

Responsáveis pelo aborto segundo os sujeitos do Grupo A (N=13)

RESPONSÁVEL PELO ABORTO	N
Mulher	11
Casal	1
Homem	1

A Tabela 32 indica que onze mulheres deste grupo consideraram as próprias mulheres responsáveis pela interrupção da gravidez. Uma delas disse que a mulher tem que estar consciente do que vai acontecer ( o pai assumir ou não) e outra completou a resposta, dizendo que era ela quem tinha provocado o aborto (namorado sugeriu que ela o fizesse, porque ele não assumiria a criança) e, portanto, era a responsável. Outra participante disse que era ela a responsável, porque o marido não sabia de nada e uma outra disse que é a mulher a responsável, porque faz o aborto porque quer ( marido discordou da tentativa ).

#### 5.1.5 Sentimentos e pensamentos atuais

##### 5.1.5.1 O que você pensa e sente sobre o que fez ?

A Tabela 33 apresenta os pensamentos e sentimentos das participantes do Grupo A a respeito do aborto .

TABELA 33

Sentimentos e pensamentos sobre o aborto: respostas dos sujeitos do Grupo A (N=13)

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS	N
Arrependimento, remorso, culpa, tristeza	8
Fiz uma maldade , cometi um crime	5
A culpa é do outro ( Deus sabe o que faz, o pai da criança é o culpado)	3
Raiva, confusão, revolta	3
Fiz bem. Melhor ter abortado	2
Me arrisquei, quem cuidaria de meus filhos ?	1

Conforme Tabela 33 , todas as participantes, exceto duas (uma delas não teve a gravidez interrompida), julgaram ter cometido um ato do qual se arrependem. Oito mulheres expressaram sentimentos de pesar, culpa, remorso e arrependimento. Cinco se referiram ao evento como um ato criminoso, uma maldade contra inocentes e três responsabilizaram o outro pelo aborto ( pai da criança, Deus). Outras duas mulheres manifestaram sentimentos de revolta e raiva, enquanto outra revelou se sentir muito confusa com os acontecimentos.

Das mulheres deste grupo que disseram que não se arreponderam, uma delas afirmou que interromper a gestação foi melhor do que sofrer e fazer sofrer e a outra, cujo aborto não foi concretizado, disse que era melhor que tivesse conseguido abortar.

Uma única participante assumiu total responsabilidade pelo aborto , disse que cometeu um ato irresponsável ( *quem cuidaria de meus três filhos?* ) e estava muito arrependida de ter colocado sua vida em risco.

### 5.1.5.2 O que pensa e sente o pai da criança ?

A Tabela 34 apresenta os pensamentos e sentimentos dos pais das crianças, segundo o ponto de vista dos sujeitos.

TABELA 34

Pensamentos e sentimentos dos pais das crianças dos sujeitos do Grupo A ( N=13)

O QUE ELES SENTEM E PENSAM SOBRE O ABORTO	N
Ele não sabe do aborto	5
Está magoado, triste, esquisito	3
Está conformado, ele aceitou	2
Está arrependido	1
Ele não se importa	1
Eu não sei dele	1

Conforme nos mostra a Tabela 34, cinco participantes disseram não saber o que o pai da criança pensa ou sente sobre o aborto que elas provocaram. Para três delas, eles estão chateados e tristes. Dois deles estão conformados com a situação, segundo a percepção de suas mulheres, um está arrependido ( sugeriu o aborto e a mulher não queria) e outro não se sensibilizou com a dor da companheira. Segundo relato de uma das participantes, o namorado que exigiu o aborto não foi mais visto.

As entrevistas foram encerradas com perguntas a respeito dos planos para o futuro, com relação aos relacionamentos afetivos, uso de anticoncepcionais, possibilidade de gravidez e prática do aborto.

## 5.1.6 Planos de futuro

### 5.1.6.1 Relacionamentos afetivos

A Tabela 35 apresenta os planos de futuro referentes aos relacionamentos afetivos das participantes do Grupo A .

TABELA 35

O futuro afetivo dos sujeitos do Grupo A (N=13)

FUTURO AFETIVO	N
Vou continuar com marido	7
Vou romper o relacionamento	3
Rompi o relacionamento	2

A Tabela 35 nos mostra que sete das treze mulheres deste grupo disseram que pretendiam continuar a vida afetiva do jeito que estava, ou seja, manter o casamento. É importante registrar que o pai da criança de uma delas não era o marido que ela diz que quer manter. Três participantes afirmaram que o vínculo afetivo com os pais das crianças não podia mais ser mantido, e duas disseram que a relação com o namorado já acabou.

#### 5.1.6.2 Controle de natalidade

A Tabela 36 mostra quais os planos de controle de natalidade das mulheres do Grupo A .

TABELA 36

Planos de controle de natalidade dos sujeitos do Grupo A (N=13)

CONTROLE DE NATALIDADE	N
Usar pilulas anticoncepcionais	9
Laqueadura, injeção , DIU	3
DIU	1

A Tabela 36 indica que todas as participantes do Grupo A afirmaram que pretendem usar métodos anticoncepcionais. Nove delas disseram que usarão pílulas anticoncepcionais, três disseram que tinham dúvidas em relação ao método a ser utilizado ( cirurgia, DIU ou injeção contraceptiva) e uma delas afirmou que usará DIU.

### 5.1.6.3 Gravidez e Aborto

A Tabela 37 apresenta os planos de futuro relacionados à gravidez e aborto das participantes do Grupo A .

TABELA 37

Planos de futuro relativos à gravidez e aborto dos sujeitos do Grupo A (N=13)

FUTURO: GRAVIDEZ E ABORTO	N
Nunca mais faço aborto	7
Não quero mais filhos	6
Quero filhos mais tarde	5
Se engravidar, faço outro aborto	1
Se engravidar, não sei se faço outro aborto	1

A Tabela 37 nos mostra as respostas das participantes do Grupo A, quando perguntadas sobre o que pretendem fazer , após esta experiência , com a questão da gravidez e aborto. Sete afirmaram que jamais repetirão a experiência do aborto, seis disseram que não querem mais ter filhos e cinco disseram pretender ter filhos daqui a algum tempo. Duas mulheres citaram a possibilidade de engravidar novamente e uma disse que, se isto acontecer, interromperá a gestação ( já fez quatro) e a outra disse não saber se fará, ou não, outro aborto.

## 5.2 ENTREVISTAS DO GRUPO G

### 5.2.1 Dados Pessoais

#### 5.2.1.1 Idade

A Tabela 38 apresenta os dados referentes à idade e estado civil das treze participantes do grupo de gestantes desta pesquisa.

TABELA 38

Idade e estado civil dos sujeitos do Grupo G (N = 13)

IDADE	N	ESTADO CIVIL	N
14 - 19	5	Amigada	8
20 - 25	5	Casada	3
26 - 31	1	Solteira	2
32 - 37	2		

De acordo com a Tabela 38, a idade das treze participantes variou de 14 a 34 anos, com média de 22,23 anos e mediana de 21 anos. Onze destas mulheres se encontravam no ambulatório de uma UBS para consulta de pré natal e duas para consulta de comprovação de gravidez, sendo que uma delas apresentava sangramento. Duas delas estavam acompanhadas por seus parceiros, uma estava com o filho de cinco anos, outra com uma amiga, enquanto as restantes estavam sozinhas.

### 5.2.1.2 Estado civil

Oito participantes eram amigadas, três eram casadas e duas solteiras, sendo que o tempo de vida em comum teve uma variação de sete meses a sete anos. As duas jovens solteiras do grupo afirmaram que vão se casar nos próximos meses. Estes dados estão representados na Tabela 38.

### 5.2.1.3 Escolaridade

A Tabela 39 apresenta o grau de escolaridade das mulheres grávidas que participaram deste estudo e as profissões que exerciam, ou no momento da entrevista, ou nos meses anteriores.

TABELA 39

Escolaridade e profissão dos sujeitos do Grupo G (N= 13)

ESCOLARIDADE	N	PROFISSÃO	N
1º grau incompleto	9	Dona de casa	6
1º grau completo	3	Recepcionista / balconista	4
2º grau incompleto	1	Doméstica /ajudante de cozinha	2
		Auxiliar de produção	1

Segundo a Tabela 39 todas as participantes deste grupo são alfabetizadas e freqüentaram ou freqüentam a escola. Nove mulheres freqüentaram o primeiro grau, mas não o completaram ( uma delas estava cursando a 8ª série), três concluíram o primeiro grau e uma estava cursando o terceiro colegial ( 2º grau incompleto).

### 5.2.1.4 Profissão

Conforme dados apresentados na Tabela 39, profissionalmente, as mulheres desenvolviam as seguintes atividades: seis faziam o trabalho doméstico (donas de casa),

quatro prestavam atendimento ao público ( duas recepcionistas e duas balconistas) , duas faziam serviços domésticos ( empregada doméstica e ajudante de cozinha) e outra trabalhava como auxiliar de produção . Uma recepcionista, uma balconista e a empregada doméstica estavam desempregadas, e a ajudante de cozinha parou de trabalhar, ao constatar que estava grávida. Somente a auxiliar de produção ( indústria de brinquedos) , uma das balconistas ( supermercado) e uma das recepcionistas ( escola) tinham registro profissional.

#### 5.2.1.5 Idade de cônjuge

A Tabela 40 apresenta a idade dos cônjuges e a profissão que eles exerciam no momento da entrevistas.

TABELA 40

Idade e profissão dos cônjuges dos sujeitos do Grupo G (N=13)

IDADE	N	PROFISSÃO	N
18 – 22	3	Marceneiro	3
23 – 27	5	Caminhoneiro/ ajudante de caminhão	3
28 – 32	2	Motorista	1
33 – 37	1	Repositor	1
38 – 42	2	Eletricista	1
		dono de restaurante	1
		Ajudante geral	1
		Polidor de bijuteria	1
		Carpinteiro	1

Conforme demonstrado na Tabela 40 ,a idade dos companheiros das participantes do Grupo G variou de 18 a 42 anos, com média de 27,07 anos e mediana de 25 anos.

#### 5.2.1.6 Profissão do cônjuge

A Tabela 40 indica que três dos companheiros destas mulheres exerciam a profissão de marceneiros, três trabalhavam com caminhões ( um deles era ajudante e estava desempregado) e os outros exerciam as profissões de: eletricista, ajudante geral (desempregado), carpinteiro, motorista, polidor de bijuterias e repositor de material de construção . Um deles era dono de um restaurante.

#### 5.2.1.7 Escolaridade do cônjuge

Na Tabela 41 está representado o grau de escolaridade dos companheiros das mulheres do Grupo G.

TABELA 41

Grau de escolaridade dos cônjuges do Grupo G (N=13)

ESCOLARIDADE	N
1º grau incompleto	10
1º grau completo	1
2º grau incompleto	1
2º grau completo	1

Segundo a Tabela 41, dez dos parceiros das mulheres deste grupo não completaram o primeiro grau, um deles tem o 1º grau completo, outro não completou o 2º grau e um outro completou o 2º grau.

#### 5.2.1.8 Filhos: idade e sexo

A Tabela 42 apresenta os dados referentes à idade e sexo dos filhos das mulheres que participaram do Grupo G.

TABELA 42

Idade e sexo dos filhos dos sujeitos do grupo G (N=13)

SUJEITOS	FILHOS	IDADE (ANOS)	SEXO
7			
4	1	2, 3, 4 e 5	3 masc. e 1 fem.
2	3	1,3,4 e 5	3 masc. e 3 fem.

Conforme representado na tabela 42, sete mulheres estavam na sua primeira gestação, enquanto quatro delas tinham um filho e duas tinham três filhos. A idade destas crianças variou de 1ano e 3 meses a cinco anos, perfazendo um total de dez crianças, sendo seis delas do sexo masculino e quatro do sexo feminino.

#### 5.2.1.9 Com quem reside

A Tabela 43 mostra quantas e quais são as pessoas que residem na mesma casa das participantes do grupo G.

TABELA 43

Com quem residem os sujeitos do grupo G (N=13)

COM QUEM RESIDEM	N
Com marido	6
Com marido e filhos	5
Com pais e irmãos	2

Segundo indica a Tabela 43, seis participantes deste grupo moravam em companhia de seus maridos, cinco viviam com seus maridos e filhos e as duas jovens solteiras moravam com seus pais. Uma das mulheres, já mãe, só vivia com o marido porque a criança, que era de outro casamento, morava com os avós maternos.

#### 5.2.1.10 Religião

A Tabela 44 apresenta os dados referentes à religião e a renda familiar das mulheres do grupo G.

TABELA 44

Religião e renda familiar dos sujeitos do Grupo G (N=13)

RELIGIÃO	N	SALÁRIOS MÍNIMOS	N
nenhuma	7	1 - 5	10
protestante	5	6 - 10	2
católica	1	Acima de 11	1

Conforme indicado na Tabela 44, sete mulheres responderam não ter qualquer religião, cinco disseram que freqüentavam as igrejas da corrente protestante (duas da Igreja Assembléia de Deus, uma evangélica, uma crente e a outra batista) e uma afirmou ser católica. Todas relataram ter a prática religiosa.

#### 5.2.1.11 Renda familiar

Conforme Tabela 44, a renda familiar do grupo variou de 1 a 20 salários mínimos com mediana de 3 salários mínimos e média de 10 salários mínimos. Os valores dos salários são aproximados, porque as participantes não sabem dizer quanto o parceiro ganha mensalmente. A gestante cujo companheiro é caminhoneiro relatou que ele ganha

aproximadamente dez salários mínimos por mês mas, que naquele período, estava sem serviço.

### Estado de saúde atual e anterior à gestação

A Tabela 45 apresenta os dados colhidos nas entrevistas referentes à saúde das mulheres do grupo de gestantes, no momento da entrevista e anterior à gravidez .

TABELA 45

Estado de saúde dos sujeitos do grupo G (N= 13)

ANTERIOR	N	ATUAL	N
Sem queixas	7	Sem queixas	6
Anemia	2	Náuseas	3
Bronquite	2	Falta de ar	2
Hérnia	1	Dores no corpo	2
Cocceiras no corpo	1	Anemia	1
Conjuntivite	1	Azia	1
Problemas cardíacos	1	Conjuntivite	1
Febre reumática	1	Pressão baixa/tonturas	1

Quanto à saúde anterior ao momento da entrevista , sete mulheres revelaram nunca ter tido problemas , duas se queixaram de histórico de anemia, duas de bronquite, e outra teve febre reumática que a deixou com seqüelas cardíacas. Uma das participantes tinha marcado uma cirurgia de hérnia inguinal que foi adiada por causa da gravidez , e outra relatou que uma cirurgia que desobstruiria seu canal lacrimal ( conjuntivite química) foi adiada pelo mesmo motivo (Tabela 45).

Indagadas sobre seu estado de saúde atual, seis disseram estar bem, três reclamaram de náuseas, duas, de falta de ar, duas, de dores no corpo (cabeça, pernas e barriga) e as outras mulheres disseram que tinham azia ( 1 caso), pressão baixa e tonturas ( 1 caso) e anemia (1 caso) . A gestante, que possivelmente teve seu canal lacrimal obstruído por uma conjuntivite química, reclamou do olho estar sempre lacrimejando e lamentou ter que adiar a cirurgia, em função da gravidez (Tabela 45).

## 5.2.2 Histórico da Concepção

### 5.2.2.1 Data da concepção

A Tabela 46 apresenta os dados referentes às prováveis datas da concepção relatadas pelas participantes do grupo de gestantes.

TABELA 46

Data provável de concepção dos sujeitos do Grupo G (N=13)

DATA	SUJEITOS
Não sabe	3
4 semanas	2
8 semanas	4
12 semanas	3
16 semanas	1

A Tabela 46 apresenta as prováveis datas da concepção consideradas no momento da entrevista. Isto significa que o tempo , em semanas, foi estabelecido da data da entrevista para trás .

### 5.2.2.2 Local e condições da concepção

A Tabela 47 apresenta os dados referentes ao local e condições da concepção dos sujeitos do Grupo G.

TABELA 47

Local e condições da concepção dos sujeitos do grupo G (N=13)

LOCAL	N	CONDIÇÕES	N
Própria residência	11	Sem imprevistos	13
Residência do namorado	2	_____	_____

Conforme Tabela 47 onze das entrevistadas relataram que conceberam esse filho na própria residência e sem qualquer evento inesperado. As duas jovens solteiras conceberam na casa dos namorados e também relataram que não houve qualquer acontecimento que tivesse interferido no relacionamento.

### 5.2.2.3 Por que engravidou?

A Tabela 48 apresenta os motivos da gravidez das mulheres do grupo G .

TABELA 48

Motivos da gravidez dos sujeitos do grupo G (N=13)

POR QUE ENGRAVIDOU?	N
Porque queria o filho	7
Parou anticoncepcional por causa dos efeitos colaterais	3
Parou pílula porque família mandou	1
Não usa pílula de medo da desaprovação da família	1
Fracasso do método anticoncepcional	1

Segundo dados da Tabela 48 , quando questionadas a respeito dos motivos que as levaram a engravidar, sete das gestantes responderam que interromperam o uso do

anticoncepcional porque a gravidez foi desejada , sendo que , em cinco casos, o casal queria o filho e, em dois casos, o cônjuge o desejava e elas concordaram). Para três destas mulheres, a pílula apresentava efeitos colaterais ( dores de cabeça, mal estar, nervosismo e aumento de peso) e esta foi a justificativa da suspensão de seu uso . Somente uma participante usava o preservativo como método anticoncepcional e acredita que engravidou porque este rompeu. Uma das gestantes (14 anos) engravidou porque a mãe adotiva e o parceiro, achando que ela estivesse grávida, a mandaram suspender o anticoncepcional e outra ( 17 anos, solteira) não usava pílulas anticoncepcionais porque tinha receio de que estas modificassem seu corpo e, assim, sua família descobrisse que ela já tinha a prática sexual.

#### 5.2.2.4 Relacionamento com pai da criança

Na Tabela 49A se encontram os dados referentes às questões sobre o relacionamento da gestante com seu companheiro. Foram feitas as seguintes perguntas:

a) que tipo de pessoa ele é e b) como é o relacionamento do casal.

TABELA 49A

Relacionamento conjugal : como é o pai da criança e como se relacionam ( N=13)

COMO ELE É ?	N	RELACIONAMENTO	N
Carinhoso, bom, legal, responsável	7	Muito bom	6
Ignorante, nervoso, emburrado, bebe	3	Bom	3
É bom, não bebe, não fuma	1	Bom , com brigas	1
Bom, mas ciumento	1	Razoável	1
Não colabora na contracepção	1	Ruim	2

A Tabela 49A mostra as características dos cônjuges das participantes do Grupo G, segundo o ponto de vista das mesmas. Conforme o apresentado , seis das

treze gestantes consideram o companheiro um homem legal, bondoso, carinhoso. Duas mulheres disseram que os parceiros era bons , sendo que uma delas justificou esta qualidade dizendo que ele não tinha vícios . A outra contou que , apesar de bondoso, era ciumento. A característica indicada por outra gestante foi a responsabilidade de seu companheiro, na questão do trabalho. Quatro mulheres fizeram queixas de seus parceiros ao serem indagadas sobre suas características . Uma delas colocou que o marido é ignorante e nervoso ( ele não aceitou a gravidez), outra reclamou que o cônjuge é emburrado, uma outra disse que seu marido não colabora nas medidas anticoncepcionais e a restante contou que marido bebe e, apesar dele não ter reações violentas, este fato a desagrada.

Na Tabela 49B se encontram os dados referentes ao relacionamento do casal, considerando as seguintes questões: c) se ele tinha conhecimento da gravidez e d) o que ele achou deste acontecimento.

TABELA 49B

Relacionamento conjugal ( ele sabia da gravidez? O que achou?) N=13

SABIA DA GRAVIDEZ?	N	O QUE ELE ACHOU?	N
Sabia	13	Está feliz porque queria	9
Não sabia	—	Não aceitou gravidez	2
		Alegre e com medo	1
		Alegre, vai assumir	1

A Tabela 49B mostra que todos os companheiros das participantes do Grupo G tinham conhecimento da gravidez ; a diferença entre eles se refere à reação frente a este acontecimento. Nove dos treze parceiros ficaram muito satisfeitos com a idéia de se tornarem pais ( cinco casos) ou, de terem mais um filho (quatro casos). Dois deles não

ficaram contentes com esta possibilidade, sendo que um deles já tem três crianças menores de 4 anos e o outro tem três filhos menores de 5 anos com esta mulher, e outros três filhos de um casamento anterior. Um deles está alegre com a possibilidade de ter um filho mas, com medo do estado de saúde da mulher, que teve um filho do primeiro casamento e correu risco de vida, por causa de problemas cardíacos decorrentes de febre reumática. O outro parceiro, ainda solteiro, está contente, apesar de não ter programado este filho. Segundo sua companheira, ele vai assumir a paternidade e se casar.

#### 5.2.2.5 Data de comprovação da gravidez

A Tabela 50 mostra as datas de comprovação de gravidez e o tipo de exame utilizado.

TABELA 50

Data e tipo de exame de comprovação de gravidez dos sujeitos do Grupo G (N=13)

DATA (SEMANAS)	N	Tipo de exame	N
4 semanas	1	Urina	7
6 semanas	1	Sangue	3
8 semanas	6	Não comprovou	3
14 semanas	1		
16 semanas			

Conforme a Tabela 50, o tempo de gestação das mulheres, por ocasião do exame de comprovação, variou de 4 a 16 semanas, sendo que seis delas a confirmaram com oito semanas e as outras quatro, com quatro, seis, catorze e dezesseis semanas de gestação. Três gestantes não comprovaram a gravidez, sendo que duas delas a

comprovariam no dia da entrevista e a outra disse não precisar fazer exame, porque sabe que está grávida (falta da menstruação).

#### 5.2.2.6 Como comprovou a gestação

Conforme Tabela 50 das dez participantes do Grupo G que comprovaram a gravidez, sete o fizeram através de exames de urina e três delas, através de exame de sangue.

#### 5.2.2.7 Quem soube da gravidez?

A Tabela 51 apresenta as respostas das gestantes sobre quem tinha conhecimento sobre sua gravidez até aquele momento e o tempo de gestação de cada uma delas.

TABELA 51

Conhecimento sobre a gravidez e tempo de gestação do Grupo G (N=13)

QUEM SOUBE DA GRAVIDEZ ?	N	GESTAÇÃO ( EM SEMANAS )	N
Todos sabem	7	6 - 9	5
Só a família	3	10 - 13	4
Só o pai da criança	3	14 - 17	3
		18 - 21	1

A Tabela 51 indica quem são as pessoas que tinham conhecimento da gravidez das mulheres deste grupo. Sete delas contaram aos amigos e familiares sobre o acontecimento, três delas somente contaram para a família ( pais e irmãos) e a gravidez das outras três participantes só era conhecida pelos pais da crianças .

#### 5.2.2.8 Tempo de gestação

De acordo com a Tabela 51, o tempo de gestação do Grupo G variou de 6 a 18 semanas ( média de 11,38 semanas e mediana de 11 semanas) .

### 5.2.3 Histórico do aborto

#### 5.2.3.1 Pensou em aborto?

Os dados da Tabela 52 representam as respostas das participantes do Grupo G sobre a possibilidade de terem pensado em aborto e, se o fizeram, porque não o concretizaram.

TABELA 52

Pensou em aborto? Por que não o fez? Respostas dos sujeitos do Grupo G (N=13)

PENSOU EM ABORTO?	N	POR QUE NÃO O FEZ?	N
Nunca pensei	11	Sou contra	6
Pensei	2	Queria o filho	3
		Medo	2
		Não tem coragem	1
		Marido e mãe impediram	1

Conforme Tabela 52, na questão do aborto, onze participantes afirmaram nunca ter pensado a respeito e duas disseram que pensaram em praticá-lo. Uma delas alegou que pensou em tentar interromper a gravidez no início da gestação, com receio de ser rejeitada pelos pais e não contar com o apoio do namorado. A outra gestante afirmou ter ingerido chá de ervas, após a confirmação da gravidez, porque sentiu muito medo de morrer. Esta gestante tem histórico de parto anterior de alto risco, derivado de seqüela cardíaca por febre reumática.

### 5.2.3.2 Por que não o fez?

Conforme Tabela 52 ,seis participantes deste grupo se posicionaram contra a prática do aborto. Quatro delas justificaram suas posições, dizendo que é um crime, um pecado ; uma delas disse que a gravidez não deve ser um motivo de vergonha para as mulheres e , portanto, não deve ser interrompida e a outra pensa que a vida do feto deve ser preservada. Três das entrevistadas afirmaram desejar o filho , uma disse não ter coragem de praticar este ato, outra disse ter medo de sentir remorso posteriormente, porque considera-o um pecado e uma outra disse sentir medo do abortivo não funcionar perfeitamente e o bebê nascer defeituoso. A gestante que ingeriu chás ,mesmo achando que eles não funcionariam, disse que só não concretizou a interrupção da gravidez porque foi impedida pelo marido e pela mãe .

### 5.2.3.3 Já fez algum aborto?

A Tabela 53 mostra as respostas dos sujeitos do Grupo G , quando perguntadas se já fizeram algum aborto e, se conheciam alguém que tinha feito.

TABELA 53

Respostas às questões: Já fez aborto? Conhece alguém que fez? Grupo G (N=13)

ALGUM ABORTO?	N	CONHECE ALGUÉM QUE FEZ?	N
Não	13	Não conheço	6
Sim	—	Mulheres	4
		Amigas	3

### 5.2.3.4 Conhece alguém que fez?

A Tabela 53 apresenta as respostas das participantes do Grupo G, quando questionadas se já tinham tentado interromper a gestação. Todas as treze mulheres

afirmaram nunca ter praticado o aborto e, à questão se conheciam alguém que o fez, seis delas disseram não conhecer mulheres que tenham feito, enquanto sete afirmaram conhecer, sendo que quatro delas não identificaram estas mulheres e três contaram que suas amigas o praticaram.

### 5.2.3.5 Alguém sugeriu que você interrompesse a gestação? Quem?

A Tabela 54 apresenta os dados referentes as sugestões para o aborto e as pessoas que sugeriram o procedimento.

TABELA 54

Respostas do Grupo G às questões: Alguém sugeriu o aborto? Quem? (N=13)

ALGUÉM SUGERIU O ABORTO ? QUEM?	N
Ninguém sugeriu	10
Amigas e vizinhas	2
Marido	1

Segundo a Tabela 54 ,dez das gestantes deste grupo não receberam sugestões de interromper a gravidez , duas delas relataram que vizinhas e amigas o fizeram, alegando, em um caso, o fator idade da gestante ( 14 anos) e, em outro, a idade do outro filho ( 3 anos) e outra disse que seu marido sugeriu que ela praticasse o aborto. Uma das mulheres relatou que, em outra gestação, seu marido sugeriu que abortasse ( tinham, na época, um filho) porque ele já tinha três filhos do primeiro casamento e outra contou que sua prima sugeriu a interrupção da gravidez do filho que ela esperava do marido, quando ele era seu namorado e ela tinha catorze anos de idade. Esta gravidez

culminou num aborto espontâneo, logo depois que o casal se uniu ( oito semanas de gestação).

#### 5.2.3.6 Quais motivos a fariam abortar?

A Tabela 55 apresenta os motivos com que fariam que as participantes do Grupo G praticassem o aborto e qual o método que seria escolhido.

TABELA 55

Motivos para o aborto e método utilizado: respostas dos sujeitos do grupo G (N=13)

MOTIVOS	N	QUAL MÉTODO USARIA?	N
Não teria motivos	10	Não sei	5
Medo da desaprovação dos pais	1	Não conheço os métodos	4
Problemas de saúde	1	Misoprostol	3
Maus tratos do marido	1	Chá	1

A Tabela 55 mostra os motivos relatados pelas participantes do Grupo G que as levariam a praticar um aborto. Dez mulheres disseram que nada as levaria a interromper a gravidez. Uma delas contou que o medo de ser reprovada pela família a faria abortar mas, apesar de ter pensado nisto no início da gestação, não interrompeu a gravidez porque tinha medo do bebê não ser expelido e nascer defeituoso. Disse que o fato do namorado não querer o aborto e dizer que casaria com ela, também a ajudou a assumir a gestação. Outra gestante disse que o único motivo que a faria abortar seria a manutenção de sua saúde (risco de vida na gestação anterior). A outra participante relatou que maus tratos do marido a fariam abortar mas, apesar disto ter acontecido com

ela em outro casamento não teve coragem , na época, de interromper a gravidez (teve um aborto espontâneo).

#### 5.2.3.7 Qual método usaria se praticasse o aborto?

Segundo a Tabela 55, cinco mulheres afirmaram não saber qual método usariam se abortassem, enquanto quatro delas disseram que não conheciam métodos abortivos. Três participantes relataram que usariam comprimidos de Misoprostol e uma contou que tomaria chá de ervas.

#### 5.2.3.8 O que pensa sobre o aborto?

A Tabela 56 mostra os pensamentos das participantes do grupo de gestantes sobre o aborto.

TABELA 56

O que os sujeitos do Grupo G pensam sobre o aborto (N=13)

O QUE PENSA SOBRE O ABORTO?	N
Sou contra, acho errado, não aceito, acho besteira	5
É crime , é pecado, é matar	4
É prejudicial à saúde	2
Mãe não tem coração, não merece ser mãe, merece morrer	3
Não sei, se fizesse me arrependeria	1

A Tabela 56 mostra que as participantes do Grupo G se posicionam de forma contrária à interrupção voluntária da gravidez. Solicitadas a dizer porque eram contra, quatro delas fizeram referência ao ato como algo errado e impeciente ( já que

*aconteceu , a mulher deve levantar a cabeça e assumir ) , outras o julgaram como um crime de morte e um pecado. Duas delas acreditam que esta prática seja prejudicial à saúde e uma delas não soube responder o que pensa, mas disse que, se o fizesse, se arrependeria muito.*

### 5.2.3.9 Por que quer manter esta gravidez?

A Tabela 57 apresenta as razões pelas quais as gestantes deste grupo desejam manter esta gravidez.

TABELA 57

Motivos pelos quais os sujeitos do Grupo G querem manter a gravidez (N=13)

POR QUE QUER MANTER ESTA GRAVIDEZ?	N
Queremos o filho	6
Meu marido quer, marido não quis que eu tirasse	2
Adoro crianças	1
Para fazer companhia ao outro filho	1
Médico falou que é seguro	1
Aborto não é solução	1
Se engravidou, fico	1

A Tabela 57 apresenta os motivos pelos quais as gestantes do Grupo G decidiram manter a gravidez. Seis delas disseram que a gravidez foi desejada pelo casal, duas relacionaram a manutenção da gestação por um desejo do marido( um deles a impediu de abortar), uma disse que adorava crianças e outra afirmou que, já que engravidou, deixaria o bebê nascer . Fazer companhia ao outro filho foi o motivo que

uma delas alegou para manter a gestação e uma outra disse que não acha que aborto é solução e, portanto, manteria a gravidez.

### 5.2.3.10 Uso de anticoncepcionais

A Tabela 58 apresenta dados a respeito do uso de medidas anticoncepcionais das participantes de Grupo G.

TABELA 58

Uso de medidas anticoncepcionais dos sujeitos do Grupo G (N=13)

ANTICONCEPCIONAL	N
Pílulas	8
Preservativos	2
Não usa anticoncepcional	2
Injeção	1

Conforme a Tabela 58, o método anticoncepcional mais utilizado pelas mulheres deste grupo foi a pílula anticoncepcional (8 casos), seguido do preservativo (2 casos) e da injeção (1 caso). Duas participantes afirmaram não usar qualquer método anticoncepcional, sendo que uma delas não o fazia, porque sofria efeitos colaterais desagradáveis (tonturas) e a outra, porque tinha receio de ganhar peso e modificar a estrutura do corpo e, com isso, levantar suspeitas da família de que já tinha relacionamento sexual com namorado.

## 5.2.4 Responsabilidade

### 5.2.4.1 Quem é o responsável pela gravidez?

A Tabela 59 apresenta quem são os responsáveis pela gravidez segundo o Grupo G.

TABELA 59

De quem é responsabilidade da gravidez segundo o Grupo G (N=13)

RESPONSÁVEL PELA GRAVIDEZ	N
Mulher	7
Casal	4
Homem	2

Conforme a Tabela 59, as mulheres grávidas creditam a responsabilidade pela gravidez às próprias mulheres (7 casos), ao casal (4 casos) e ao homem (2 casos).

### 5.2.4.2 Quem é responsável pelo aborto?

A Tabela 60 apresenta os dados referentes à responsabilidade do aborto segundo as participantes do Grupo G.

TABELA 60

Quem é responsável pelo aborto segundo sujeitos do Grupo G (N=13)

RESPONSÁVEL PELO ABORTO?	N
Mulher	11
Casal	2
Homem	—

Quanto à responsabilidade pelo aborto, segundo a Tabela 60, onze participantes consideram a mulher responsável e duas crêem que o casal é responsável. Nenhuma participante responsabilizou o homem na questão do aborto.

## 5.2.5 Sentimentos e pensamentos atuais

### 5.2.5.1 O que pensa e sente sobre maternidade e paternidade?

A Tabela 61 descreve o que pensam as participantes do grupo G a respeito de maternidade e paternidade.

TABELA 61

Pensamentos sobre maternidade e paternidade dos sujeitos do Grupo G (N=13)

O QUE É SER MÃE ?	N	O QUE É SER PAI ?	N
É bom, dar carinho, amar, estar presente	7	Responsabilidade: dar amor e educar	4
Grande responsabilidade : educar	2	Dar apoio, carinho e atenção	3
“Coisa” mais bonita que existe	2	É uma emoção forte	2
É uma benção	1	É participar ; é amar e ver erros	2
Não sei o que é	2	Não sei o que é	2

Conforme dados da Tabela 61 ,a maternidade é um ato que sugere doação para sete das mulheres deste grupo ( é dar carinho, amar, estar presente); para duas gestantes, é uma grande responsabilidade ( tem que educar, ensinar coisas boas); duas descrevem o ser mãe como a “coisa” mais bonita que existe, uma acredita que a

maternidade é uma benção e duas delas confessaram não ter a mínima idéia do que é ser mãe e que saberão quando o filho nascer.

Quatro participantes do Grupo G consideram ser pai uma questão de responsabilidade ( *ser pai é educar* ), e três mulheres acreditam que ser pai é uma tarefa que inclui a doação de sentimentos amorosos ( dar amor, apoio, atenção, carinho); duas responderam que é uma emoção forte, uma disse que ser pai é “participar” (não soube explicar o significado) e uma outra afirmou que o pai deve amar, mas também ver os erros dos filhos. As duas participantes que disseram não saber o que é ser mãe também não souberam dizer o que é ser pai ( 17 e 19 anos , primigestas).

#### 5.2.5.2 Sentimentos e pensamentos sobre paternidade

A Tabela 62 apresenta o que as participantes crêem que seus companheiros sentem e pensam a respeito da paternidade .

TABELA 62

O que parceiros do grupo G pensam e sentem à respeito da paternidade (N = 13)

O QUE ELE SENTE E PENSA SOBRE PATERNIDADE	N
Está super feliz, cheio de alegria , contente, acha o máximo	10
Está nervoso, bravo porque não queria filho	2
Está alegre, mas preocupado com minha saúde	1

A Tabela 62 mostra os sentimentos e pensamentos dos parceiros das mulheres do Grupo G, segundo a percepção delas.

Dez dos companheiros das participantes do grupo de gestantes estavam, segundo a percepção delas, muito felizes com a gestação, porque a gravidez foi desejada. Dois estavam bastante irritados com a possibilidade de serem pais novamente e um deles

chegou a sugerir o aborto. Segundo as mulheres, o motivo do descontentamento é o número excessivo de filhos. Os dois casais já tem três filhos cada e um dos parceiros tem mais três filhos de casamento anterior. Conforme declaração destas duas participantes, os dois maridos se negam a usar qualquer método anticoncepcional, acreditando que isto é responsabilidade das mulheres. Outro marido, segundo a gestante, está muito contente com a gravidez dela, mas preocupado com seu estado de saúde ( problemas cardíacos com gestação e parto de alto risco).

## 5.2.6 Planos de futuro

### 5.2.6.1 Filhos

A Tabela 63 apresenta os planos de futuro das participantes do Grupo G nas questões que se referem aos filhos e à futura gravidez.

TABELA 63

Planos de futuro dos sujeitos do Grupo G referentes aos filhos e à gravidez (N=13)

FUTURO : GRAVIDEZ E FILHOS	N
Não pretendo ter mais filhos	7
Pretendo ter filhos mais tarde	6

Conforme a Tabela 63, oito participantes do grupo de gestantes não pretendem mais ter filhos e cinco afirmaram ter intenção de tê-los, futuramente. Todas as mulheres que pretendem ter mais filhos estão grávidas do primeiro filho, sendo que três delas têm histórico de aborto espontâneo.

### 5.2.6.2 Controle de natalidade

A Tabela 64 mostra os planos das participantes do Grupo G referentes à concepção e anticoncepção.

TABELA 64

Controle de natalidade dos sujeitos do Grupo G (N=13)

CONTROLE DE NATALIDADE	N
Tomar pílulas anticoncepcionais	8
Fazer laqueadura	3
Colocar DIU	1
Usar preservativos	1

A Tabela 64 apresenta as medidas contraceptivas que as participantes do grupo de gestantes pretendem utilizar para controle de natalidade. Deste grupo, oito disseram que pretendem usar as pílulas anticoncepcionais, três relataram que tentarão ser esterilizadas, uma delas disse que colocará o DIU e a outra continuará usando preservativos, porque não tolera os efeitos colaterais da pílula.

### 5.2.6.3 Relacionamento afetivo

A Tabela 65 apresenta os planos de futuro das participantes do grupo G relacionados ao relacionamento afetivo com o companheiro.

TABELA 65

Futuro do relacionamento afetivo dos sujeitos do Grupo G (N=13)

RELACIONAMENTO AFETIVO	N
Continuar a ser feliz no casamento	11
Tentar manter o casamento	2

A Tabela 65 apresenta os planos de futuro das gestantes do Grupo G relacionados ao vínculo afetivo com parceiro. Onze mulheres afirmaram que pretendem continuar o casamento porque estão felizes e duas delas disseram que tentarão manter o casamento, sendo que uma o fará por causa dos filhos (*com quatro filhos, não posso pensar em me separar*) e a outra, porque gosta do marido.

### 5.3 Comparação quantitativa entre os Grupos A e G

#### Dados Pessoais

As participantes dos dois grupos eram mulheres jovens, com escolaridade equivalente ao primeiro grau incompleto, exerciam atividades profissionais sem qualificação ou cuidavam dos afazeres domésticos.

O número de filhos foi uma variável que se apresentou diferentemente para os dois grupos . Oito mulheres do Grupo A tinham filhos enquanto somente duas das gestantes já eram mães. Como a renda familiar dos dois grupos eram semelhantes, podemos pensar que os motivos de ordem financeira considerados responsáveis pela interrupção da gravidez foram agravados pelo número de filhos .

A estabilidade e a harmonia de uma família está, com certeza, também vinculada às suas condições de moradia. A família das gestantes era constituída pelo casal (com ou sem filhos) ou , no caso das solteiras ,pelos pais e irmãos, enquanto a família da participante do Grupo A era extensa, com acréscimo de parentes próximos (primos, cunhados, sogros ) que tornava o ambiente menor e o desconforto maior. As mulheres solteiras deste grupo moravam em companhia de amigas e lamentavam a distância das famílias de origem.

Os dados sobre religião dos dois grupos são bastante semelhantes. A maioria das participantes dos grupos relatou não ter religião mas, as participantes que disseram ter crença religiosa , pertencentes ao grupo de gestantes, afirmaram ter a prática de sua crença, enquanto as pertencentes do outro grupo disseram que não a praticavam .

Os dois grupos de mulheres relataram problemas de saúde anteriores à situação de entrevista mas, uma diferença importante entre eles é que duas mulheres do Grupo A tinham histórico de transtornos psiquiátricos (depressão e neurose de conversão) . O

tamanho das duas amostras e o número de participantes que apresentou o problema não nos permite dizer que o transtorno psiquiátrico possa ser um fator preditivo para o aborto.

### **Histórico da Concepção**

Foi possível notar que houve uma diferença na noção de tempo de gestação nos dois grupos. No Grupo G, as três mulheres que não souberam dizer com precisão a data de concepção e o tempo de gestação, sabiam ambas aproximadamente, enquanto no Grupo A, uma das participantes disse não saber de nenhuma data e as outras duas apresentaram datas muito diferentes da data real.

Estes dados sugerem que sendo a gravidez indesejada, não planejada e não intencional, ela é negada até o momento em que não é mais possível escondê-la (se não a percebe, se outros não a vêem, ela não existe).

As mulheres do Grupo A ficaram grávidas porque não usavam anticoncepcionais, ou os usavam incorretamente, ou o método falhou. Por este discurso podemos perceber que o desejo de engravidar não estava, pelo menos conscientemente, presente no momento da concepção. As mulheres do Grupo G engravidaram porque desejavam, ou porque não usavam anticoncepcionais, ou porque o método falhou. A grande diferença entre os grupos é que mulheres que optam pelo aborto estão vivendo, no momento da decisão, uma gravidez revelada por elas como indesejável.

Muitos estudos americanos têm investigado o relacionamento com o parceiro como um fator potencialmente crucial para o ajustamento da mulher que aborta (Moseley et alii, 1981; Major et alii, 1985; Major et alii, 1990; Major & Cozzarelli, 1992; Miller, 1992).

O relacionamento das gestantes do Grupo G com seus parceiros, com exceção de dois casos, era, segundo seus relatos, bastante harmonioso e equilibrado. No Grupo

A os conflitos, a hostilidade e o desânimo mediaram os depoimentos a respeito da personalidade e da relação com o parceiro. Nossos resultados nos permitem dizer que os conflitos conjugais podem ser um fator facilitador para a decisão favorável ao aborto. Não podemos dizer que este fator possa, de alguma forma, interferir no ajustamento pós aborto porque estes dados, apesar de colhidos depois da interrupção da gravidez, podem ter sido contaminados por variáveis intervenientes como o medo de ser descoberta, o arrependimento e a culpa.

O parceiro ativamente envolvido na questão do aborto discute com a mulher a decisão, divide com ela as possíveis conseqüências, a acompanha ao hospital, a visita enquanto está internada, demonstra carinho e compreende o pesar que ela sente. No caso das treze mulheres do Grupo A este envolvimento não aconteceu porque somente cinco foram para o hospital acompanhadas pelo parceiro. Destes casos, dois deles não sabiam da gravidez, um quis o aborto, outro a deixou livre para escolher o que fazer e um outro aceitou o aborto porque não queria o filho agora. Falar com parceiro sobre a gravidez não desejada aconteceu com bastante freqüência neste grupo, mas não houve discussão suficiente sobre o tema, para que o casal pudesse partilhar todos os momentos da decisão e as possíveis conseqüências.

As mulheres do grupo A disseram que comprovaram a gestação com 4 semanas através de mudanças no próprio corpo ( falta menstrual, enjoos e dor no ventre). As mulheres do grupo G comprovaram a gravidez por volta da 6ª semana e através de exames de laboratório.

### **Histórico do Aborto**

Forrest e Torres (1988) investigaram porque mulheres praticam aborto tardiamente nos Estados Unidos da América, país onde a prática é legalizada. Apesar de não ser ilegal e da mulher ter a assistência necessária, ainda assim é difícil a decisão

e, nem sempre ela obtém permissão para fazê-lo. Além destes motivos: conflito decisório e receio de não obter permissão, também o medo de contar aos próximos sobre a gravidez pode interferir neste tempo.

O Quadro 1 apresenta o tempo decorrido da comprovação da gravidez até a concretização do aborto, passando pela decisão de interrupção da gestação.

QUADRO 1. Apresentação dos períodos anteriores ao aborto das mulheres do Grupo A

SUJEITOS	COMPROVAÇÃO DA GRAVIDEZ	DECISÃO PELO ABORTO	ABORTO
01#	3 semanas (14 sem.)	4 semanas (15 sem)	6 semanas (17 sem.)
02	Não sabe	não sabe	não sabe
03*	2 semanas	2 semanas	8 semanas
04	4 semanas	4 semanas	8 semanas
05	4 semanas	6 semanas	8 semanas
06	4 semanas	4 semanas	12 semanas
07**	Não sabe	32 semanas	32 semanas
08	4 semanas	8 semanas	12 semanas
09#	8 semanas (16 sem.)	8 semanas (16 sem.)	16 semanas (24 sem.)
10*	4 semanas	4 semanas	12 semanas
11	4 semanas	12 semanas	16 semanas
12**	4 semanas	4 semanas	4 semanas
13	4 semanas	5 semanas	6 semanas

# Contagem de tempo errado.

\* Duas tentativas de aborto.

\*\* Nestes dois casos a gravidez não foi interrompida.

Conforme o Quadro 1 duas mulheres deste grupo ( n.º 03 e n.º 10) tentaram o aborto duas vezes sendo que a de n.º 03 fez a primeira tentativa com 4 semanas e, depois com oito semanas de gestação e a de n.º 10 tentou com 4 e posteriormente com 12 semanas. Segundo o relato delas, nas duas tentativas iniciais elas ingeriram chá de ervas e não abortaram; depois um mês ( participante n.º 3) e de dois meses (participante n.º 10), elas ingeriram novamente chá e o aborto foi concretizado.

Segundo Brioschi e Trigo (1987) o indivíduo relata a sua versão do fato e não o fato em si e estas duas mulheres disseram que na primeira tentativa elas não tentaram o aborto mas sim resolver o problema do atraso menstrual.

O relato da participante n.º 7 também se mostrou bastante confuso em termos de tempo relacionado à gravidez e é a partir deste dado que tentamos interpretar sua tentativa tardia de interromper a gestação. Acreditamos que a pressão excessiva do pai da criança, com ameaças de violência e a pouca idade da participante tenham sido os fatores decisivos para a decisão do aborto. A tentativa só ocorreu tardiamente porque ele se encontrava em outro estado e sabendo que a criança era seu filho veio procurá-la e trouxe a medicação supostamente abortiva (Permaganato de Potássio).

Os outros dois casos de erro na contagem do tempo de gestação que culminou em aborto, justificaram o atraso no aborto pelo fracasso no reconhecimento da gravidez porque em um dos casos a menstruação era irregular e no outro, o período menstrual se manteve ininterruptamente (*“Não posso estar não, doutor, de 4 meses porque meu nenê tem 5 meses e minha menstruação veio direito”*) Estes dados se assemelham aos encontrados por Forres e Torres (1988) em um estudo no qual investigaram as razões que levam as mulheres a praticar o aborto e porque algumas o fazem tardiamente (após 16 semanas).

As mulheres do grupo de gestantes não pensaram em aborto, exceto duas delas. Uma relatou que pensou em interromper a gestação porque não queria que seus pais soubessem da gravidez e tinha receio que o namorado não assumisse a paternidade. A razão de ter pensado em abortar, para a outra participante, foi o medo de morrer no parto.

A dificuldade financeira foi a principal razão alegada pela maioria das mulheres do Grupo A quando questionadas porque tinham feito o aborto. A maioria das

gestantes pertencia ao mesmo nível socioeconômico das participantes do Grupo A e mesmo aquelas que tinham três filhos não pensaram na possibilidade de interromper a gestação. Estas mulheres também afirmaram que não haveria motivos que as fizesse interromper a gestação, exceto duas delas ( medo de morrer e medo da desaprovação dos pais).

Enquanto as participantes do Grupo A disseram que conheciam pessoas próximas que praticaram o aborto e sabiam que as mulheres em geral o fazem, as participantes do Grupo de gestantes afirmaram não conhecer ou que sabiam que mulheres, em geral, praticam o aborto. Estes dados nos fazem pensar que estas mulheres viviam mundos diferentes , o que , absolutamente, não é realidade, porque moravam em regiões próximas e em condições semelhantes ( favelas e barracos nos morros).

Há semelhanças entre os dois grupos em relação a sugestão para interromper a gravidez : a maioria disse que não recebeu orientação neste sentido.

As mulheres do Grupo G disseram que não sabiam que método usariam para abortar , ou que não conheciam os métodos que fazem uma mulher abortar. Como algumas disseram que não sabiam o que usar ,em caso de quererem abortar, mas que os conheciam, parece que esta possibilidade é, para elas, tão remota que nem falar a respeito elas desejam.

Há diferenças entre os dois grupos no controle de natalidade. As mulheres do Grupo A usavam métodos ineficazes de contracepção (cinco delas) ,ou não evitavam a gravidez (três mulheres) e as participantes do Grupo G usavam métodos eficazes (nove delas) ou com razoável eficácia ( duas). Duas mulheres do grupo de gestantes e três do Grupo A não usavam contraceptivos. Uma das gestantes alegou que era para os pais não descobrirem que ela tinha vida sexual e a outra porque o marido queria que ela engravidasse. Duas participantes do Grupo A justificaram o não uso de

anticoncepcionais pela intolerância a seus efeitos colaterais e a outra disse que acreditava que não ficaria grávida (pensamento mágico).

### **Responsabilidade**

Também as respostas sobre a responsabilidade pela gravidez apresentaram algumas diferenças entre os grupos. No Grupo A, oito participantes responsabilizam o casal e quatro, a mulher; no Grupo G, sete responsabilizam a mulher e quatro, o casal. Pelo aborto, onze mulheres de cada grupo responderam que é a mulher a responsável.

### **Sentimentos e Pensamentos Atuais**

As questões sobre pensamentos e sentimentos para os dois grupos foram diferentes o que impossibilita a comparação entre elas. Enquanto as mulheres responderam sobre a interrupção da gestação, as participantes do Grupo G descreveram como estavam vivenciando a gravidez.

### **Planos de futuro**

Outra questão comum aos grupos foi sobre os planos de futuro. Sobre controle de natalidade, todas as mulheres afirmaram que vão usar métodos anticoncepcionais eficazes. Os dois grupos apresentaram respostas semelhantes quanto a ter ou não mais filhos futuramente e uma das mulheres do Grupo A disse que se engravidar novamente fará outro aborto (já tinha feito quatro).

Os planos de futuro afetivo foram apresentados diferentemente pelos dois grupos. As mulheres do Grupo G pretendem continuar sendo felizes no casamento (sic) ou, no caso de duas delas, tentar manter o casamento. Sete das participantes do Grupo A vão continuar com o casamento e cinco delas não pretendem manter a união.

## 6. RESULTADOS - Parte II

### Análise Qualitativa das Entrevistas dos Grupos A e G

#### 6.1 GRUPO A

Na vivência de uma pesquisa, todos os nossos sentidos procuram estar atentos para que nenhum dado passe despercebido de forma que, ao analisarmos os resultados, possamos contar com eles e, assim, aumentarmos o conhecimento a respeito do fenômeno social investigado.

A situação de coleta de dados sobre o Grupo A foi muito diferente daquela onde as gestantes contaram suas histórias. As mulheres que praticaram o aborto foram ouvidas em macas hospitalares, dentro de quartos que continham outros leitos com mulheres no puerpério, muitas vezes amamentando seus bebês e onde a privacidade, apesar de ser insistentemente procurada, era obtida com muitas reservas.

As mulheres deste grupo relataram suas experiências de vida logo após terem vivido uma intervenção médica (curetagem) e, algumas vezes, portavam o soro em suas veias. Elas tinham vivido grandes conflitos, do conhecimento da gravidez à decisão pelo aborto e teriam outros dilemas a enfrentar, como a resolução de suas dificuldades financeiras, a melhora dos vínculos afetivos e familiares e o controle de sua vida reprodutiva.

Este ponto é básico! As mulheres do grupo de gestantes pareciam não só ter a situação conjugal bem definida, como também o seu futuro reprodutivo, familiar, afetivo e profissional. O medo do desconhecido (ser mãe) e o receio pelo futuro não pareciam estar presentes no momento da entrevista.

No entanto, no Grupo A, a angústia da volta para o cotidiano de suas vidas era perceptível nas perguntas às enfermeiras sobre a alta hospitalar, sobre o horário de visitas, sobre suas roupas retiradas por ocasião do atendimento emergencial. Naqueles instantes, a mulher estava totalmente despida; despida de sua vida anterior, porque até mesmo o que vestia não lhe pertencia, desprovida de qualquer laço afetivo, cheia de saudades dos filhos e família que deixou em casa, totalmente sozinha nas suas incertezas.

As mulheres do grupo de gestantes, ao contrário, estavam em paz com a vida. A gravidez e a maternidade as faziam felizes e o vínculo conjugal parecia se estreitar mais. Até as duas gestantes que relataram as crises conjugais, decorrentes da gestação, não manifestaram descontentamento com a vinda de mais um filho. O depoimento delas parece revelar uma necessidade pessoal da maternidade.

Outra diferença entre os dois grupos foi a extensão de seus depoimentos. As entrevistas das mulheres do Grupo A foram significativamente mais longas do que do outro grupo, porque a ansiedade era intensa e, por vezes, o tema era desviado para a relação conjugal. Creio que existiram pelo menos dois motivos para a ocorrência deste fato: um deles, foi negar que a culpa pelo aborto era responsável por suas angústias do momento, e projetar na relação com o parceiro a verdadeira razão de seu sofrimento; o outro, foi a sensação de impotência diante do poder que estes parceiros exerciam em suas vidas reprodutivas (um exigiu o aborto, alguns sugeriram o aborto, outros não impediram).

Ainda que o pesquisador renove, durante o tempo de uma entrevista, seu compromisso com a objetividade, não é possível que, numa situação de interação entre duas mulheres, onde existe uma identificação, pelo menos, de gênero, sejam controladas as verbalizações que buscam um depositário para sua dor. O narrador,

como diz Queiroz (1987) quer transmitir a sua experiência de vida , instigado pelas perguntas formuladas mas, ao fazê-lo , está mais preocupado com suas próprias necessidades do que com o desejo do pesquisador.

É sempre bom lembrar que as entrevistas do grupo de gestantes falam da vida, enquanto as do Grupo A falam da morte, da perda. O aborto, segundo Aray (1968), mesmo quando conveniente, é acompanhado pelo luto do feto perdido, e foi sobre este tema que estas mulheres discursaram.

Os danos psicológicos que a interrupção da gestação acarreta é alvo de muitas pesquisas nos países onde esta prática é liberada e existe intensa polêmica a respeito das seqüelas psicológicas que a prática do aborto pode ocasionar.

Esta controvérsia tem gerado estudos que tentam comprovar que os danos pós-aborto são fugazes e que, pouco tempo depois do procedimento, a mulher já está recuperada emocionalmente. Penso que, subjacente a estas análises, existe o receio, consciente ou inconsciente , de que tais resultados possam mudar as leis de permissão da interrupção da gravidez.

Este estudo não pretendeu discutir a legalidade ou ilegalidade do aborto; pretendeu entender como a mulher vivencia e interpreta esta experiência tão dolorosa .

Nos depoimentos das mulheres do Grupo A , a angústia, a ansiedade, a depressão , o medo, a culpa e o arrependimento foram os fenômenos psíquicos percebidos que julgamos decorrentes do luto vivido.

Freud (1915) define o luto como uma reação à perda de um ente querido. Esta perda leva o indivíduo à melancolia, definida como “um estado de ânimo profundamente doloroso que faz cessar o interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar , inibição de todas as funções e diminuição do amor próprio” (p. 2091).

como diz Queiroz (1987) quer transmitir a sua experiência de vida , instigado pelas perguntas formuladas mas, ao fazê-lo , está mais preocupado com suas próprias necessidades do que com o desejo do pesquisador.

É sempre bom lembrar que as entrevistas do grupo de gestantes falam da vida, enquanto as do Grupo A falam da morte, da perda. O aborto, segundo Aray (1968), mesmo quando conveniente, é acompanhado pelo luto do feto perdido, e foi sobre este tema que estas mulheres discursaram.

Os danos psicológicos que a interrupção da gestação acarreta é alvo de muitas pesquisas nos países onde esta prática é liberada e existe intensa polêmica a respeito das seqüelas psicológicas que a prática do aborto pode ocasionar.

Esta controvérsia tem gerado estudos que tentam comprovar que os danos pós-aborto são fugazes e que, pouco tempo depois do procedimento, a mulher já está recuperada emocionalmente. Penso que, subjacente a estas análises, existe o receio, consciente ou inconsciente , de que tais resultados possam mudar as leis de permissão da interrupção da gravidez.

Este estudo não pretendeu discutir a legalidade ou ilegalidade do aborto; pretendeu entender como a mulher vivencia e interpreta esta experiência tão dolorosa .

Nos depoimentos das mulheres do Grupo A , a angústia, a ansiedade, a depressão , o medo, a culpa e o arrependimento foram os fenômenos psíquicos percebidos que julgamos decorrentes do luto vivido.

Freud (1915) define o luto como uma reação à perda de um ente querido. Esta perda leva o indivíduo à melancolia, definida como “um estado de ânimo profundamente doloroso que faz cessar o interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar , inibição de todas as funções e diminuição do amor próprio” (p. 2091).

Os sentimentos ambivalentes de amor e ódio em relação ao feto geram muita culpa nas mulheres, porque, parte delas deseja o filho ( por isso engravidou ), e parte o rejeita . É o instinto de vida e morte que permeia o aborto, em todos seus momentos: da confirmação da gravidez, muitas vezes negada, como veremos adiante, até a interrupção da gestação, passando pelo sofrido processo de tomada de decisão.

*“Nestes dois meses, eu só chorava, mais nada. Eu pensava assim: não vou mais fazer, prefiro passar para uma pessoa que não pode ter filho, mas depois vinha outra coisa na minha cabeça: não, não vou fazer isso, não! Saber que tive um filho e está com aquela pessoa e eu não vou poder ver nunca ! “*

Este relato caracteriza a divisão em que a mulher se encontra, no momento em que decide que não quer aquele filho.

Considerando que a falta de visão do objeto perdido, como assinala Aray (1968), dificulta a elaboração do luto, porque permite fantasias de recuperação , as mulheres deste estudo foram privilegiadas neste sentido. Os abortos praticados por elas aconteceram nas próprias casas e a maioria delas teve a visão do feto .

Esta foi uma das partes mais difíceis de falar e , sem dúvida, de ouvir.

A visão do feto não é só dolorosa em si mesma, como também aumenta a culpa pelo fato de ele ser totalmente indefeso(Aray, 1968).

*“Arrependimento muito grande. Se eu pudesse pôr lá de volta, de fazer tudo diferente. Você se sente um monstro, tirar a vida de alguém que não pode se defender de maneira nenhuma, fica se sentindo super mal “.*

A ansiedade depressiva que, segundo Klein (1952), está relacionada com o dano causado aos objetos amados , está também profundamente ligada à culpa e à

tendência à reparação. O feto aniquilado se torna vingativo e as defesas maníacas tomam lugar para defender o ego deste possível ataque. Desse modo, o perigo interno é projetado no mundo externo.

Em alguns momentos, a entrevistadora representou este perigo e, em outros, os médicos, as enfermeiras, os parceiros foram eleitos como o perigo iminente.

*“O médico que eu peguei era super estúpido!”*

*“A médica achou ruim porque usei a ambulância, disse que eu devia ter tomado um carro”.*

*“Não contei para meu marido porque ele podia ficar bravo”.*

A perda de objetos amados é extremamente dolorosa e, quando o indivíduo contribuiu para a aniquilação deste objeto, a culpa persecutória é maximizada. No caso do aborto, a mulher se responsabiliza pela morte e, assim, se endivida com o objeto, tornando-o forte e vingativo (Simon, 1984). Esta vingança sádica pode vir a impedir a reconstrução do mundo interno saudável (*“Acho que a depressão vai piorar mais ainda só de ficar pensando”*).

A idealização, defesa maníaca utilizada para integração do ego, apareceu neste grupo na escolha de um lugar especial, no mundo externo, onde não existiria nada além da paz mas, que o próprio discurso revelava que era um mundo inexistente, um mundo de ilusão

*“Acho que estou querendo ir para lá mais no mundo da ilusão, ser calmo, sem risco de nada, já conheço todo mundo, é super calmo ....a hora que for anda sossegado, é todo mundo bom”.*

O triunfo sobre o objeto danificado citado por Aray (1968), também como um possível mecanismo de defesa maníaca, não foi encontrado nos casos pesquisados. Mas

a tentativa de reparação para a minimização da culpa apareceu na manifestação do desejo de cuidar do filho vivo (*“meu pensamento está só em pegar meu filho”*).

Outra forma encontrada pelas mulheres deste grupo para diminuir sua culpa foi a negação da existência do feto enquanto ser vivo . A teoria da hominização do feto defendida pela Igreja Católica tem passado por inúmeras mudanças, desde o início do cristianismo, até os tempos atuais. A doutrina da hominização imediata, que tem ganho apoio neste fim de século , preconiza que o embrião é um ser humano desde o momento da concepção , e assim o aborto pode ser caracterizado como homicídio ( Católicas pelo direito a decidir – CDD, 1992). A perda só pode ser sentida quando o objeto perdido existiu e, negar esta existência (*“no primeiro mês não é aborto, a gente vê que falha e não está nada gerado”*; *“agora eu fiz porque não estava com muito tempo”*) é uma tentativa de manter o equilíbrio intrapsíquico.

A experiência do aborto gerou nestas mulheres um alto grau de ansiedade proveniente de fontes intrapsíquicas e, segundo Klein (1946-1963) , a recuperação do equilíbrio psíquico vai depender da capacidade de seu ego e da intensidade desta ansiedade .

O ego, fragilizado por transtornos intrapsíquicos preexistentes, terá maior dificuldade em encontrar uma interação equilibrada entre as pulsões de vida e morte . Os dados colhidos sobre a saúde das mulheres, anteriores ao aborto, revelaram a existência de distúrbios psicossomáticos, como rinite alérgica , gastrite e alterações de pressão arterial . Como boa parte da população brasileira se queixa destes sintomas psicossomáticos, é difícil inferirmos se tais doenças, de alguma forma, se relacionaram com a opção de aborto. No entanto , dois casos se apresentaram de forma diferente. Em um deles, havia histórico de depressão acompanhada de terapia medicamentosa e, no outro, a jovem relatou que ,no ano anterior à entrevista , esteve internada durante três

meses para tratar de uma paralisia no braço direito. Por este relato, pudemos inferir que se tratava do que Van Den Berg (1970) chama de Neurose de Conversão: “transferência de uma inclinação ou disposição para um órgão ou membro do corpo, amiúde com significação simbólica” (p.252).

A manifestação deste sintoma ocorreu quando o pai sentiu-se mal durante a noite e ela se sentiu angustiada. Este relato nos sugere que ela estava transferindo sua libido para outro homem que não o pai e, tê-lo abandonado, pela busca do outro, gerou profundos sentimentos de culpa e, na sua fantasia, também o danificou. A paralisia do membro parece ser o simbolismo da impotência sentida diante da doença do pai. Segundo Klein (1932) “o desejo pelo pênis paterno, no sentido de objeto libidinal, é substituído por um filho” (p.297).

Esta jovem engravidou e foi rejeitada pelo pai da criança; uniu-se a outro homem que a aceitou e ao bebê e, no final da gravidez (32 semanas) foi ameaçada pelo pai da criança, que exigiu que ela abortasse. A gravidez poderia lhe trazer a oportunidade de restaurar bons objetos dentro de si (pai e mãe que ela atacou) mas, a exigência do rapaz, fortalecida pelo sentimento de culpa, a levou a tentar o aborto. Como a gestação não foi interrompida por fracasso do método abortivo, é possível que ela consiga, através de novos investimentos amorosos (pelo marido e pelo filho) recriar seu mundo interno.

O outro caso nos sugere que a depressão era uma reação afetiva à separação. A participante estava separada da família, havia morado sozinha e, no momento, estava morando com uma amiga. Esta separação criou um sentimento de desvalia e um forte sentimento de solidão. Como se considerava um objeto não amado, não valioso, juntou-se a um homem sem escrúpulos e confirmou que não era merecedora do amor do outro. Quando engravidou, negou esta realidade, não reconhecendo os sinais da



## 6.2 GRUPO G

Ser mãe ainda é a função primordial para a mulher deste fim de século. Esta função é controlada pela sociedade dos homens que, assustados com a possibilidade dela vir a competir nos mais variados campos de atuação, a “diviniza” na maternidade, fazendo-a reclusa dentro do lar. A feminilidade, conseguida no papel de mãe, a afasta definitivamente do papel de mulher sexualizada. Ou a mulher é mãe e assim, garante a admiração e o respeito ou, abdica da maternidade, entra no mundo competitivo do homem e é desvalorizada e suspeita de não pertencer ao gênero feminino.

A dominação do homem se estende também à vida reprodutiva da mulher. Segundo Grisci (1995), o parceiro é o responsável pelo *não-planejamento familiar* (grifo da autora) e algumas mulheres deste estudo confirmaram em seus depoimentos este domínio masculino (“*ele nunca gostou de usar camisinha*”, “*engravidei porque ele queria*”).

Esta dominação patriarcal é bastante forte na região onde esta pesquisa foi feita, porque a população é constituída de migrantes do norte e nordeste do país. Nestas regiões, a masculinidade ainda é medida pelo número de filhos que o homem pode gerar.

Muitas mulheres sentem raiva e hostilidade pelo parceiro que, no ato da reprodução, revela todo seu poder. Também sente total impotência diante daquele que não se responsabiliza pelo controle contraceptivo e rejeita a concepção quando ela ocorre.

*“Ele não conversa comigo sobre isso, mas já disse que não opera.  
Camisinha também não usa. Coito interrompido, ele só faz  
quando quer, no dia que quer. Tabelinha para mim não resolve  
porque minha menstruação é muito irregular”*

O aparelho genital masculino não só representa o órgão de procriação mas também de domínio sobre a mulher. Assim, o pênis serviria a uma dupla função: de criador, gerando vida e, de destruidor, confirmando sua onipotência fálica.

Segundo Simon (1986), esta onipotência sádica é fundamental para garantir a virilidade masculina. No entanto, estamos falando de dominação que é também fortalecida pelo sentimento de incompetência feminina de lutar pelo direito de conceber ou não, direito este bastante contestado pela sociedade em que vivemos.

A mulher engravida e não sabe dizer porque. Afinal, será que ela pensa que é importante saber porque engravidou?

*“Não tenho a mínima idéia “ “Não sei, nunca pensei ser mãe tão cedo!”*

Parece que este é um dilema na vida das mulheres! Sabendo ou não porque quer ser mãe, ela ajuda a manter intactos os valores da cultura, que a santifica neste papel. Esta valorização da mulher-mãe é tão forte em nossa cultura, que ela mesma se considera abençoada (*“ser mãe é uma benção”*) nesta função.

Para Bleichmar (1988), “a virgindade constitui a expressão mais pura da estrutura profundamente contraditória do papel sexual exigido e esperado na mulher” (p.130). Se se mantém virgem, é admirada em seu gênero, eleva seu narcisismo, mas continua sexualmente infantilizada. Se atende aos desejos de seu corpo, e tenta viver plenamente sua sexualidade, corre o risco de não conseguir ser amada, ou até ser rejeitada pela suposta promiscuidade. Ela tem duas possibilidades de tentar resolver este dilema: casa-se prematuramente e controla seus anseios ou torna-se mãe e assegura o respeito e admiração da sociedade.

Acredito que esta reflexão da autora possa explicar o caso de uma das gestantes do grupo: *“Nunca tomei comprimido porque pensava que ia engordar e meus pais iam achar que não sou mais virgem. Ele quer casar e estou mais segura”*.

A idealização da maternidade apareceu com freqüência nas mulheres deste grupo, sendo estabelecido por elas que a função da mãe é dar carinho e amor. Este mecanismo foi utilizado por uma delas para defender-se da figura da mãe má anteriormente internalizada (1934).

*“Ela me largou como se eu fosse um cachorro. Eu vou ser mãe e não penso nisso, já penso em tudo de bom, tudo de maravilhoso. Não quero fazer com meu filho igual minha mãe fez comigo “.*

Como a idealização, a regressão é um fenômeno que ocorre com as grávidas e este mecanismo se revela nos sintomas apresentados no primeiro trimestre da gravidez , principalmente a sonolência. Segundo Soifer (1992), é muito importante o apoio social da gestante e, o que autora apontou, foi percebido, com bastante clareza, num dos casos investigados. A gestante relatou a gratidão que sentiu pela equipe médica que a atendeu num aborto anterior e disse que procurava demonstrá-la, mantendo a fidelidade aos médicos, em termos de atendimento.

Os sintomas freqüentes no primeiro trimestre da gravidez são as náuseas, tonturas e azia que , segundo Langer (1986) , demonstram os sentimentos ambivalentes em relação ao feto.

De um lado, o desejo de mantê-lo e do outro, o desejo contrário de expulsá-lo. Quando o medo de morrer acompanha a gestação , os sentimentos ambivalentes surgem com maior evidência e podem se tornar conscientes.

*“Eu tenho muito medo de acontecer o que já aconteceu, tenho vontade de ter outro filho, mas tenho aquele trauma. Procuo não me lembrar daquilo mas ... Também vou ficar com remorso porque poderia ter aquele filho e não tenho .“*

Os sentimentos de amor e ódio pelo feto se intensificam porque ele é o objeto desejado e também perseguidor, gerando intensa ansiedade de perseguição (Klein, 1940) própria do estado depressivo em que a mãe se encontra. Este estado é, segundo Simon (1986), a mistura de angústias persecutórias e sentimentos afetivos ligados à perda do objeto; o bebê amado é o mesmo bebê perseguidor. O medo de ser destruído provoca o aparecimento de mecanismos de defesa, entre eles a defesa maníaca:

*“Eu ligo o rádio lá em casa e canto porque quem canta seus males espanta. Procuro não pensar mas, se ficar parada, não consigo não pensar”.*

Algumas vezes esta angústia é muito intensa e o ódio dirigido ao objeto mau faz com que a gestante tente ou pense em destruí-lo:

*“Não sei o que deu em mim desta vez. De repente pensei: vou fazer! Não sei o que acontece. Acho que é medo de morrer.... O que me impediu foi a falta de dinheiro. Eu nem dormia nem comia mais de tão nervosa. Acho viver tão bom!”*

O alimentar-se permitiria que o feto se fortalecesse e o dormir permitiria que fosse atacada, sem possibilidade de se defender.

É também através da maternidade que o vínculo com a própria mãe pode ser refeito. Sua perda prematura, que deixa marcas de abandono e solidão na criança, pode ser desfeita na fantasia inconsciente pela presença do feto dentro dela (de volta os bons objetos) e minimizar o sentimento de solidão.

A mais jovem gestante do grupo foi abandonada pela mãe antes dos cinco anos e, a partir deste momento, começou a viver com um irmão e, mais tarde, com uma irmã. Esta última a rejeitou em pouco tempo de convívio, porque julgava que a jovem tivesse

um caso amoroso com seu marido. Uma vizinha a acolheu e, depois de um ano, o namorado e ela resolveram morar juntos. Assumir um vínculo conjugal e a maternidade tão prematura talvez possa ser explicado pelo desejo de ser importante para alguém e recuperar a mãe perdida : “ *Eu também queria, era o que eu mais queria porque fico em casa sozinha* “ . Desta forma, ela reinstalaria dentro de si seu objeto de amor perdido e reconstruiria seu mundo interno (Klein, 1940).

Como diz Badinter (1980), a maternidade é vivida de formas diferentes pelas mulheres , até porque, o que para algumas é uma opção, para outras, é uma imposição da natureza que as desagrada.

Neste grupo, a negação da realidade psíquica (rejeição ao feto) apareceu como um forte mecanismo de defesa, culminando na negação da realidade externa . Foi negando esta realidade que algumas mulheres do grupo disseram que não conheciam métodos abortivos e outras disseram que não sabiam dizer qual usariam se abortassem .

Acredito que alegar desconhecimento dos métodos abortivos demonstra uma grande resistência por parte destas participantes. Este tipo de resistência sugere que a mulher nega o que sabe, como se a simples admissão do fato implicasse na possibilidade de concretizá-lo.

Na questão da maternidade e paternidade, independente do tipo de resposta (de conteúdo idealizado ou de desconhecimento) o discurso das mulheres deste grupo revelou um posicionamento mais igualitário na concepção do papel do homem e da mulher, em relação aos filhos.

A mulher de hoje já não quer ser a única responsável pelos cuidados e deveres para com o filhos. Se as mulheres investigadas neste estudo ainda não conseguem exigir esta mudança no homem , com medo de represálias e porque são ainda dependentes

financeiramente, conseguem transformá-los, nas suas fantasias conscientes, nos pais que elas gostariam que eles fossem.

Talvez elas percebam, nos seus parceiros, um desejo de maternagem subjacente ao desejo de terem filhos e à alegria que muitos revelam, quando sabem que serão pais.

A questão do aborto revelada nos depoimentos nos mostra que as mulheres que optaram por manter a gravidez, apesar das circunstâncias sinistras (risco de vida), das dificuldades financeiras e dos conflitos conjugais, abominam esta prática e consideram a mulher que o pratica uma criminosa, que deveria ser castigada com a esterilização.

Considerando que a maternidade dá à mulher uma natureza santificada (Badinter, 1980), aquela que, através do aborto induzido, rejeita a "santificação", deve ser execrada pelas companheiras de gênero. É possível que, muitas daquelas que não admitem que a maternidade não era a opção desejada, se posicionem tão radicalmente contra o aborto porque, aceitá-lo, revelaria seu desejo inconsciente de aniquilação que tem que ser negado por causa da culpa. Acredito que o desprezo manifestado pelas mulheres que abortam se refere a um mecanismo de defesa contra a inveja daquelas que crêem que o corpo é propriedade sua e podem fazer o que quiserem com eles. Segundo Segal (1975), "o desprezo pelo objeto é novamente uma negação do fato de valorizá-lo ... e o desprezo experimentado em relação a esse objeto se torna uma justificação para outros ataques contra ele "(p. 97).

### 6.3 Comparação entre as Entrevistas dos Grupos A e G

A questão do controle de natalidade nos dois grupos é bastante complexa, como o é na sociedade contemporânea como um todo, porque envolve luta pelo poder, idealização, valorização de si e sistemas de valores sociais.

Nos depoimentos, as gestantes afirmaram que acreditam que é a mulher responsável pela gravidez e pelo aborto. Na sua prática, nem sempre esta autonomia existe e seus comportamentos estão mais próximos da aceitação do que da decisão. Nos casos investigados, menos da metade engravidou porque desejou. Este dado não traz implícita a idéia de que esta gravidez causou algum transtorno à mulher ou ao vínculo conjugal, mas que o controle da vida reprodutiva do casal é encargo do companheiro e esta função é exercida algumas vezes de forma inequívoca e, outras, tão sutilmente, que a mulher fica em dúvida sobre quem é que desejou aquele filho que esperam.

Para as mulheres do Grupo A, o casal é responsável pela gravidez e a mulher é pelo aborto. As respostas delas revelam um sistema idealizado de reprodução, bem distante do que ela vivencia no seu cotidiano porque, no caso delas, em especial, os contraceptivos foram ineficientes, porque foram usados de forma errônea ou eventual ou, em última instância, não foram usados. A divisão desta responsabilidade ainda permanece nas suas fantasias de idealização: as mulheres se queixam dos efeitos colaterais das pílulas e elas se recusam a usar preservativos. Na prática do aborto a realidade está mais próxima. Mesmo relatando que os parceiros sugeriram, exigiram ou aceitaram, afirmaram que a decisão foi delas e que só abortaram porque assim o desejaram.

O uso de medidas pouco eficientes, o uso errôneo, o não uso de anticoncepcionais nos levam a pensar que, nestas mulheres, o senso de onipotência é tão

forte, que o fato de acreditarem que não vão conceber é suficiente para a gravidez não acontecer. Esta fantasia onipotente faz a mulher se sentir poderosa, porque reside aí a grande diferença entre ela e o homem e ele a inveja, pela sua capacidade de criar outro ser humano à sua semelhança. A onipotência faz a mulher se sentir poderosa, tanto nos impulsos amorosos quanto destrutivos e, portanto, se ela concebeu, ela pode destruir.

De um lado, analisamos a conquista ou tentativa de conquista, das mulheres, de poderem julgar o que é melhor para si mesmas e, de outro, vemos outras com medo de usufruir de seus direitos ao prazer sexual, porque vivem numa sociedade que estabeleceu que sexo, antes do casamento, é pecaminoso. Este medo as impediu de usarem contraceptivo, porque os hormônios contidos na medicação transformariam seus corpos e este fenômeno tornaria evidente o pecado sexual.

Nos dois casos, a figura materna foi percebida como a figura persecutória e foi nas mães que elas projetaram seus temores de serem castigadas, por estarem cometendo atos pecaminosos. Este modelo de moralidade é seguido pela mãe e aceito pela jovem, mas esta aceitação gera conflitos e sentimentos ambivalentes: ela quer e não quer viver a sexualidade plena. O mecanismo utilizado para negar seu desejo é projetá-lo no parceiro e não usar contraceptivos porque, se usá-los, ficarão formalizados seus anseios sexuais.

O vínculo amoroso estável é um fator muito importante para o equilíbrio psíquico. Gomes (1987), na conclusão de seu trabalho, enfatizou a crise conjugal como uma das facilitadoras da prática do aborto. Neste estudo que apresentamos aqui, a estabilidade da relação afetiva foi uma das grandes diferenças entre os dois grupos.

O vínculo conjugal do grupo de gestantes apresentou um grau de estabilidade superior às mulheres do grupo A. O tipo de união das gestantes era bem definida: casamento legalizado, união livre com tempo de duração de anos e namoro prolongado.

No Grupo A , as relações conjugais eram menos definidas, variando num contínuo, que ia de relacionamento fortuito à união livre de longa duração .

Vimos anteriormente que muitas pesquisas tem sido feitas a respeito do papel do parceiro na decisão e nas seqüelas psicológicas do aborto. Estes estudos têm revelado que, quando a relação afetiva é sentida como algo gratificante, e a mulher pode contar com o apoio do companheiro na interrupção da gravidez, os danos psicológicos são menores. Esta estabilidade conjugal depende da escolha do parceiro. A mulher que escolhe um bom parceiro é aquela que resolveu seus conflitos com os pais e, através do relacionamento amoroso saudável, consegue reparar os danos causados pelo ódio e inveja das figuras parentais.

Aproximadamente, metade das mulheres que praticaram o aborto pareciam bastante insatisfeitas com o relacionamento afetivo e, mesmo aquelas que disseram que não romperiam o vínculo, alegaram que era porque a relação valia a pena .

Além de mecanismos inconscientes que levam a mulher a interromper uma gravidez indesejada , existem aqueles que fazem parte de seu mundo externo. Esta decisão é extremamente dolorosa e demanda tempo mas, tempo é coisa que a mulher que vai abortar não tem. Ela tem pressa, muita pressa. Talvez seja por isso que este grupo reconheceu mais rapidamente os sintomas da gravidez do que o das gestantes. Este dado vem confirmar a onipotência como um mecanismo bastante atento porque, a cada semana, o feto cresce , se humaniza e pode se defender dos ataques dela.

Algumas mulheres interromperam tardiamente a gestação e usaram o não reconhecimento da gravidez para negar a realidade psíquica, que é o conflito entre as pulsões de vida e de morte que acompanham o aborto ( *"Eu tinha muito é estômago alto, só isso, mas barriga ..."* ).

Os dois grupos pertenciam a níveis socioeconômicos e culturais semelhantes e, portanto viviam dificuldades bastante parecidas, relacionadas a empregos, salários e número de filhos . Para as mulheres que optaram pelo aborto, estes foram os motivos alegados para interromper a gestação. Este fato nos leva a pensar que estes possam ser projeções de conflitos intrapsíquicos mais graves.

Os relatos incoerentes das mulheres que abortaram nos indicam a ansiedade presente no momento da entrevista e a negação como defesa. Elas disseram que conheciam todas ou quase todas as conseqüências do aborto, mas também que, se soubessem que iam sentir o que sentiram, não teriam feito. Inconscientemente, a mulher acredita que não será punida e que seu comportamento ficará restrito àqueles que escolheu para partilhar suas incertezas; mas, as conseqüências físicas imediatas do aborto delatam seu ato e ela reage com surpresa. Talvez, neste momento de total desamparo , quando revela seu lado destruidor, além da culpa, esteja a vergonha pelos danos causados ao feto.

As respostas conflitantes que apareceram nas entrevistas das mulheres do Grupo A parecem revelar os conflitos existentes dentro delas: querem dividir com o parceiro a culpa e a dor da perda mas ,têm dúvidas a respeito deste acolhimento, porque eles não a impediram de cometer um ato do qual estão arrependidas.

Estas dúvidas que aparecem nas respostas confusas podem ser confirmadas, quando vemos que quase todas elas, se fossem homens, fariam diferente do que os parceiros fizeram.

O ser mãe para o grupo de gestantes é uma função inteiramente idealizada onde preocupações não existem. Acreditando que muitas mulheres se sentem em “estado de graça “quando estão grávidas e por isso perdem um pouco a noção da realidade, suas respostas não surpreendem. Acredito que esta idealização seja importante para o

ajustamento da mulher que está grávida porque, junto com a gratificação da gravidez desejada, existe o desconforto físico, a distorção da própria imagem, o medo do parto e a angústia da espera do bebê.

Elas esperam dos companheiros comportamentos paternos semelhantes aos seus, isto é, dentro de suas expectativas, está a figura de pai, também idealizado, possivelmente para ajudá-la a restaurar (ou conservar) dentro de si o pai bom .

As respostas das participantes do Grupo A relacionadas ao aborto revelaram uma gama extensa de sentimentos negativos, porque a experiência do aborto é sempre uma vivência do luto.

## 7. RESULTADOS - Parte III

## Análise Quantitativa dos Resultados do Locus of Control dos Grupos A e G

## 7.1 Locus of Control do Grupo A

A Tabela 66 apresenta o escore bruto de cada item das três subescalas do *Locus of Control* do Grupo A e o total deste escore.

TABELA 66

Escore bruto dos itens das subescalas (I, A e OP) dos sujeitos do Grupo A (N=13)

ITEM (I)	ESCORE BRUTO	ITEM (A)	ESCORE BRUTO	ITEM (OP)	ESCORE BRUTO
1	12	2	13	3	8
4	10	6	10	8	9
5	9	7	8	11	6
9	12	10	11	13	9
18	6	12	7	15	10
19	11	14	12	17	6
21	13	16	10	20	12
23	11	24	9	22	10
T = 84		T = 80		T = 70	

Os resultados apresentados na Tabela 66 indicam que não há diferenças significativas nos escores brutos das subescalas I e A do Grupo A.

A Tabela 67 apresenta as medianas obtidas pelo Grupo A em cada fator da Escala de *Locus of Control* de Levenson (Interno (I), Azar (A) e Outros Poderosos (OP) e a mediana do escore de Internalidade (IT)

TABELA 67

Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT do Grupo A (N=13)

I	A	OP	IT
7	7	6	0,5

Os resultados apresentados na Tabela 67 indicam que não houve diferença significativa nos escores das três subescalas. Estes dados nos permitem dizer que não há preponderância de nenhuma destas subescalas .

Considerando que a pontuação máxima em cada fator é 8 tanto quanto em IT , o Grupo A apresentou baixo coeficiente de internalidade.

## 7.2 Locus of Control do Grupo G

A Tabela 68 apresenta os escores brutos dos itens de cada subescala ( I , A e OP ) das participantes do Grupo G.

TABELA 68

Escore bruto dos itens das subescalas ( I , A e OP ) dos sujeitos do Grupo G (N=13)

ITEM ( I )	ESCORE BRUTO	ITEM ( A )	ESCORE BRUTO	ITEM ( OP )	ESCORE BRUTO
1	10	2	11	3	2
4	10	6	3	8	3
5	7	7	10	11	2
9	10	10	8	13	4
18	9	12	4	15	9
19	12	14	12	17	4
21	13	16	11	20	9
23	12	24	7	22	6
	T = 83		T = 66		T = 39

Os dados apresentados na Tabela 68 sugerem que há diferenças entre os escores brutos das três subescalas . Estes resultados indicam que as participantes tinham a crença de que podiam controlar os acontecimentos de sua vida ( I = 83 ).

A Tabela 69 apresenta as medianas do Grupo G nas três subescalas ( I , A e OP ) da Escala de *Locus of Control* de Levenson e a mediana do escore da Internalidade .

TABELA 69

Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT do Grupo G ( N = 13 )

I	A	OP	IT
7	5	3	3

Os resultados apresentados na Tabela 69 sugerem que houve diferença significativa nas medianas das subescalas I, A e OP, sendo que o fator Interno obteve a maior mediana, o que sugere que as participantes deste grupo acreditavam no controle que poderiam exercer sobre os eventos de sua vida. A mediana de Internalidade confirma este resultado.

### 7.3 Comparação entre o Grupo A e Grupo G nas dimensões do *Locus of Control*

A Tabela 70 apresenta as medianas das subescalas I, A e OP e de IT dos dois grupos.

TABELA 70

Medianas das subescalas I, A e OP e do escore IT dos dois grupos

Subescala Grupos	INTERNO ( I )	AZAR ( A )	OUTROS PODEROSOS ( OP )	IT
Grupo A	7	7	6	0,5
Grupo G	7	5	3	3

A Tabela 70 mostra as medianas das três subescalas e do índice de internalidade dos dois grupos. Estes resultados sugerem haver diferenças entre os grupos nos fatores de Externalidade ( Azar e Outros Poderosos ) e também no índice de Internalidade.

Para verificarmos se haviam diferenças no *Locus of Control*, em todas as três dimensões, entre os grupos, aplicamos a Prova *U* de Mann-Whitney (Siegel, 1975) cujos resultados são apresentados na tabela 71.

TABELA 71

Valor observado de *U* para as subescalas I, A, OP e IT

I	A	OP	IT
73,5	53,5	41	52,5

Para o cálculo de *U*, foi utilizada a Tábua K ( amostras superiores a 8 ) com valores críticos de *U* para nível de significância de 0,05 para prova bilateral.

Assim, considerando o valor crítico de  $U$  igual a 45 ( $\alpha = 0,05$ ), podemos afirmar, conforme Tabela 71, que não há diferenças significantes entre os dois grupos nas subescalas I, A e no escore IT mas que há diferenças significantes entre eles na subescala OP (Controle Externo Outros Poderosos).

## 8. Resultados – Parte IV

### Análises Qualitativas das Entrevistas e dos Resultados no *Locus of Control*

#### 8.1 Entrevista e *Locus of Control* do Grupo A

A análise qualitativa do *Locus of Control* do Grupo A revelou que as afirmativas que obtiveram o maior número de respostas concordantes foram as de n.º 2 e n.º 21. A primeira afirmativa se refere ao fator Azar e todas as participantes deste grupo concordaram que “a vida delas é determinada por acontecimentos inesperados”.

Foi possível relacionar esta afirmação com a interpretação que as participantes fizeram da gravidez. Esta foi considerada como um acontecimento surpreendente e inesperado em suas vidas (“*acho incrível ter engravidado porque não estava nos dias férteis, na minha conta*”, “*Sei lá como fiquei grávida. Não era para ficar porque a gravidez tão recente foi cesárea...*”), o que significa que a fonte de controle deste evento foi creditada a uma força externa a elas.

A afirmativa de n.º 21 se refere ao Controle Interno (“Quando eu consigo o que quero, freqüentemente, é porque eu me esforcei muito”) e foi dada como correta por todas as mulheres. Tal resultado sugere que, apesar de algumas coisas acontecerem em suas vidas sem que elas esperassem por isso (a gravidez), quando desejam algo e conseguem, o crédito é delas (o aborto). Este tipo de posicionamento se confirmou quando foi questionada, na entrevista, a responsabilidade do aborto:

*“É a mulher, é ela quem faz, é ela quem sabe se quer ou não.*

*Ninguém ..., a menos que o marido force, mas a pessoa faz*

*se quiser”.*

A confirmação destes dados aparece com clareza nas tabelas 28 e 32, que apresentam as pessoas indicadas como responsáveis pela gravidez e pelo aborto.

As afirmativas de n.º 1 e n.º 9 também fazem referência ao Controle Interno e foram avaliadas como corretas por doze mulheres do grupo. A afirmativa n.º 1 fala da liderança como algo que se conquista pela competência e a afirmativa n.º 9 se refere à possibilidade de ter amigos através de comportamentos sociais adequados ( ser agradável).

Como o *Locus of Control* mede a percepção que a pessoa tem da fonte de controle sobre as coisas que acontecem em sua vida, e não sobre o controle real e objetivo, e, como não houve, na entrevista, qualquer pergunta que mencionasse a questão da liderança, este dado não pode ser relacionado aqui.

No entanto, nos depoimentos espontâneos, aqueles que as mulheres fizeram além das respostas formuladas pela entrevistadora, pudemos perceber que a amizade e companheirismo estão bastante presentes na vida delas.

As tabelas 22 e 26 que indicam com quem a participante discutiu e quem soube do aborto, nos mostram que as amigas partilharam esta experiência com elas , quer orientando, quer falando sobre conseqüências, quer acompanhando ao hospital.

A afirmativa n.º14 também foi aceita por doze das entrevistadas. Esta se refere ao item Azar da escala do *Locus of Control* e fala que planos não devem ser feitos com muita antecedência, porque muitas coisas acontecem por sorte ou azar.

“*Se depender de mim não faço mais aborto* “ e “*Depende do que acontecer daqui para frente .....(referindo-se ao futuro da relação com o namorado)*” são depoimentos de duas mulheres, que pode ilustrar como percebem seu futuro com algumas incertezas , podendo depender do destino, da sorte ou do azar..

A afirmativa n.º 20 diz: “*Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel depende muito do outro motorista*“ e faz menção ao controle exercido por pessoas poderosas (OP). Na Escala de Levenson, há três orações relacionadas a acidente de

carro, sendo que cada uma subentende uma fonte de controle ( I , A e OP). O item n.º4, que versa sobre este tema, sugere o controle interno e foi aceito por dez mulheres . O que parece contradição, que é crer no controle interno e externo para o mesmo evento, deixa de sê-lo quando analisamos a realidade brasileira. Sofrer um acidente de automóvel depende, não só de cada um, mas também do outro motorista; portanto, estas respostas deixam de ser contraditórias. O item n.º 12 coloca o acidente de carro controlado pela sorte e foi aceito por sete entrevistadas.

Os itens de menor pontuação, ou seja, que foram aceitos por menos da metade do grupo ( seis mulheres) foram: a) item n.º 11, que sugere que a vida é controlada por pessoas poderosas e b) item n.º 17 , que afirma que, se pessoas importantes não gostarem de nós , não conseguiremos ter muitos amigos.

Segundo Dela Coleta (1987), o fato de uma pessoa responder positivamente a um item deve ser interpretado como que ela acredita na fonte de controle sugerida pelo item mas, não deve ser interpretado que a mesma crê, necessariamente, na fonte oposta correspondente.

Para a maioria deste grupo, podemos fazer esta interpretação a respeito da amizade . O item n.º 9 deposita no próprio sujeito o controle sobre ter muitos ou poucos amigos e o item n.º 17 sugere pessoas poderosas como os indicadores para termos muitos amigos. Com exceção de uma participante ( discordou dos dois itens) , todas as mulheres que discordaram do controle de pessoas poderosas , concordaram com o controle interno.

O item n.º 11 indica que a vida é controlada, principalmente, por pessoas poderosas. Seis entrevistadas concordaram com esta afirmação. Ao analisarmos o que estas mulheres tinham em comum, verificamos que o relacionamento com o pai da criança era bastante frágil e a participação deles no processo de decisão do aborto foi

bastante controversa. Três deles não souberam do aborto, um o exigiu, um outro o aceitou e o outro o sugeriu .

Como ainda vivemos numa sociedade que discute o que a mulher deve ou não fazer com seu corpo, acreditar que outras pessoas comandem o que ela deve fazer não nos surpreende. Parece que estas mulheres , na questão do aborto, se sentem na dependência do parceiro e, ou o obedecem, ou escondem deles suas decisões , pensando que, assim, têm controle e autonomia .

O item de n.º 18 também obteve seis concordâncias. O controle sugerido neste item é o Interno e a afirmativa diz que a pessoa pode , quase sempre, determinar o que vai lhe acontecer na vida. Este item se opõe ao item n.º 11 e oito mulheres demonstraram coerência ao responder a eles : as que concordaram com o poder dos outros discordaram da possibilidade de terem controle sobre suas vidas.

Esta concordância revela uma certa lucidez em relação ao mundo à sua volta, mesmo num momento de pesar, arrependimento e culpa. Ao investigarmos quais características existiriam em comum no grupo coerente e no incoerente, não pudemos achar qualquer variável que se repetisse.

Os resultados das medianas do Grupo A (ver tabela 67 ) nos levam a crer que não houve preponderância em nenhuma das três subescalas ( I, A e OP) mas, ao submetermos estes resultados à fórmula que calcula a internalidade, foi possível notar que IT confirma a não preponderância.

Acreditando que as pessoas não se posicionam rigidamente em relação à fonte de controle de suas vidas e, ora percebem a si mesmas como fonte controladora, ora crêem no poder das pessoas que julgam importantes e, ora elegem a sorte , o destino , o azar como agentes controladores, entendo que este grupo de mulheres, naquelas

circunstâncias nas quais se encontravam, pareciam acreditar que os acontecimentos de suas vidas não estavam sob seu controle.

## 8.2 Entrevista e *Locus of Control* do Grupo G

A análise qualitativa do *Locus of Control* do Grupo G revelou que a afirmativa aceita por todas as mulheres foi a de n.º 21, que é referente ao Fator Interno da escala e, sugere que quando conseguimos o que almejamos, é porque nos esforçamos muito. As gestantes deste grupo, conforme as respostas, acreditam que o sucesso nos seus empreendimentos depende de si mesmas.

Retornando às entrevistas e fazendo um paralelo entre estes dois instrumentos de medida, podemos perceber que, quando questionadas a respeito da responsabilidade da gravidez e do aborto, as mulheres afirmaram que o controle sobre uma e outra era tarefa delas.

As afirmativas de n.º 14 (Azar), n.º 19 (Interno) e n.º 23 (Interno) foram aceitas por doze participantes do grupo. Estes resultados revelam que elas também acreditam que o azar e/ou a sorte controlam os acontecimentos a ponto de afirmarem que não é desejável fazer planos a longo prazo, porque eles podem não ser realizados.

Independente da crença religiosa, não é incomum na população brasileira este tipo de pensamento: “O futuro a Deus pertence”; “Deus é quem sabe”, significando que a pessoa não tem controle sobre seu futuro.

As afirmativas de números 19 e 23 se referem ao controle interno: “Frequentemente eu sou capaz de proteger meus interesses pessoais” e “minha vida é determinada por minhas próprias ações” e foi aceita por doze mulheres.

Considerando que estas mulheres ficaram grávidas no momento em que desejaram e, para que isto acontecesse, interromperam o uso de medidas contraceptivas, este resultado não é surpreendente. Estas mulheres realmente pareciam saber se defender e controlar o rumo de suas vidas. A única participante que discordou das duas afirmativas de controle interno, e concordou com a afirmativa n.º 14 (Azar), foi a que

nos pareceu mais insatisfeita com a vida atual e expressou muita raiva do parceiro, que não colabora no controle da natalidade ( 4º filho dela e 7º filho dele).

As afirmativas mais rejeitadas foram as de n.º 3 e de n.º 11 e ambas sugerem que quem determina os acontecimentos em nossas vidas são as pessoas importantes (poderosas).

Rejeitar as duas afirmativas que são muito semelhantes dá a este grupo um *status* de bastante coerência . Uma das mulheres que concordou com a primeira afirmativa também concordou com a segunda e, comparando seus resultados no *Locus of Control* com os dados de entrevista, também podemos notar que a gravidez que ela vivencia e a vida conjugal insatisfatória , são frutos da falta de colaboração do marido no controle de natalidade; portanto, neste momento, sua vida estava realmente sendo determinada por pessoas poderosas ( o marido).

Dez participantes do grupo rejeitaram as afirmativas de n.º 6 (Azar) e de n.º 8 (OP). As duas se referem ao controle externo e a primeira diz que é difícil proteger os interesses pessoais da influência do azar ; a segunda sugere que, apesar da capacidade , só conseguiremos uma posição importante se pedirmos ajuda a pessoas de prestígio. A gestante citada no parágrafo anterior parece ter seguido caminhos opostos ao grupo nas afirmativas de n.º 3, 11 e 6 . Ela concordou com uma de que o grupo discordou ( 6 ) e discordou com aquelas com que o restante do grupo concordou ( 3 e 11 ) .

Considerando-as como grupo, podemos notar que as gestantes deste estudo acreditavam, naquele momento, que os acontecimentos de suas vidas podiam ser controlados por elas mesmas e se comportavam conforme suas crenças.

As medianas do grupo G apresentaram diferenças significantes nos três fatores da escala ( ver tabela 69 ), favorecendo a subescala do Fator Interno e o resultado da

variável Internalidade sugere que as mulheres deste grupo tinham um índice mais alto do que as mulheres do Grupo A.

... os dados... resultados... grupo... (OPI)

... resultados... grupo... (OPI)

... resultados... grupo... (OPI)

### 8.3 Comparação entre as Entrevistas e o *Locus of Control* dos Grupos A e G

Todas as mulheres entrevistadas acreditavam, segundo os resultados encontrados na Escala de *Locus of Control* de Levenson, que exerciam poder sobre os fatos de suas vidas. A única diferença significativa entre os dois grupos ( segundo a prova *U* de Mann-Whitney ) foi na dimensão Controle Externo Outros Poderosos (OP) na qual o Grupo A apresentou resultado superior ao Grupo G.

Apesar desta crença, a maioria das mulheres dos dois grupos ( 92,3%) concordou com a afirmativa que a vida delas é, em grande parte, determinada por acontecimentos inesperados ( subescala A). Também pertencente à esta mesma subescala , a questão de n.º 16 , foi confirmada por 80,76% das mulheres e dizia que tornar-se líder era uma questão de sorte.

A afirmativa que propõe que ter amigos depende de quanto a pessoa é agradável ( controle interno) foi aceita por 84,61% das entrevistadas. A amizade , para os dois grupos , pareceu ser um fator de muita importância porque foram as amigas que souberam da gravidez dos dois grupos e, para o grupo A , foram elas que apoiaram a decisão do aborto e em, alguns casos, acompanharam as mulheres ao hospital.

As mulheres entrevistadas dos dois grupos (88,46%) afirmaram acreditar que eram capazes de proteger seus interesses pessoais . No entanto, em outra questão semelhante a esta , da subescala A (Azar), as gestantes mantiveram a crença no controle interno mas as mulheres do Grupo A deram respostas que contradisseram a escolha anterior. É importante apontar que , na questão da reprodução, as mulheres do Grupo A não conseguiram defender seus interesses , engravidando quando não desejavam e não exigindo de seus parceiros o uso de medidas anticoncepcionais .

Todas as mulheres afirmaram concordar que quando conseguem o que querem é porque se esforçaram muito. Esta afirmativa confirma a qualidade de vida das

mulheres entrevistadas, principalmente no tocante as dificuldades financeiras, de moradia e de relacionamento afetivo.

Fazer planos com muita antecedência não é muito desejável, segundo 92,30% das participantes deste estudo, porque muitas coisas acontecem por uma questão de sorte ou azar. O fato de não usarem medidas preventivas de controle de natalidade, confirmam a escolha desta afirmativa da subescala A (Azar) pelo Grupo A e também a crença bastante difundida na nossa sociedade que não é necessário nos preocuparmos muito com o futuro porque ele acontecerá, muitas vezes, sem qualquer interferência nossa. Este tipo de pensamento revela que a sociedade atual apresenta características bastante depressivas e de desesperança.

Em quatro das oito questões da subescala OP (n.º 3, 8, 13 e 22) houve diferenças no número de mulheres que respondeu afirmativamente, confirmando a diferença entre os grupos, resultado encontrado na Prova *U* de Mann-Whitney. As mulheres do Grupo A demonstraram que sentem que pessoas mais poderosas que elas podem controlar muitos acontecimentos de suas vidas. Relacionando estes dados com os relatos das entrevistadas, pode-se notar que, muitas delas justificaram a gravidez aos parceiros (supostamente mais poderosos que elas) e também o aborto porque, segundo disseram, se fossem homens assumiriam os filhos e não permitiriam a interrupção da gravidez.

## 9. DISCUSSÃO

Conforme os resultados da Escala de *Locus of Control* (score bruto) do Grupo A, não houve preponderância de nenhuma subescala, significando que estas mulheres se posicionam diante da vida de forma a acreditar que o que acontece com elas depende de si, de pessoas poderosas e também da sorte, do destino ou do azar. Este resultado revela uma certa ambivalência na percepção da fonte controladora dos acontecimentos de sua vida.

O grupo de gestantes, no entanto, apresentou resultados superiores na subescala de controle interno em comparação com as subescalas de controle externo (A e OP); tais resultados indicam que estas mulheres se posicionam diante da vida acreditando que são elas que controlam o que acontece.

Quando os resultados dos dois grupos foram submetidos à Prova *U* de Mann-Whitney estas diferenças desapareceram, com exceção da subescala Externos Outros Poderosos (OP), sugerindo que, apesar dos dois grupos se assemelharem no controle interno, o grupo das mulheres que abortaram é bastante susceptível ao controle externo exercido por pessoas importantes. Estes dados reafirmam a instabilidade de suas crenças e uma briga interna de poder.

Esta briga interna aparece nitidamente quando elas se sentem surpreendidas pela gestação, como se o fato de não terem intenção de engravidar ou não a terem planejado fosse o suficiente para que não acontecesse. As mulheres do Grupo A não usavam anticoncepcionais ou eles eram usados de maneira incorreta. Algumas alegaram que a gravidez aconteceu por fracasso do método, numa tentativa de colocar fora de si a responsabilidade da gravidez indesejada; mas sabemos que a falha de contraceptivos eficazes (pílulas, por exemplo) é mais teórica do que real.

Na questão do controle de natalidade, a diferença entre os dois grupos é acentuada. Também o grupo de gestantes conhecia perfeitamente os métodos anticoncepcionais e eles foram usados nos períodos anteriores à gravidez e abandonados quando a gestação foi desejada, demonstrando que se percebiam como responsáveis pelos rumos de suas vidas.

O controle interno que os dois grupos apresentaram foram utilizados de formas bastante diferentes. Enquanto o Grupo G desejou ter filhos e, para tê-los, cessou o uso de anticoncepcionais, o Grupo A relatou não desejá-los, mas se comportou de forma a facilitar a concepção. As atitudes das mulheres deste últimos grupo deixam transparecer um desejo inconsciente de engravidar e negação desta realidade, através da projeção da responsabilidade da gestação nos outros que detêm o poder ( maridos, indústria farmacêutica ).

Junto a esta ambivalência de crenças e pensamentos, podemos perceber também o senso de onipotência que acompanha a falta de controle cuidadoso de natalidade (ou o já citado pensamento mágico).

Este estado contraditório não se refere só a pensamentos e sentimentos, mas também à ambivalência de sentimentos, descrita por Langer ( 1986) e considerada como um fenômeno normal na gestação ,na qual a gestante se divide entre a aceitação e rejeição pela maternidade, mesmo quando esta é desejada.

Este mesmo conflito de sentimentos foi apresentado por Aray (1968), no estudo sobre o luto do aborto e confirmado nas mulheres pesquisadas.

Durante a gestação a mulher se encontra num período de regressão temporária , característico da posição esquizo-paranóide , na qual os objetos estão cindidos, ou seja, são considerados bons (protetores do ego), ou ruins ( destruidores ) e, segundo Simon (1986 , p. 89) , “os bons objetos são amados pelo ego e os maus , odiados”.

A posição esquizo-paranóide é considerada como uma etapa normal do desenvolvimento e, nesta etapa, o ego se encontra bastante fragilizado por causa de suas fantasias persecutórias. O objeto odiado, por projeção, torna-se aniquilador do ego.

A ansiedade persecutória, decorrente deste estado, poderá ser mitigada se o amor em relação ao objeto for maior que os impulsos destrutivos. Assim o ego pode integrar os sentimentos para com o objeto e, este mecanismo dar origem a necessidade de reparação.

Segundo Klein (1952), os mecanismos de defesa utilizados nesta etapa são: onipotência, negação, cisão, idealização e controle sobre os objetos internos e externos.

A ambivalência de sentimentos em relação ao mesmo objeto foi comum aos dois grupos em estudo mas, a resolução deste conflito foi bastante diferente.

Como a capacidade de suportar a ansiedade é um fator constitucional (Klein, 1932) é esperado que as pessoas lidem a angústia de maneira peculiar e que progridam em direção à integração do ego em tempos diferentes.

As mulheres que mantiveram a gravidez, além do fato dela ser desejada (realidade externa), possivelmente o fizeram porque tinham maior capacidade de dominar e controlar seus impulsos hostis.

A ambivalência favoreceu o aparecimento da ansiedade depressiva, que é um importante sinal de maturidade psíquica, com a qual a mulher dominou seus impulsos destrutivos e deu lugar a tentativas de reparação dos objetos danificados. Atingir este estado sem grandes prejuízos psicológicos depende da estrutura do ego do indivíduo, decorrente de sua história de relacionamento com os primeiros objetos de amor, que são os pais. Os dados que nos fazem acreditar na força do ego das mulheres deste grupo foi a quase ausência de queixas psicossomáticas, a escolha de um parceiro com

capacidade de amar, os depoimentos feitos com serenidade , a manifestação de alegria pela gravidez, os planos de futuro traçados sem idealizações que pudessem prejudicar sua realização e a segurança do seu *self*.

O apoio do companheiro, da família e dos amigos na gravidez ajudaram estas mulheres a diminuírem o temor que o filho se transformasse em um objeto vingativo em represália aos seus impulsos destrutivos, e permitiu que elas usassem toda sua capacidade de amar.

No Grupo A , além dos sentimentos ambivalentes em relação ao feto, pudemos notar uma certa onipotência que se revelou , num primeiro momento, na escolha do método abortivo. A escolha de chás como forma de induzir o aborto revelou, tanto a ambivalência, como a onipotência, porque, como não são abortivos ,qualquer resultado desta ingestão manteria este segundo mecanismo fortalecido para defender o ego dos possíveis ataques do objeto clivado.

Bem, se chás de ervas não provocam abortos, qual a força que os induziu ?

O número de manifestações psicossomáticas ( alergias respiratórias, hipertensão arterial, gastrite, problemas de coluna) encontrado neste estudo nos sugere que, se elas produziram sintomas físicos que expressavam seus conflitos emocionais, é possível que tenham conseguido induzir o aborto com a maximização de seus impulsos destrutivos que , por sua vez, provocaram transformações hormonais que induziram a expulsão do feto.

Saber das conseqüências da interrupção voluntária da gravidez não as impediu de concretizá-la, possivelmente também por causa da onipotência e da necessidade de triunfar sobre o objeto que elas julgavam perseguidores. Este desejo de triunfar sobre o objeto prejudica a reparação e a possibilidade de recriar um mundo interno sadio.

A onipotência , segundo Klein (1940) , está intimamente ligada aos impulsos sádicos e não acreditar na sua capacidade de reparar os objetos danificados, pode levar à onipotência maníaca, que se revela através de atos obsessivos, como o discurso repetitivo encontrado em cinco mulheres deste grupo.

Esta onipotência possibilita o aparecimento da idealização que acalma o ego do medo dos objetos internos persecutórios. Mas, a situação na qual a mulher se encontra circunstancialmente, não permite que a realidade externa confirme a existência dos objetos idealizados. Então, ela usa a negação da dor, da frustração (também biológica em função da ruptura no desenvolvimento fetal) e da realidade psíquica de que este feto era importante. Esta depreciação é percebida quando, através do depoimento, a mulher o substitui logo após o aborto ( *“terei outros filhos mais tarde”* ).

Creio que a mulher , no período anterior ao aborto , quando sente-se dividida entre o desejo de aniquilar o objeto que lhe causa transtornos e o de mantê-lo porque é também amado, se encontra na posição esquizo-paranóide .

Ao ampliar suas fontes de prazer , de interesse e de envolvimento com o mundo externo, o bebê atinge a posição depressiva, estágio mais amadurecido de desenvolvimento. A mulher, após o aborto, tende a resgatar o estágio anterior de vida no qual haviam conflitos, mas , possivelmente menos angustiantes do que um filho gerado no momento impróprio, numa relação desarmoniosa.

Neste estágio, chamado de posição depressiva, há uma maior integração do ego e, os objeto amados e odiados sofrem um processo de síntese e a ambivalência agora existe em relação a um objeto total. Surge, então, a ansiedade depressiva e para que esta seja neutralizada, métodos onipotentes como a negação e idealização são utilizados (Klein, 1952).

No luto do aborto, a negação é um dos mais utilizados. Ela apareceu nos depoimentos desde do reconhecimento da gravidez até a percepção do feto como um ser humano ( algumas mulheres pensavam que era atraso menstrual e não gravidez).

Disseram também que não sabiam como o aborto acontecia. Ou as informações recebidas estavam bem longe da realidade ou, o mecanismo da negação se apresenta com toda sua força, porque é difícil acreditar que uma mulher que procura informação a respeito do método abortivo, onde comprar o remédio e o custo do mesmo, não obtenha as informações da vivência do mesmo. As entrevistadas relataram que as dores, a hemorragia, o feto não totalmente expulso ou totalmente formado eram fatos que elas desconheciam e algumas disseram que, se soubessem, não teriam interrompido a gravidez.

Negar o conhecimento desta experiência parece ser um mecanismo de defesa bastante produtivo porque permite que a ansiedade persecutória se esvaneça e ceda lugar à culpa e, posteriormente, à reparação.

O luto do aborto é especialmente difícil porque a perda é voluntária e a realidade externa ( a visão da fragilidade do feto morto) não confirma a fantasia inconsciente de que este objeto era ameaçador. A fantasia inconsciente dizia que este feto era uma ameaça à estabilidade financeira, ao equilíbrio conjugal, aos planos de futuro e à sobrevivência dos outros filhos; mas o aborto não só a desconfirma, como também aumenta o sentimento de culpa.

Para que este luto possa ser elaborado, é necessário que a ambivalência diminua e que haja maior integração (unificação) entre os maus e bons objetos e, em decorrência, uma melhor adaptação ao mundo externo, através da minimização da onipotência maníaca e da tendência obsessiva de reparação.

Espera-se que este processo não seja sabotado com a reversão dos sentimentos maus , anteriormente dirigidos ao feto, para si mesma e que a negação ceda lugar a sentimentos reais de pesar e, desta forma, o mundo interno possa ser reconstruído.

Para que a reparação possa atingir seu intento, é preciso que a mulher que optou pelo aborto admita que causou danos; e isto pode ser conseguido pelas provas sucessivas de realidade na vivência do aborto.

O sucesso na renovação dos vínculos com o mundo externo e a reconstrução do mundo interno (objetivos finais da elaboração do luto) dependem destas mulheres terem, na infância, estabelecido objetos bons internos , de se sentirem em segurança em seu mundo interno, como também por intermédio de relações afetivas saudáveis com filhos, companheiro e família.

## 10. CONCLUSÃO

No término deste trabalho, algumas considerações devem ser feitas. Uma delas se refere às dificuldades de se pesquisar um tema não só juridicamente ilegal, mas, principalmente, moralmente ilegal.

Estas dificuldades prejudicam não só a coleta de dados, mas também a análise dos mesmos, porque há poucas pesquisas disponíveis sobre a mulher brasileira que aborta que possam subsidiar a interpretação dos dados.

O primeiro objetivo deste estudo foi verificar como as mulheres que praticaram o aborto se apresentavam, nas medidas do *Locus of Control* e, pelos resultados obtidos, concluímos que elas acreditavam que podiam controlar os acontecimentos de sua vida, como também consideravam as pessoas importantes ou poderosas como fonte de controle .

O segundo objetivo deste estudo foi verificar como o grupo de gestantes se apresentava nas mesmas medidas da escala e os resultados parecem indicar que elas estavam seguras na crença de que podiam controlar os eventos de sua vida .

A comparação entre os dois grupos foi o terceiro objetivo e concluímos que as mulheres que mantiveram a gravidez e as mulheres que decidiram pelo aborto não são diferentes, na crença da fonte interna de controle dos acontecimentos da vida.

A única diferença encontrada nos dois grupos foi que as mulheres que interromperam a gestação também responderam afirmativamente ao controle externo.

Se considerarmos a imprensa e os postos de saúde como pessoas importantes para estas mulheres, é possível que programas de orientação de controle de natalidade sistemáticos pudessem ajudar a diminuir o índice de gestações indesejadas e posterior aborto.

O objetivo seguinte foi relacionar os dados das entrevistas dos grupos com os resultados obtidos pela Escala de *Locus of Control*. O cruzamento destes dados nos fez perceber que os dois grupos usaram sua fonte interna de controle para finalidades diferentes. O grupo de gestantes controlou sua vida reprodutiva usando métodos anticoncepcionais eficazes e engravidou quando achou conveniente, ou aceitou engravidar quando o parceiro quis. Além de controlar a concepção, as gestantes controlavam o desenvolvimento da gestação cuidadosamente, freqüentando postos de saúde para acompanhamento pré natal.

As mulheres que decidiram abortar acreditavam que podiam controlar a natalidade somente com seu controle interno (fantasia onipotente) e abdicaram do uso de contraceptivos (controle externo). Ao perceberem que esta estratégia não funcionou e que não conseguiram dominar as funções do próprio corpo, escolheram abortar e, assim, recuperar o senso de dominação e controle.

As diferenças encontradas, em termos de manifestações emocionais apresentadas pelas mulheres do Grupo A, no momento da entrevista, nos pareceram mais circunstanciais do que estruturais. Não podemos esquecer a situação na qual elas se encontravam: tinham acabado de vivenciar uma perda provocada por elas mesmas e estavam totalmente sós na dor que acompanha este pesar.

Acreditamos que estes momentos solitários devam colaborar com a elaboração do luto, porque propiciam a possibilidade de introspecção, mas não podemos deixar de apontar o quanto eles são dolorosos.

Não defendemos a idéia de que as mulheres que provocaram o aborto sofriam de danos psíquicos mais profundos do que as mulheres que não abortaram, mas acreditamos que existiam dificuldades na área afetivo-relacional que as induziram a

procurarem parceiros sexuais que não tinham condições de partilhar com elas a criação de filhos.

Tanto a maternidade quanto o aborto são situações extremamente conflitivas para a mulher. Na maternidade, ela deve abafar seu lado narcísico para cuidar do filho em desenvolvimento, que se apropriou não somente de parte de seu corpo, mas também invadiu seu mundo interno, antes tão privado. Sendo uma gravidez desejada ou aceita, o que acontece quando o casal é harmonioso, este novo estado se dissipa, dando lugar à alegria de se sentir capaz de criar outro ser, semelhante a si mesma.

Na maternidade que culmina em aborto, estes conflitos são fortalecidos pela perda real e voluntária do objeto amado e odiado e a elaboração do luto pelo filho morto será muito mais difícil do que num luto normal.

Concluir que o companheiro desempenha um papel crucial na decisão do aborto não é uma tentativa de projetar no homem uma responsabilidade que, absolutamente, não é só dele. O que queremos dizer é que uma mulher sem comprometimentos graves de personalidade tem maior possibilidade de levar a gestação a termo, se seu parceiro lhe der o apoio necessário para que ela possa lidar com seus mecanismos destrutivos e deixar prevalecer os construtivos.

Acreditamos também que este apoio pode ser perfeitamente substituído pelo apoio e compreensão da família, no caso de dificuldades com o pai da criança.

Como a formação do ego se processa muito cedo e na relação com os pais, é de extrema importância que pesquisas sejam feitas para sabermos qual a família de origem das mulheres que abortam, como foi e é seu relacionamento com os pais e como é a interação com os filhos, dados que não foram colhidos neste estudo.

Mas, diminuir o número de abortos não é a única forma de resolver a questão. O decréscimo das gestações indesejadas é que deve ser a meta de qualquer trabalho

preventivo em saúde, porque as mulheres, diante de sua capacidade procriativa, se comportam com muita onipotência e desafiam a possibilidade de conceber sempre que possível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABORTO provocou 1500 mortes . *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 12 ago. 1995. Cad. 1 p. 12 .

ARAY, Julio . *Aborto*. Estudio Psicoanalítico. Buenos Aires, Ediciones Hormé, 1968.

ALLGEIER, A.R; ALLGEIER, E. R. Response to requests for abortion: the influence of guilt and knowledge. *Journal of Applied Social Psychology*, v.12, n.4, p.281-291, 1982.

BADINTER , Elizabeth. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro, Edit. Nova Fronteira , 1980.

BELSEY, Elizabeth M. et alii. Predictive factors in emotional response to abortion: King's termination study - IV. *Social Science and Medicine* , Jan., v.11, p. 71-82, 1977.

BLEICHMAR, Emilce Dio. *O feminismo espontâneo da histeria*. Porto Alegre, Edit. Artes Médicas, 1988.

BRIOSCHI, Lucila R. ; TRIGO, Maria Helena B. Relato de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Ciência e Cultura*, n.º 39, v.7, p. 631-637, jul./1987.

BOEHS, Astrid E. et alii. Aborto provocado - estudo epidemiológico descritivo numa maternidade de Florianópolis. Santa Catarina. *Ciência e Cultura*, n. 35, v.4, 501-506, abril de 1983.

BROMBERG, Maria Helena P. F. Aborto na adolescência: um duplo luto. *Coletâneas da ANPEPP 2* . Família e comunidade. Org. Rosa de Macedo. V.1, n.2, dez. 1996.

CATÓLICAS PELO DIREITO DE DECIDIR -CDD . A história das idéias sobre o aborto na Igreja Católica. Impresso no Uruguai, 1.ª edição em português, 1992.

- COHEN, Larry.; ROTH, Susan. Coping with abortion. **Journal of Human Stress** .  
Fall, 1984.
- DELA COLETA, José Augusto. A escala de *locus* de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** , Rio de Janeiro, v.31, n.4 , 167-181, out/dez.1979.
- \_\_\_\_\_, José Augusto. **Atribuição de causalidade. Teoria e prática**. 1ª ed., Rio de Janeiro, Edit. da Fundação Getúlio Vargas , 156 p.,1982.
- DELA COLETA , Marília Ferreira. Escala multidimensional de *locus* de controle de Levenson. **Arquivos Brasileiros de Psicologia** , Rio de Janeiro, v.39, n.2 , 79-97, abr/jun. 1987.
- FRENTE DE MULHERES FEMINISTAS. **O que é o aborto**. São Paulo, Cortez Editora, 72 p. ,1980.
- FREUD, S. (1915). Duelo y Melancolia. In: **Obras Completas** . Trad. Luis Lopez-Ballesteros y de Torres. 4.ed. Madrid, Biblioteca Nueva, 1981. v. 2, p. 2091-100.
- FRIEDLANDER, Myrna L. et alii . Abortion: predicting the complexity of the decision-making process. **Women Health** , vol. 9 , n. 1, Spring , 1984.
- FUNDAÇÃO SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Referência obtida via base de dados: SEADE. Disponível na Internet: <http://www.seade.gov.br>  
[30.09.97]
- GIBB, G. D.; MILLARD, R. J. Preliminary findings of personality differences between nulliparas and repeated aborters along the dimensions of *locus* of control and impulsivity. **Psychological Reports** , v 49, p. 413-414, 1981.

GIBB, Gerald David . A comparative study of recidivists and contraceptors along the dimensions of locus of control and impulsivity. *International Journal of Psychology* , v. 19, p. 581-591, 1984.

GOMES, Regina Mara J. **Estudo descritivo das circunstâncias, motivações e sentimentos envolvidos no abortamento provocado.** Campinas , 1987. 84 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

GRISCI, Carmen L. I. Mulher-Mãe . *Psicologia. Ciência e Profissão.* N. 1, 2 e 3, ano 15, p. 12-17, 1995.

HEINEN, J.; MATUCHNIAK-KRASUSKA, A. Abortion in Poland: a vicious circle or a good use of rethoric. A sociological study of the political discourse of abortion in Poland. *Women's Studies International Forum* , v. 18, n. 1, 1995.

KLEIN, M.(1932). Os efeitos das primeiras situações da angústia sobre o desenvolvimento sexual da menina. In: **Psicanálise da criança.** Trad. Pola Civelli. 3.ed. São Paulo, Mestre Jou , 1981b , p. 259-311.

\_\_\_\_\_ (1934). Uma contribuição à psicogênese dos estados maniaco-depressivos. In: **Contribuições à psicanálise.** Trad. Miguel Maillet. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou , 1981a , p. 355-389.

\_\_\_\_\_ (1940). O luto e a sua relação com os estados maniaco-depressivos. In: **Contribuições à psicanálise.** Trad. Miguel Maillet. 2. Ed. São Paulo, Mestre Jou, 1981a, p. 392-424.

\_\_\_\_\_ et alii (1952). **Os progressos da psicanálise.** Trad. Álvaro Cabral. 2.ed. Rio de Janeiro, Zahar Edit. , 1982.

\_\_\_\_\_ (1946-1963). **Inveja e gratidão e outros trabalhos.** Trad. Belinda H. Mandelbaum et alii. Rio de Janeiro. Imago edit., 1985, p. 398.

- LANGER, Marie. **Maternidade e sexo**. 2.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.
- LA ROSA, Jorge. *Locus de controle: uma escala de avaliação*. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 7, n. 3, pp. 327-344, 1991.
- LESTER, D. & COOK, S. Abortions, contraceptive use and *locus* of control. **Psychological reports**, v. 62, p.278, 1988.
- LEVENSON, Hanna. Activism and powerful others: distinction within the concept of internal-external control. **Journal of Personality Assessment**, v.38 (4) p. 377-383, 1974.
- MAJOR, Brenda et alii. Attributions, expectations and coping with abortion. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.48, n. 3, p. 585-599, 1985.
- MAJOR, Brenda et alii. Perceived social support, self-efficacy and adjustment to abortion. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol.59, n .3, p.452-463, 1990.
- MILANESI, Maria Lucila. **O aborto provocado**. Pioneira Edit., 97 p., 1970.
- MILLER, Warren, B. An empirical study of the psychological antecedents and consequences of induced abortion. **Journal of Social Issues**, V.48, n.º 3, p. 67-93, 1992.
- MOSELEY, D.T. et alii. Psychological factors that predict reaction to abortion. **Journal of clinical psychology**. V. 37, n.2, p. 276-279, april, 1981.
- MUELLER, P.; MAJOR,B. Self-blame, self-efficacy and adjustment to abortion. **Journal of Personality and Social Psychology**, vol.57, n. 6, 1059-1068, 1989.
- NOVO DICIONÁRIO BÁSICO DA LÍNGUA PORTUGUESA FOLHA/AURÉLIO. Nova fronteira, 687 p., 1995

OAKS, Laury. Fetal spirithood and fetal personhood. The cultural construction of abortion in Japan. **Women's Studies International Forum** , v.17, n . 5, p.511-523 , 1994.

PARKES, Katharine R. *Locus* of control as moderator : An explanation for additive versus interactive findings in the demand-discretion model of work stress? **British Journal of Psychology** . V. 82, p. 291-312 , 1991.

PENNEY, R. K.; HO, R. Euthanasia and abortion: personality correlates for the decision to terminate life. **The Journal of Social Psychology** , V.32 , n.1, p. 77-86, 1991.

PETROSKY , Mary Jo e BIRKIMER, John C. The relationship among *Locus* of Control, Coping styles , and Psychological Symptom Reporting . **Journal of Clinical Psychology**. May, vol 47 , nº 3 , 1991.

PRADO, Danda .**O que é aborto**. 4ª ed., São Paulo, Edit. Brasiliense, 89 p., 1991.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais : do "indizível" ao "dizível" . **Ciência e Cultura**, vol 39, n.3, p.272-286 , março de 1987.

SEGAL , H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro, Imago Edit. , 1975.

SIEGEL, Sidney. **Estatística não-paramétrica**. São Paulo, McGraw-Hill , 1979, p.350.

SIMON, Ryad. Contribuição ao estudo do objeto interno. **Revista Brasileira de Psicanálise**. 18: 283, 1984.

\_\_\_\_\_. **Introdução à psicanálise: Melanie Klein** . São Paulo, EPU, 1986.

SCHOR, N. & ALVARENGA, A. T. O aborto: um resgate histórico e outros dados. **Rev. Bras. Cres. Des. Hum.** , São Paulo, **IV** (2), p. 12-17, 1994.

SMITH, Elizabeth M. A follow up study of women who request abortion. **American Journal of Orthopsychiatry** , vol.43, n.4 , p.574-585, jul. 1973.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 6.ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

TAMAYO, Álvaro. Validade fatorial da escala Levenson de *locus* de controle. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.5, n.1, p.111-122, 1989.

THOMPSON, Linda V ; ROBINSON, Sharon E. Differences in self-concept and Locus of Control among women who seek abortions. **American Mental Health Counselors Association Journal**, v. 8, n.º 1, p. 4-11, 1986.

TORRES, A . ; FORREST, J.D. Why do women have abortions ? **Family Planning Perspectives**, v. 20, n.º 4, p. 169-176, july/august, 1988.

VAN DEN BERG, J.H. **Pequena Psiquiatria** . São Paulo, Mestre Jou, 1970.

VERARDO, Maria Tereza . **Aborto. Um direito ou um crime?** 6ª ed., São Paulo, Editora Moderna, 88p., 1991.

## ANEXOS

## 1. MODELO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA (GRUPO A)

Data de entrada:

Curetagem:

Diagnóstico médico:

Acompanhante:

Queixa:

## 1. Dados Pessoais

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Cônjuge:

Idade:

Profissão:

Escolaridade:

Filhos:

Idade/sexo:

Com quem reside:

Religião:

Renda familiar:

Estado Geral de Saúde atual e anterior à gestação

## 2. Histórico da Concepção:

Data:

Local /Condições:

Pai da criança: (quem é, tipo de relacionamento, tinha conhecimento da gravidez? o que ele falou?)

Data da comprovação da gravidez:

Como comprovou?

Quem soube da gravidez:

Tempo de gestação:

Uso de anticoncepcionais ( qual , quando, como toma?)

Por que engravidou? Por que não usa anticoncepcionais?

### 3. Histórico do Aborto

Motivos:

Método:

Quando decidiu?

Com quem discutiu a decisão?

Alguém sugeriu?

Conhece alguém que fez?

Conhecia conseqüências?

Quem soube do aborto?

E o pai da criança, o que disse?

### 4. Responsabilidade

Quem é o responsável pela gravidez?

Existe diferença entre homem e mulher na questão da responsabilidade?

Você gostaria de ser homem? Se fosse, agiria diferente?

Quem é responsável pelo aborto?

### 5. Sentimentos e Pensamentos Atuais

O que pensa e sente sobre o que fez?

O que pensa e o pai da criança?

### 6. Planos de Futuro:

O que pretende fazer no futuro quanto:

a) relacionamentos afetivos

b) anticoncepção

c) gravidez e aborto

## 2. MODELO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA (GRUPO G)

### 1. Dados Pessoais

Idade: Estado Civil:  
 Escolaridade: Profissão:  
 Cônjuge: Escolaridade: Profissão:  
 Filhos: Idade/sexo:  
 Com quem reside:  
 Religião:  
 Renda Familiar:  
 Estado de saúde atual e anterior à gestação:

### 2. Histórico da Concepção

Data: local:  
 Condições:  
 Por que engravidou?  
 Pai da criança: (quem é, tipo de relacionamento, tem conhecimento da gravidez? O que ele falou?  
 Data da comprovação da gravidez:  
 Como comprovou? Quem soube da gravidez?  
 Tempo de gestação:

### 3. Histórico do Aborto

Pensou em aborto? Por que não o fez? Já fez algum?  
 Conhece alguém que fez? Alguém sugeriu que fizesse? Quem?  
 Quais motivos a fariam abortar? Qual método usaria? O que pensa sobre aborto?  
 Por que quer manter esta gravidez? Uso de anticoncepcionais?

#### **4. Responsabilidade**

Quem é o responsável pela gravidez?

Quando alguém faz um aborto, quem é o responsável?

#### **5. Sentimentos e Pensamentos Atuais**

O que pensa e sente sobre maternidade e sobre paternidade?

O que seu companheiro sente e pensa sobre paternidade?

#### **6. Planos de Futuro:**

O que pretende fazer no futuro em relação `a:

- a) filhos
- b) controle de natalidade
- c) relacionamentos afetivos

### 3. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE *LOCUS OF CONTROL* DE LEVENSON

Vou ler para você uma lista de afirmações que pode ser ou ser a sua opinião. Após ouvir cada uma, por favor, responda concordo ou discordo.

Responda **CONCORDO** quando a frase coincidir com o que você pensa e **DISCORDO** quando não concordar com o que falei.

Procure não pensar muito tempo à respeito e, em caso de dúvida, escolha a resposta que seja mais parecida com o que você pensa.

- 1) Se eu vou ou não tornar-me um líder, depende principalmente da minha capacidade .
- 2) Minha vida é, em grande parte, determinada por acontecimentos inesperados.
- 3) Sinto que o que ocorre em minha vida é determinado principalmente por pessoas mais poderosas que eu.
- 4) Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, depende principalmente de eu ser ou não cuidadosa.
- 5) Quando faço planos, sempre tenho certeza de que vou realizá-los.
- 6) Geralmente não tenho oportunidade de proteger meus interesses pessoais da influência do azar.
- 7) Quando eu consigo o que quero, freqüentemente é porque tenho sorte.
- 8) Embora eu tenha muita capacidade, só conseguirei ter uma posição importante se pedir ajuda a pessoas de prestígio.
- 9) A quantidade de amigos que tenho depende de quão agradável eu sou.
- 10) Verifico, freqüentemente, que o que está para acontecer fatalmente acontecerá .
- 11) Minha vida é controlada principalmente por pessoas poderosas.

- 12) Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel, isto é principalmente uma questão de sorte.
- 13) As pessoas como eu têm pouca chance de proteger seus interesses pessoais quando estes entram em choque com os interesses de pessoas poderosas.
- 14) Nem sempre é desejável para mim fazer planos com muita antecedência, porque muitas coisas acontecem por uma questão de má ou boa sorte.
- 15) Para conseguir o que desejo necessito de ajuda de pessoas superiores a mim.
- 16) Se eu vou ou não tornar-me um líder, depende principalmente de eu ter sorte suficiente para estar no lugar certo na hora certa.
- 17) Se as pessoas importantes decidirem que não gostam de mim, provavelmente eu não conseguirei ter muitos amigos.
- 18) Eu posso, quase sempre, determinar o que vai acontecer em minha vida.
- 19) Frequentemente eu sou capaz de proteger meus interesses pessoais.
- 20) Se eu vou ou não sofrer um acidente de automóvel depende muito do outro motorista.
- 21) Quando eu consigo o que quero frequentemente é porque me esforcei muito.
- 22) Para que meus planos se realize eu devo fazer com que eles se ajustem aos desejos das pessoas mais poderosas do que eu.
- 23) Minha vida é determinada por minhas próprias ações.
- 24) O fato de eu ter poucos ou muitos amigos deve-se, principalmente, à influência do destino.