

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SELISVANE RIBEIRO DA FONSECA DOMINGOS

**O significado da ação de provocar o aborto na
adolescência: uma abordagem da fenomenologia
social sob a perspectiva de mulheres**

**SÃO PAULO
2011**

SELISVANE RIBEIRO DA FONSECA DOMINGOS

**O significado da ação de provocar o aborto na
adolescência: uma abordagem da fenomenologia
social sob a perspectiva de mulheres**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de doutor.

Área: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam
Aparecida Barbosa Merighi

**SÃO PAULO
2011**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Domingos, Selisvane Ribeiro da Fonseca

O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres / Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos. -- São Paulo, 2011.

103 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Área: Cuidado em saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi

1. Aborto 2. Gravidez na adolescência 3. Saúde da mulher
4. Enfermagem 5. Pesquisa qualitativa I. Título.

Nome: Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos

Título: O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de doutor.

Área: Cuidado em Saúde

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo, Marcos Vinícius Domingos, e a nossa filha, Gabriela Fonseca Domingos, pela paciência, compreensão e apoio durante esta caminhada.



Este desenho foi criado por minha filha Gabriela Fonseca Domingos e representa a importância das relações familiares no mundo da vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha orientadora Professora Doutora Miriam Aparecida Barbosa Merighi, por ter acreditado em minha capacidade e, dessa forma, possibilitado a realização deste sonho.

Durante esses anos de convivência, você me ensinou a trilhar pelo caminho do conhecimento científico e a crescer como pessoa e profissional. Sua presença será sempre lembrada em minha vida.

Em especial, à Professora Doutora Maria Cristina Pinto de Jesus pelo apoio e companheirismo durante esta longa caminhada e pela disponibilidade em me ajudar ao compartilhar seu conhecimento acerca do método e do referencial de Alfred Schutz. Você me acolheu quando mais precisava e me ajudou a enfrentar as dificuldades encontradas. Para mim, foi mais do que uma amiga. Você foi e sempre será o meu grande exemplo de vida. Obrigada por tudo!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e pela proteção durante esta longa e árdua caminhada.

Ao meu esposo pela paciência e confiança. Acredito que, se não fosse o amor verdadeiro que nos une, não teria chegado ao fim deste trabalho.

À minha filha pela compreensão. Perdoe-me a ausência, pois tudo o que fiz e faço é pensando em ser exemplo para você.

À minha mãe pelo apoio e cumplicidade. Sem sua presença, não teria sido possível realizar este curso.

Ao meu pai, meus irmãos e demais familiares que acreditaram em mim e se mostraram disponíveis a me ajudar.

Às Professoras Doutoras Neide de Souza Praça e Matilde Meire Miranda Cadete pela ajuda na fase inicial deste trabalho.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa Enfermagem em abordagens fenomenológicas, Sebastião Caldeira, Deise Moura, Roselane Gonçalves, Patrícia Oliveira e Geraldo Carvalho, pelas valiosas contribuições, apoio e amizade.

A todos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela receptividade e orientação durante esses anos de estudo. Em especial, à Silvana, Dayse e Marcelllo.

Às minhas ex-alunas de enfermagem Ester, Leidiane, Elza, Lílian e Marília pelo empenho na procura das mulheres que haviam vivenciado a experiência do aborto provocado.

Às mulheres, sujeitos desta pesquisa, que acreditaram em mim e se dispuseram a falar de suas experiências com relação ao aborto provocado, possibilitando contribuir para a ciência e para as políticas públicas em saúde.

A todas as pessoas que, direta e indiretamente, estiveram ao meu lado nesta longa caminhada.

“O passado não tem como ser mudado, mas o futuro nos abre inúmeras possibilidades”.

Autor desconhecido

Domingos SRF. O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Por reconhecer que o aborto provocado é um importante problema de saúde pública e um evento marcante na vida de muitas mulheres, principalmente quando ocorre em uma fase de amadurecimento fisiológico, psíquico e social caracterizada pela adolescência, realizou-se este estudo com o objetivo de compreender o significado da ação de provocar o aborto na adolescência sob a perspectiva de mulheres. Para tanto, optou-se pela pesquisa qualitativa, com a abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz. Os dados foram coletados no período de junho de 2010 a março de 2011, por meio de entrevistas abertas com as seguintes questões norteadoras: conte-me, como foi para você descobrir que estava grávida? Como você se sentiu? Como foi para você decidir pelo aborto e realizá-lo? Como você vivenciou esse momento? Quais são seus planos? Participaram da pesquisa sete mulheres que provocaram o aborto na adolescência, residentes em uma cidade do interior do leste mineiro. Três delas fizeram o aborto por imposição da mãe e as demais tiveram autonomia para tomar esta decisão, independentemente das pessoas e riscos envolvidos. O significado da ação de provocar o aborto, desde a descoberta da gravidez, incluindo sua decisão e realização foi desvelado por meio das categorias: o impacto da gravidez, a decisão e a realização do aborto, o sofrimento resultante, as consequências do aborto e a vida pós-abortamento. Para as participantes, a descoberta da gravidez foi vivenciada com insegurança e desespero, uma vez que não haviam planejado a gestação. Desse modo, evidenciou-se o medo da não aceitação da gravidez pela mãe e piora das condições financeiras e conflitos familiares. Independentemente do modo como o aborto foi realizado, a maioria vivenciou complicações e necessitou de internação hospitalar para tratamento. Após o aborto, o que restou foi sofrimento, culpa e arrependimento. Hoje, o que elas buscam é cuidar da saúde. Porém, aquelas que fizeram o aborto por imposição da mãe querem engravidar novamente e aquelas que tiveram autonomia na opção buscam encerrar a vida reprodutiva. O que se mostrou como típico na ação social das mulheres aponta para uma preocupação no que diz respeito às questões relacionadas à comunicação interpessoal e às decisões sobre a vida reprodutiva que poderão fundamentar ações de cuidado às adolescentes e às mulheres, sobretudo no que diz respeito às ações preventivas em saúde, especificamente ao planejamento familiar.

Descritores: Aborto. Gravidez na adolescência. Saúde da mulher. Enfermagem. Pesquisa qualitativa.

Domingos SRF. The significance of the action of provoking abortion in adolescence: an approach of social phenomenology from the women perspective [thesis]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

By recognizing that the provoked abortion is a major public health problem and a marking event in the lives of many women, especially when it occurs in a physiological, psychological and social maturing phase characterized by adolescence, it was performed this study with the aim to understand the significance of the action of provoking abortion in adolescence from the women perspective. For such purpose it was opted for a qualitative research, with the approach of social phenomenology of Alfred Schütz. The data were collected between June 2010 and March 2011, by means of open interviews with the following guiding questions: Tell me, how was it for you to discover that you were pregnant? How did you feel? How was it for you to decide by the abortion and make it? How did you experience this moment? What are your plans? Seven women who provoked abortion in their adolescence participated in this research. They presently live in an eastern town of Minas Gerais State. Three of them made the abortion by imposition of their mother and the others had autonomy to make this decision regardless of the people and the risks involved. The significance of the action of provoking abortion, since the discovery of pregnancy, including its decision and implementation was unveiled by the following categories: the pregnancy impact, the decision and the abortion implementation, the caused suffering, the consequences of abortion and life after abortion. For the participants, the pregnancy discovery was experienced with insecurity and despair, since they had not planned the pregnancy. Thus, there was the fear of pregnancy rejection by the mother and worsening of financial conditions and family conflicts. Regardless of how the abortion was performed, most of them experienced complications and required hospitalization for treatment. After the abortion, just suffering, guilt and regret were left. Today, they eager for health care. However, those who had abortion by imposition of their mother want to get pregnant again and those who had autonomy for such option seek to quit the reproductive life. What proved to be typical in the women social action points to a concern regarding issues related to interpersonal communication and to decisions of the reproductive life that in the future may support care actions for adolescents and women, especially regarding the preventive health, specifically for the family planning.

Descriptors: Abortion. Adolescence Pregnancy. Women's Health. Nursing. Qualitative research.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	14
1.2 AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO	17
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA.....	20
2.1 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O ABORTO	20
3 ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	33
3.1 O REFERENCIAL DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ E SUA ARTICULAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO	34
4 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA.....	40
4.1 A REGIÃO DE INQUÉRITO	40
4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA	40
4.3 O PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS.....	44
4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	46
4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS	48
5 RESULTADOS	51
5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	51
5.1.1 O contexto de significados relacionado ao ato de provocar o aborto na adolescência: os “motivos porque”	51
5.1.2 A intencionalidade da ação de provocar o aborto na adolescência: os “motivos para”	62
6 APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO	65
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE	99
ANEXOS	101

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

Minha trajetória acadêmica e profissional na enfermagem sempre esteve voltada para as questões que permeiam a atenção à saúde da mulher e do adolescente. Em 2003, concluí minha dissertação de mestrado, uma pesquisa qualitativa com a abordagem da fenomenologia, acerca do significado atribuído pelas adolescentes à realização da consulta ginecológica¹.

Ao buscar a compreensão do fenômeno em estudo, pude apreender que, apesar da existência de ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, ainda há muito que se fazer para a efetivação das intervenções estabelecidas, tendo em vista alcançar mudanças de comportamento e a manutenção do exercício da sexualidade com prazer e responsabilidade.

Após finalizar essa produção científica, decidi dar continuidade aos estudos nessas áreas e adentrar-me ao mundo da pesquisa com abordagem da fenomenologia social. Assim, em 2005, tive a oportunidade de inserir-me no grupo de pesquisa “Enfermagem com abordagens fenomenológicas” na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e participar no desenvolvimento de um trabalho sobre abortamento espontâneo – vivência de mulheres e o cuidado prestado por enfermeiros².

Os resultados deste estudo com abordagem da fenomenologia social evidenciaram que as mulheres vivenciaram o abortamento como algo inesperado e consideraram essa situação como um momento difícil, permeado por tristeza e dor relacionadas à perda e à impossibilidade de dar seguimento à gestação. Manifestaram desejo de receber apoio, carinho e atenção e avaliaram o cuidado recebido como satisfatório, nos serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e diferenciado nos serviços

privados. Já os enfermeiros, ao prestarem atendimento às mulheres, buscaram obter informações sobre o abortamento, tendo em vista a atenção à mulher que está só e/ou com seus familiares e buscaram, por meio de suas ações, fornecer orientações para que o abortamento não aconteça novamente e para que procurem ajuda profissional².

Em 2008, ao ingressar no curso de doutorado na EEUSP, vislumbrei a possibilidade de investigar o aborto provocado sob a perspectiva das mulheres que decidiram por realizar esta ação, pois, além de considerar que se trata de uma situação constituída de significado, na singularidade de cada experiência, é um importante problema de saúde pública no mundo, e principalmente no Brasil, onde sua realização é ilegal. Para isso, recorri, inicialmente, à literatura para saber como os estudiosos têm abordado tal temática e o que se apresenta como lacuna no conhecimento.

De acordo com o *Center for Reproductive Rights (CRR)*, 61% da população mundial vivem em países que permitem o aborto voluntário sem restrições dentro de determinado tempo gestacional (em geral até 12 semanas), ou dentro de um leque amplo de situações e 26%, onde o procedimento é proibido de maneira geral³. Na maioria dos países em desenvolvimento, o aborto provocado é legal apenas se a gravidez ameaça a saúde ou a vida da mãe. Por este motivo, muitas mulheres procuram abortos clandestinos, que são, na maioria das vezes, inseguros e colocam-nas em risco de complicações e morte⁴.

Abortos inseguros, conforme define a Organização Mundial de Saúde (OMS), são aqueles realizados por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente que não cumpre com os mínimos requisitos médicos⁵. Trata-se de uma prática frequentemente realizada pelas mulheres que vivem em países onde as leis são restritivas ao procedimento ou naqueles onde é legal, porém o acesso aos serviços de saúde é dificultado, o que resulta em graves consequências para a sociedade, com elevada morbidade e mortalidade. Além do mais, sobrecarrega o sistema de saúde, implica custos, reduz a produtividade e ainda traz repercussões familiares, além de estigmatizar a mulher⁶.

Estudos acerca das questões que permeiam o aborto provocado como um problema de saúde pública têm se mantido em pauta nos últimos anos. No entanto, em locais onde sua prática é proibida, tais investigações têm sido mais difíceis devido às questões éticas envolvidas, pois é entre a promessa de sigilo e o risco de uma denúncia que os dados são predominantemente coletados⁷.

De modo geral, as pesquisas sobre aborto provocado envolvem o estudo da incidência e prevalência de tal evento⁸⁻⁹, o acesso aos serviços de saúde¹⁰⁻¹¹, custos com as internações devido a complicações¹², morbidade e mortalidade¹³, as repercussões para a saúde das mulheres¹⁴⁻²¹, questões sobre descriminalização²²⁻²⁴, entre outras.

No Brasil, as investigações são realizadas em meio às questões da ilegalidade, pois o aborto só é permitido em caso de estupro ou para salvar a vida da mulher²⁵, o que dificulta o conhecimento da real situação do aborto provocado. No entanto, o aborto é um tema que se manteve em pauta nos últimos 20 anos nas pesquisas brasileiras²⁶. Assim, os estudos discutem prioritariamente os dados epidemiológicos desta temática²⁶⁻²⁹, destacando-a como um importante problema de saúde pública.

Sobre a experiência do aborto provocado identifiquei alguns estudos qualitativos realizados com mulheres durante a vida reprodutiva e que retratam a vivência desta situação, os motivos que a desencadearam e as repercussões decorrentes³⁰⁻³⁵. No que tange à ocorrência do aborto na adolescência, a maioria dos estudos relaciona tal evento, predominantemente, à situação da gravidez precoce e suas consequências³⁶⁻⁴⁰.

Os estudos não tratam dos problemas específicos enfrentados pelos adolescentes face à opção pelo aborto, tais como: as formas de acesso a recursos materiais, a premência de tempo para a realização da intervenção em contexto ilegal, a minoridade civil, a consulta a um médico, a realização de exames, até efetivamente a concretização do aborto em clínicas clandestinas ou pelo uso de medicamentos sem controle adequado⁴¹.

Especificamente sobre o abortamento na adolescência localizei um estudo realizado em São Paulo (Brasil)⁴² e outro em Mérida (Venezuela)⁴³

que abordam a experiência vivida pelas adolescentes, independentemente do tipo de aborto: espontâneo ou provocado. Em relação ao significado da ação de provocar o aborto na adolescência, existe uma lacuna de conhecimento. Desse modo, decidi investigar este fenômeno, pois, apesar das mudanças ocorridas nas últimas décadas, a gravidez na adolescência e o aborto provocado têm-se mantido em pauta nas discussões políticas na área de atenção à saúde do adolescente e da mulher, principalmente nos países onde é considerado um problema de saúde pública, como é o caso do Brasil.

Assim, ações preventivas nessa área ainda constituem-se em um desafio para os profissionais de saúde, pois uma gestação precoce não planejada e, na maioria das vezes, indesejada, quando resulta na indução de um aborto, poderá trazer repercussões importantes no cotidiano das adolescentes e de suas famílias.

Este estudo justifica-se na medida em que busca o significado da ação na vivência de mulheres que realizaram o aborto na adolescência. Seus resultados poderão fundamentar ações de cuidado às adolescentes e às mulheres de modo geral, sobretudo no que diz respeito às ações preventivas em saúde, especificamente ao planejamento familiar.

Além disso, traz para discussão um tema relevante para a academia, principalmente nos cursos da área da saúde. Também tem como propósito subsidiar os profissionais de saúde para que possam planejar e realizar ações em consonância com o princípio da integralidade da assistência, focando as necessidades das mulheres em situação de gravidez não planejada e abortamento, independentemente da idade.

1.2 AS INQUIETAÇÕES E O OBJETIVO DO ESTUDO

A partir das considerações anteriormente apontadas na minha trajetória acadêmica e do que se mostrou como lacuna no conhecimento na área de atenção à saúde do adolescente e da mulher, defini como fenômeno

de investigação desta pesquisa “**o abortamento provocado na adolescência**”, tendo como inquietações:

- Como foi para as mulheres vivenciar a gravidez na adolescência e decidir pelo aborto?

- Quais foram os motivos que levaram as mulheres que engravidaram na adolescência a decidirem pelo aborto?

- Como foi o processo de decisão pelo aborto? Como elas o realizaram? A quem recorreram? O que usaram?

- Quais foram os sentimentos vividos antes da, durante e após a realização do aborto?

- Quais foram as consequências do aborto provocado na vida sexual e reprodutiva das mulheres e em outros aspectos?

- Quais são os projetos no que diz respeito à vida reprodutiva de uma mulher que provocou o aborto na adolescência?

Por acreditar que as respostas para estas inquietações apenas poderão emergir dos depoimentos das mulheres que vivenciaram tal experiência, optei por realizar este estudo com o objetivo de **compreender o significado da ação de provocar o aborto na adolescência sob a perspectiva de mulheres.**

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E O ABORTO

A definição do que vem a ser a adolescência e a faixa etária que a delimita não é consenso entre os autores, uma vez que os indivíduos vivenciam essa experiência de forma singular e muitos países têm diferentes legislações a respeito da idade.

De acordo com a OMS, adolescência é a fase do desenvolvimento humano caracterizada por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem na segunda década da vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos incompletos⁴⁴.

Considerada como um período de transição entre a infância e a idade adulta, a adolescência exige do ser humano construção de uma nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidades nas relações com a família, o meio em que vive, consigo mesmo e com os outros adolescentes. Essa transição está relacionada à aquisição de uma maior autonomia e independência em diversos campos da vida, expressa na possibilidade de manter-se profissionalmente, na aquisição e na sedimentação de valores pessoais, no estabelecimento de uma identidade sexual, de relações afetivas estáveis e de relações de reciprocidade com as gerações precedentes, familiares e membros da sociedade⁴⁵.

Conforme o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a população de adolescentes no mundo dobrou desde 1950 e, atualmente, 88% dos adolescentes vivem nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos. Segundo projeções estatísticas, o número absoluto de adolescentes continuará aumentando discretamente até 2030, mas o fato é que, com exceção de algumas regiões da África, esse número já está decrescendo e diminuirá de forma constante em todo o mundo por volta de 2050⁴⁶.

Outra tendência mundial é o crescimento do número de adolescentes vivendo em áreas urbanas, que subirá de 50% para 70% até 2050, sendo que os maiores aumentos ocorrerão nos países em desenvolvimento. A Índia, apesar de não ser o país mais populoso do mundo, tem a maior população nacional de adolescentes (243 milhões), seguida por China (207 milhões), Estados Unidos (44 milhões), Indonésia e Paquistão (ambos com 41 milhões)⁴⁶.

O Brasil tem 34.175.631 adolescentes entre 10 e 19 anos, que correspondem a 17,9% da população. Desse total, 17.284.281 são homens e 16.873.350 são mulheres. Os dados também demonstram semelhança na população entre 10-14 anos (17.166.761) e 15-19 anos (16.990.870). Em Minas Gerais, são 3.407.415 adolescentes, que representam 17,3% da população total do estado e, em Caratinga, cidade onde esta pesquisa foi desenvolvida, são 14.771 adolescentes, que também representam 17,3% da população total do município⁴⁷.

Em decorrência do número significativo de adolescentes que constituem a população mundial, das peculiaridades específicas da idade e dos riscos a que estão expostos, a atenção integral à saúde do adolescente tem sido um desafio para as sociedades em geral.

Neste contexto, apesar da criação do Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e dos avanços conquistados até o momento, parece que ainda há muito que se fazer para que tais propostas sejam realmente efetivadas e alcancem os objetivos definidos⁴⁸⁻⁴⁹.

A necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos⁵⁰.

Na realidade brasileira, muitas vezes, a adolescente, além dos conflitos próprios da faixa etária, vê-se com outras questões conflituosas, como a ocorrência de uma gravidez. A existência de fatores como o desconhecimento do corpo, a omissão da família e da escola sobre assuntos

pertinentes à adolescência, o pouco envolvimento dos serviços públicos, o bombardeamento ativo ao qual estão expostos pela mídia, com programas, novelas e até propagandas focando a sexualidade, fazem com que os jovens iniciem precocemente suas atividades sexuais, não conscientes das implicações de sua vida sexualmente ativa⁵¹.

Estudos mostram que cada vez mais os adolescentes têm iniciado a vida sexual precocemente^{39,51-54} e fazem menor uso dos métodos contraceptivos que as mulheres jovens adultas (20 a 29 anos)²⁶. Nos principais países desenvolvidos do mundo, mais de dois terços dos jovens iniciam a vida sexual na adolescência. Na Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Islândia, Noruega e nos Estados Unidos, a proporção é de mais de 80%. Na Austrália, no Reino Unido e nos Estados Unidos, cerca de 25% dos adolescentes têm sua primeira relação sexual com 15 anos de idade e 50% com 17 anos⁴⁶.

No Brasil, 36% dos jovens entre 15-24 anos tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos⁵⁵. Outra preocupação é a baixa procura dos adolescentes pelos serviços de saúde, o que, em geral, ocorre após vários meses do início da vida sexual⁴⁵. Como consequência, eles deparam-se frequentemente com situações de risco, como a gravidez não planejada e indesejada⁵⁴.

A precocidade da iniciação sexual, aliada à falta de conhecimento e informação sobre o aparelho reprodutor e sua função, métodos contraceptivos e, principalmente, de atitudes concisas para um sexo seguro, é um dos fatores referidos como responsáveis pelo aumento da gravidez na adolescência e de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)⁵¹, uma vez que as adolescentes se expõem aos mesmos riscos que os de uma mulher adulta, porém sem estarem preparadas para assumirem os eventos que ocorrem³⁷.

A gravidez na adolescência é um fenômeno complexo, associado a fatores econômicos, sociais e de comportamento sexual, e tem sido considerada, nessas últimas décadas, um importante problema de saúde pública no mundo em virtude da prevalência com que vem ocorrendo³⁸.

Diante da complexidade de fatores para analisar esta questão, destacam-se os aspectos socioeconômicos, pois, apesar de atingir todas as classes sociais, ainda há uma forte relação entre pobreza, baixa escolaridade e gravidez precoce, considerada uma situação de risco^{3,7}.

Conforme destacado em estudo sobre prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes, a fecundidade tende a diminuir com o aumento da escolaridade e do nível de rendimento, sendo um importante indicador que deve ser incorporado pelos gestores de políticas públicas. O incremento da educação no país e o incentivo para que os jovens prossigam na educação formal, além do ensino fundamental, apresentam reflexos imediatos na saúde sexual e reprodutiva da população⁵⁴.

A relação entre as taxas de natalidade na adolescência e as taxas de natalidade global varia consideravelmente de país para país, sugerindo que as diferenças nestas taxas em adolescentes são em grande parte causadas por fatores particulares que os afetam. Entretanto, a maternidade precoce está fortemente associada com problemas futuros. Em média, nos 13 países da União Europeia, as mulheres que deram à luz quando ainda eram adolescentes são duas vezes mais susceptíveis de estar vivendo na pobreza. Neste contexto, destaca-se que a redução da taxa de nascimentos entre adolescentes oferece oportunidade para reduzir o risco de pobreza e de sua perpetuação de uma geração para outra⁴⁶.

Em todo o mundo, aproximadamente 15 milhões de meninas adolescentes de 15 a 19 anos dão à luz por ano, representando mais de 10% dos nascimentos⁵⁶. Pelo menos 1,25 milhão de adolescentes engravidam a cada ano nos 28 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Destas, cerca de meio milhão procuram a realização do aborto e cerca de três quartos de um milhão tornam-se mães adolescentes⁴⁶.

Os cinco países com as menores taxas de natalidade adolescentes (menos que 7 mil) são a Coreia, Japão, Suíça, Holanda e Suécia. Os Estados Unidos têm a mais elevada taxa de natalidade na adolescência dos países desenvolvidos (52,1), cerca de quatro vezes mais que a média da

União Europeia. O Reino Unido tem a maior taxa de natalidade na adolescência na Europa⁴⁶.

Na América Latina, dados sobre a gravidez na adolescência vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada às mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres⁵⁷. Já no Brasil, a taxa de fecundidade tem diminuído de forma constante nas últimas décadas. Até pouco tempo, dados do Ministério da Saúde retratavam que este fenômeno em adolescentes ocorria em sentido inverso⁵⁵. Dados recentes mostram que o ritmo de queda no número de partos na adolescência acelerou nos últimos cinco anos na rede pública. A quantidade desses procedimentos em adolescentes de 10 a 19 anos caiu 22,4% de 2005 a 2009. Ao longo da década, a redução total foi de 34,6%, sendo esta atribuída às campanhas destinadas aos adolescentes e à ampliação do acesso ao planejamento familiar⁵⁸.

Entre as principais consequências decorrentes de uma gestação precoce, destacam-se aquelas relacionadas à mãe (anemia, menor ganho de peso, hipertensão gestacional, maior morbimortalidade no parto e puerpério, maior número de abortos espontâneos e maior número de partos prematuros) e ao bebê (aumento do número de natimortos e mortes prematuras, baixo peso ao nascer, morte súbita nos primeiros seis meses de vida, internações e acidentes na infância) que terão maior ou menor gravidade de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores socioeconômicos e culturais da mãe^{4,45}.

Para a OMS, 15% do total das doenças que envolvem condições maternas e 13% de todas as mortes maternas são de adolescentes. Gestantes adolescentes de 15-19 anos são mais propensas do que aquelas com idade acima dessas a morrer no parto⁵⁶.

Destaca-se, ainda, a grande preocupação com a evasão escolar associada à gestação na adolescência, pois é por meio do sistema educacional nesta faixa etária que ocorre uma das poucas possibilidades de inserção social e ascensão econômica³⁸.

Muitos casos de gravidez na adolescência, além de não serem planejados, são também indesejados⁵⁶. Desse modo, diante de uma

gravidez não planejada, muitas adolescentes não sabem ao certo o que fazer. Para a maioria delas, este momento é repleto de felicidade com a aceitação do parceiro e da família, mas, para outras, essa situação é de desespero e como não lhes restam muitas alternativas, o aborto acaba sendo uma saída.

O aborto é o produto da concepção que tem peso inferior a 500g e/ou cerca de 20 a 22 semanas completas de gestação e que é eliminado no abortamento – nome que se dá à interrupção da gravidez antes que o conceito ou produto da concepção se torne independentemente viável³.

O abortamento pode ocorrer de forma espontânea ou induzida. Quando espontâneo, termina de forma involuntária, podendo ser produto de acidente, alguma anomalia ou disfunção não prevista e nem desejada pela mãe. Quando induzido ou provocado, como é mais comumente denominado, caracteriza-se pela interrupção da gravidez pelo uso de drogas ou intervenção cirúrgica⁵⁹.

Pelo fato de ser, em alguns países, ilegal e, por isso, subnotificado, a real situação do aborto no mundo é desconhecida. A falta de registros oficiais e sub-registros torna uma tarefa difícil estimar as reais taxas de abortos inseguros, exigindo que as estimativas sejam calculadas por diferentes métodos de comparação. As taxas de aborto provocado clandestinamente são estimadas com o uso de métodos diretos, como os inquéritos de base populacional e vistorias dos prestadores de abortos clandestinos, ou métodos indiretos, tais como a aplicação de multiplicadores para as taxas registradas de internação ou de morte atribuída à indução de abortos⁶⁰.

No Brasil, são poucas as pesquisas de base populacional envolvendo uma amostra representativa de mulheres. Todavia, a maioria dos estudos é de natureza local, sendo escassos aqueles de abrangência nacional⁹.

De modo geral, os estudos mostram que o aborto é uma prática comum entre as mulheres durante a vida reprodutiva, evoluindo com sérias complicações que demandam assistência médica e internação⁶¹⁻⁶³. Porém, destaca-se que, naqueles estudos em que os dados são coletados por meio de técnicas diretas, os valores encontrados tendem a ser menores devido à

omissão de tal prática, principalmente naquelas mulheres jovens e não casadas⁶⁴⁻⁶⁶.

Estudo realizado com uma amostra representativa de 12.612 mulheres brasileiras entrevistadas na Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, identificou que a prevalência do relato de aborto para todo o Brasil foi de 14% para o espontâneo e de 2,4% para o induzido. O estado com maior prevalência de aborto induzido foi o Rio de Janeiro com 6,5%. Os locais com menor prevalência foram o estado de São Paulo e a região Sul. Ser da região urbana, ter tido mais de um filho vivo e não ser de cor/raça branca foram os principais fatores de risco para o aborto induzido²⁷.

Resultados de um levantamento por amostragem aleatória de domicílios, realizado em 2010, cuja cobertura abrangeu as mulheres com idades entre 18 e 39 anos em todo o Brasil urbano evidenciaram que, ao final da vida reprodutiva, mais de uma em cada cinco mulheres já fez aborto, ocorrendo os abortos em geral nas idades que compõem o centro do período reprodutivo, isto é, entre 18 e 29 anos. Não se observou diferenciação relevante na prática em função de crença religiosa, mas o aborto se mostrou mais comum entre mulheres de menor escolaridade⁹.

No que se refere ao abortamento na adolescência, 2,2 a 4 milhões de adolescentes fazem um aborto por ano no mundo, sendo que, desse total, 14% são inseguros⁵⁶. No Brasil, a ocorrência de aborto em adolescentes é de 7% a 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva, sendo a maior parte dos casos em adolescentes mais velhas (17 a 19 anos)²⁶. Vale ressaltar que, em áreas onde há um melhor acesso e uso aos métodos contraceptivos eficazes, tal ocorrência diminui consideravelmente⁶⁰.

Estudo retrospectivo realizado com adolescentes internadas em um hospital de Feira de Santana (BA), no período de 1995 a 1997, para realização de curetagem pós-abortamento, identificou que, apesar de ter ocorrido uma queda progressiva no número de abortos, houve um aumento progressivo nos três anos consecutivos, passando de 24% em 1995 para 44,6% em 1997; 72,5% das adolescentes tinham idades entre 17 e 19 anos; 81,6% eram solteiras; 94,6% não tinham renda e dependiam da família ou

do companheiro e 48% abortaram em sua primeira gestação. O aborto provocado representou 55,2% das ocorrências⁶⁷.

Resultados de um estudo realizado com 2.592 adolescentes do sexo feminino de Maceió (AL) mostraram que 559 (21,6%) tinham vida sexual ativa, 182 (7,0%) referiram ter engravidado e 149 (26,7%) abortado, apontando como razões para realização do aborto o medo da reação dos pais, a idade, a falta de apoio do companheiro e a rejeição da gravidez. O aborto foi mais citado nas escolas públicas⁶⁸.

Estudo envolvendo 1.228 adolescentes puérperas do município do Rio de Janeiro (RJ) evidenciou que 20,3% delas tentaram o aborto antes de decidirem dar prosseguimento à gestação⁶⁹.

Um estudo realizado com adolescentes brasileiros, denominado “GRAVAD – Gravidez na Adolescência: Estudo Multicêntrico sobre Jovens, Sexualidade e Reprodução no Brasil”, que envolveu uma amostra representativa de 4.634 moças e rapazes de 18-24 anos de Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e Porto Alegre (RS), identificou que 7,5% das moças e 12,4% dos rapazes, estes ao falarem das parceiras, relataram a experiência de aborto provocado na adolescência⁷⁰.

Diferentemente do alarmismo que vigora no senso comum e nas matérias difundidas pelos meios de comunicação, os resultados da pesquisa GRAVAD mostraram que o registro de ocorrência de gravidez antes dos 15 anos foi pouco frequente (1,6%). Os dados relativos ao desejo das moças de provocar um aborto (15,5%), ou mesmo de tentar fazê-lo (11,2%), e às declarações masculinas de que desejavam que suas parceiras fizessem um aborto (20%) foram mais significativos. Para os autores, estes resultados tornam o debate acerca da gravidez na adolescência mais complicado devido à ilegalidade do aborto no país. Além do mais, as interrupções ou tentativas de interrupção do processo gestacional são deixadas de fora deste debate, o que constitui o lado oculto da discussão sobre a gravidez na adolescência⁷⁰.

Ao se investigar a cogitação e prática do aborto entre jovens com idades entre 18 e 24 anos de ambos os sexos, de estratos sociais diferentes e que experienciaram ou não a gravidez antes dos 20 anos, constatou-se

que um número expressivo de homens declarou aborto realizado por parceiras (43%), especialmente quando comparado à proporção declarada pelas mulheres (17%). Do total de jovens entrevistados, 73% cogitaram a possibilidade do aborto antes de optar por manter a gravidez⁴¹.

A gravidez não planejada, se for também indesejada, pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiras, como atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, bem como os índices de óbitos maternos juvenis⁵⁵. Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens e, em particular, negras e pobres mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também às consequências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida e saúde⁵⁵.

A relação entre o aborto inseguro e morte materna é uma grande preocupação e motivo de luta para a sua legalização nos países onde tal prática é proibida, uma vez que mortes por aborto inseguro representam 13% das mortes maternas⁵. Na América Latina e no Caribe, o aborto é responsável por 12% da mortalidade materna, sendo a quarta causa dos óbitos, embora algumas regiões da América Latina sejam responsáveis por 30% delas²⁷.

No Brasil, o aborto provocado representa a quarta causa de morte materna, e é expressivo o quantitativo de internações em leitos hospitalares de ginecologia devido às complicações. Estimativas do banco de dados do SUS retratam que ocorre no país de 1 a 1,2 milhão de abortamentos ao ano que constituem a quinta causa de internação e são responsáveis por 9% das mortes maternas e 25% das esterilidades por causa tubária³³.

A curetagem pós-abortamento foi o procedimento cirúrgico mais realizado entre 1995 e 2007. Com base em dados do Ministério da Saúde, foram analisados mais de 32 milhões de procedimentos e a curetagem foi a cirurgia mais realizada⁷¹, o que evidencia que, apesar de os abortos inseguros serem evitáveis, eles continuam a representar riscos desnecessários para a saúde das mulheres⁵.

A ausência de debates sobre a especificidade da interrupção da gravidez favorece uma visão reducionista sobre o significado desse evento

no início da trajetória reprodutiva, na medida em que não é levado em conta o fato de que a decisão sobre a continuidade de uma gravidez abriga, ainda que de forma não revelada, a eventual possibilidade dos ônus e riscos da opção pelo aborto.

Entre jovens, ainda em fase de aprendizado do exercício da sexualidade com o parceiro e do contexto relacional ali implicado, a ideia do aborto está presente desde o momento da descoberta da situação. Trata-se das circunstâncias da notícia e da revelação da gravidez à família, ao parceiro ou aos pares, até a deliberação de realizá-lo com os recursos disponíveis, uma vez que esse procedimento não é acessível a qualquer adolescente que o deseje⁴¹.

Neste contexto, destaca-se que a ocorrência do abortamento na vida das mulheres vai além do que os dados estatísticos mostram, uma vez que se trata de uma situação permeada por conflitos no âmbito particular e social ocorridos no mundo da vida como retratam alguns estudos qualitativos^{30-32,34-35,42}.

Estudo de revisão envolvendo pesquisas sobre experiências de mulheres com o aborto identificou como temas principais: fatores que levam as mulheres a procurarem ou não por um aborto, experiências com o aborto e aspectos ambientais em que ocorre o aborto. De modo geral, as decisões das mulheres estão relacionadas à negociação com o parceiro e familiares, sendo que mulheres que estão bem-informadas e têm apoio nas suas escolhas têm experiências positivas. O receio com as prováveis atitudes dos profissionais e a falta de privacidade nos serviços de saúde são fatores que levam muitas mulheres a decidirem por realizarem o aborto em suas casas, apesar dos riscos envolvidos³¹.

Um outro estudo envolvendo cinco mulheres com idades entre 19 e 33 anos com o objetivo de analisar suas experiências com o aborto induzido evidenciou que o processo do abortamento esteve permeado pela ambivalência, uma vez que as mulheres, apesar de relatarem atitudes positivas em relação ao aborto, demonstraram atitudes negativas com suas próprias experiências. Para elas, problemas vivenciados na infância, decorrentes de famílias divididas, dificuldades econômicas e carência de

apoio de suas mães, amigos e companheiro influenciaram a decisão pelo aborto³⁴.

Com o objetivo de conhecer as razões que levam as mulheres da área rural de Gabão, Sul da África, a interromperem a gestação, realizou-se um estudo com cinco mulheres que haviam induzido um aborto. Para elas, os motivos que levaram à decisão pelo aborto foram dificuldades financeiras e falta de apoio do parceiro, e os meios usados para sua realização foram chás e medicamentos. Ao refletirem sobre a situação vivida, as mulheres relataram que se sentiram agredidas física e espiritualmente³².

Estudo brasileiro realizado em João Pessoa (PB) com nove mulheres que foram internadas em uma maternidade pública para tratamento do abortamento provocado evidenciou a existência de contraditoriedade dos discursos ao avaliar a experiência e as reações emocionais como remorso/consciência pesada, arrependimento, sensação de perda e, principalmente, culpa que carregariam para o resto de suas vidas. Decidir-se pela interrupção voluntária da gravidez representou para as mulheres um dilema entre a convicção de que era uma conduta moralmente incorreta e a convicção de que as circunstâncias de vida em que ocorrera a gravidez não lhes permitiriam ter o filho sozinhas e responsabilizarem-se por ele³⁵.

Os resultados de uma pesquisa que buscou analisar a experiência de mulheres jovens que recorreram ao aborto clandestino no município de Cabo Frio (RJ) mostraram uma rede vulnerável, entrelaçada por várias situações, entre elas: a dificuldade financeira, a gravidez precoce, a instabilidade na relação com o parceiro, bem como a dificuldade na tomada das decisões reprodutivas. As percepções das mulheres retratam os diversos contextos e realidades vivenciados em seus cotidianos, e a decisão de recorrer ao aborto clandestino representa uma decisão difícil e dolorosa, mas que não ocorreu de forma individualizada e isolada. Destaca-se que a utilização dos métodos contraceptivos não é um aspecto fácil devido aos variados problemas de acesso e adesão, sendo ainda ineficientes as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, principalmente entre jovens³⁰.

A análise dos relatos de dez adolescentes que vivenciaram o abortamento e foram internadas para tratamento no Hospital Maternidade

Santa Izabel, da cidade de Bauru (São Paulo, Brasil), permitiu visualizar que tal processo, descrito desde a descoberta da gravidez até a necessidade de retornar ao cotidiano, foi permeado por sentimentos de dúvida, ansiedade, medo, negação e desamparo, intensificados pela falta de conhecimentos prévios, de orientações e de apoio, tanto dos familiares como da equipe de saúde, da qual essas adolescentes esperavam mais esclarecimentos, o que, possivelmente, facilitaria a compreensão do evento e as condutas futuras⁴².

Apesar do grande número de estudos identificados, existe na literatura uma escassez desses no que tange à ocorrência do abortamento, especificamente, na adolescência, o que torna relevante a realização desta investigação que busca compreender o significado da ação de provocar o aborto a partir da perspectiva de mulheres e do contexto de relações sociais vivido por elas no mundo da vida.

ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

3 ENCAMINHAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A busca pela compreensão do significado da ação de provocar o aborto na adolescência levou-me a eleger a pesquisa qualitativa como base teórico-metodológica para guiar este estudo por ser um tipo de abordagem que favorece o aprofundamento relativo aos significados, crenças e valores que as pessoas atribuem às suas ações e relações humanas⁷².

Entre as abordagens da pesquisa qualitativa, a fenomenologia se mostrou mais pertinente por se propor a compreender os fenômenos humanos a partir de uma experiência concreta, vivenciada no cotidiano.

A fenomenologia, de acordo com Husserl, visa descrever as coisas nelas mesmas, tais como elas se manifestam à consciência. Ela visa desvelar aquilo que está presente naquilo que se mostra à consciência. Desse modo, não se caracteriza por ser um método com fins meramente práticos. Ela se propõe a uma compreensão e interpretação humana tal como ela é vivida e como se apresenta antes de se tornar objeto da percepção científica¹. Nesta abordagem, o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar, sendo colocadas em suspensão as explicações e teorias ou qualquer outra indicação que defina previamente o fenômeno⁷³.

No que se refere ao referencial teórico-filosófico para guiar este estudo, optei pela fenomenologia social de Alfred Schutz por possibilitar a adoção de uma sistemática de investigação que garante melhor compreensão dos fenômenos que ocorrem no mundo vida, onde as pessoas atuam, interagem, compreendem e são compreendidas⁷⁴.

Desse modo, busquei nas obras de Schutz fundamentação para compreender o significado da ação de provocar o aborto na adolescência, entendendo que esse significado nunca é individual, pois, embora seja vivenciado por uma mulher num contexto objetivo de significação, está contextualizado na intersubjetividade, configurando um sentido social.

¹ Fala da filósofa Creusa Capalbo no Seminário sobre Alfred Schutz realizado em Juiz de Fora em março de 2010.

3.1 O REFERENCIAL DA FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ E SUA ARTICULAÇÃO COM A TEMÁTICA EM ESTUDO

Alfred Schutz foi um importante filósofo e sociólogo, que nasceu em Viena (Áustria), em 1899, e faleceu em Nova Iorque (EUA), em 1959. Dedicou-se à fenomenologia, à metodologia das ciências sociais e à filosofia de Edmund Husserl, sendo sua principal contribuição o desenvolvimento da filosofia fenomenológica de Husserl como a base para fundamentar a sociologia da compreensão derivada do trabalho de Max Weber⁷⁵.

Para Schutz, a fenomenologia social tem como proposta a análise das relações sociais no mundo da vida e como ponto originário a relação intersubjetiva, ou seja, a relação entre sujeitos, pois não há indivíduo que viva isoladamente⁷⁴. Neste sentido, ele afasta-se de Husserl e de outros fenomenólogos que privilegiam a percepção da dimensão transcendental como sendo a mais importante para a fenomenologia e direciona seus trabalhos para ação, uma vez que esta é a raiz das relações humanas.

Ao falar de relação social, Schutz ressalta que esta tem características próprias, cujas ações ocorrem de maneira consciente e intencional, possuindo um significado para o ator. Dessa forma, destaca que o significado tem sempre intenção subjetiva, pois é um ato de atribuição por parte do sujeito e refere-se a uma vivência humana, devendo ser analisado na vida social cotidiana e não na esfera de redução transcendental⁷⁶.

Portanto, atribuir significado é uma maneira de olhar para um aspecto de uma vivência que nos pertence, uma vez que minha experiência no mundo se justifica mediante a experiência dos outros com quem estabeleço conhecimentos, atividades e sofrimentos comuns, sendo este mundo interpretado como um possível campo de ação de todos nós⁷⁶.

Em sua obra, Schutz aponta uma preocupação com a objetividade e a subjetividade nas ciências sociais quando apresenta a questão do “sentido da ação” definida pelo sujeito e a postura do pesquisador. Neste sentido, a preferência pelo aspecto subjetivo é garantia única de que o mundo da

realidade não será substituído por um mundo construído pelo pesquisador e que, na verdade, não existe⁷⁶.

Ao realizar este estudo em busca da compreensão do significado da ação de provocar o aborto na adolescência, minha intenção é buscar o sentido desta ação social expresso pelas mulheres a partir de suas vivências no mundo da vida, tal como elas se apresentam, antes de tornar objeto de reflexão para mim, pesquisadora.

Schutz destaca que o mundo da vida é o mundo de nossas experiências. Não é o meu, nem o seu privado e nem a soma de nossas experiências. É um mundo onde a experiência é comum entre nós, uma vez que somos contemporâneos no tempo e no espaço. É, portanto, um mundo cultural e intersubjetivo, onde as pessoas coexistem de modo consciente e similar⁷⁴ e que se encontra estruturado previamente, antes do nascimento do ser humano, constituindo-se em um cenário onde este vive e interage com os outros, transformando-o continuamente e alterando as estruturas sociais. Assim, a leitura que ele faz da realidade o faz agir de modo natural – modo espontâneo, de se colocar no mundo da vida, manifestando assim sua atitude natural⁷⁶.

Neste contexto, o grande mérito da fenomenologia social é o retorno ao mundo da vida, ou seja, a aquilo que tem um sentido comum na nossa vida numa situação de relação social, pois, desde o nosso nascimento, a vida é uma vida social.

O mundo da vida é a essência da ação social, pois é onde os homens entram em mútua relação, uns com os outros e consigo mesmo. Neste mundo, cada pessoa se insere de maneira própria segundo sua situação biográfica que é única, pessoal e individual. No entanto, como atores do mundo social, dispomos de uma série de conhecimentos que nos estão disponíveis e serão compartilhados com os outros homens.

Schutz diz que o homem está situado biograficamente no mundo da vida, sobre o qual ele deve agir⁷⁶. Assim, as novas experiências são determinadas mediante um tipo constituído em experiências anteriores, organizadas em nosso acervo de conhecimentos. Daí se diz que nunca

podemos falar de experiências novas se não tivermos uma base biográfica de uma situação vivida no passado.

Embora a gravidez vivenciada na adolescência se caracterize, a princípio, como um problema na esfera individual, ela tende a se configurar em conflitos no âmbito familiar e social em decorrência das normas sociais dadas como corretas, como engravidar após o casamento ou quando se tem uma estabilidade financeira. Além do mais, os pressupostos sociais dados como certos desde o nascimento no contexto familiar tendem a influenciar a adolescente a valorizar a manutenção da procriação humana, ao mesmo tempo em que busca atender às exigências do mundo moderno, como preparação para inserção no mercado de trabalho e as responsabilidades da vida adulta.

Assim, diante de uma gestação não planejada, a mulher tende a vivenciar conflitos diversos na relação familiar, uma vez que esta é permeada por um mundo cultural que impõe às adolescentes padrões culturalmente aceitos, que nem sempre são vivenciados como foram transmitidos pelos seus predecessores e contemporâneos.

Como diz Schutz, o homem está situado em um contexto histórico e suas experiências estão articuladas às diferentes situações que definem o sentido comum de toda a ação social. Por isso se diz que cada pessoa, durante sua vida, interpreta o que encontra no mundo segundo as perspectivas de seus próprios interesses e motivos e que a realidade do sentido comum, matriz de toda ação humana, está diretamente relacionada à totalidade da experiência que a pessoa constrói no curso de sua existência⁷⁴.

A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional. Ela nunca está isolada, ou desvinculada de outra ação e do mundo de relações. Mas as ações diferem dos atos, pois o ato é algo já realizado e a ação é algo a ser feito. A ação terá sempre um interesse, uma motivação e uma direção. Ela visa algo para alguém e diz respeito àquilo que virá. Tem uma perspectiva de futuro. Já o ato diz respeito àquilo que já passou⁷⁶.

Ao buscar a fundamentação para a ação, faz-se necessário ir ao encontro da teoria da motivação existencial que inclui as razões para realizar determinada situação, denominadas “motivos para” e as razões enraizadas em experiências passadas, ou seja, “motivos porque”. Os “motivos porque” referem-se a algo que foi feito e os “motivos para”, ao que será feito⁷⁴.

Ao refletir sobre o aborto provocado na adolescência, a mulher busca no passado razões para justificar o ato realizado (motivo porque) e ao reconstruir a experiência vivida projeta novos horizontes de ação (motivos para) na tentativa de superá-lo.

Os “motivos para” remetem o homem para um comportamento futuro e estão diretamente relacionados com a sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis no momento da projeção da ação⁷⁴. Ao realizar a ação tal como planejada, seu sentido inicial poderá se modificar e abrir um leque de infinitas reflexões, possibilitando mudanças de comportamento⁷⁷.

Os “motivos porque” são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados. Constituem-se na bagagem de conhecimentos que herdamos dos nossos predecessores. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva, a partir da reflexão do ato concretizado⁷⁴.

Sob esta perspectiva, a situação de provocar o aborto na adolescência traz em si uma atitude reflexiva voltada para os “motivos porque” e como uma ação que tem em vista um projeto que conduz a vida pós-abortamento, os “motivos para”. Daí a importância de se buscar o significado desta ação por meio da fenomenologia social, a partir da análise das relações sociais entre sujeitos.

Para interpretar a ação sob o ponto de vista do sujeito como uma característica típica de um grupo social que vivencia o comportamento estudado faz-se necessário realizar a tipificação que é uma elaboração conceitual de segunda potência, pois, quando me volto para refletir sobre uma vivência, estou falando sobre aquela vivência. Todos os conceitos científicos são, portanto, de segunda potência, pois se voltam para o mundo

da vida para pensar, refletir, compreender, aclarar e dizer como este mundo foi vivido antes de ser pensado reflexivamente².

Para Schtuz, a fenomenologia se interessa pelo retorno a este mundo da vida que é de domínio público, pois é nele que vivemos, trabalhamos, amamos e nos comunicamos. Ao examinar este vivido, ela o fará mediante suas tipificações concretas da vida cotidiana e não de tipos ideais elaborados pela ciência social como preconizava Weber. Por isso se diz que a fenomenologia social caminha na elaboração das tipificações cotidianas do vivido social, na compreensão do processo intersubjetivo da construção significativa da vida social e na compreensão dos significados da ação³.

Para elaborar as tipificações e alcançar a estrutura subjetiva do sentido da ação social, deve-se fazer uso de um esquema conceitual, a tipologia do vivido, que, de acordo com Schutz, é uma síntese de reconhecimento em que são reunidas as vivências conscientes de uma pessoa ou de um grupo⁷⁴. Por constituir-se em uma elaboração objetiva do mundo subjetivo, poderá ser transmitida pela linguagem significativa, sendo compreendida por aqueles que vivenciam tal situação.

As mulheres que provocaram o aborto na adolescência configuram-se em um grupo social que possui características típicas permeadas pelo contexto sócio, histórico e cultural que fundamentam a decisão de provocar o aborto (motivos porque) e que possibilitam diferentes projetos no que diz respeito à vida reprodutiva (motivos para). Daí a importância de compreendermos como se dá o vivido social e como se dá a emergência da reflexão sob estes vividos sociais no emergir dos conceitos ou das categorias, tal como elas são vividas concretamente no mundo da vida.

Neste sentido, busco, neste trabalho, voltar para a ação de provocar o aborto na adolescência a fim de trazer para a reflexão o invariante, ou seja, o que se apresenta em todas as ocasiões da mesma forma e que se constitui em um comportamento típico de um grupo social que compartilha a mesma vivência.

² Fala da filósofa Creusa Capalbo no Seminário sobre Alfred Schutz realizado em Juiz de Fora em março de 2010.

³ Idem.

CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA

4 CONSTITUIÇÃO DA PESQUISA

4.1 A REGIÃO DE INQUÉRITO

Nesta pesquisa, a cidade de Caratinga foi o local onde surgiram as inquietações sobre o fenômeno “abortamento provocado na adolescência”. Trata-se de uma cidade localizada no interior do leste mineiro, emancipada no século XII e que tem o cultivo do café como importante atividade econômica⁷⁸. Com uma população de 85.322⁴⁷, possui, no setor saúde, hospitais, pronto-socorros, unidades de saúde da família, dentre outros.

A região de inquérito é o local onde emergem as dúvidas e inquietações do pesquisador. Não é necessariamente um espaço físico, mas um espaço de referência conceitual, em que as pessoas vivenciam suas experiências e as expressam ao investigador quando são interrogadas⁷⁹.

Assim, as mulheres que constituíram sujeitos desta pesquisa foram consideradas em seus mundo vida, de acordo com a situação biográfica própria e a bagagem de conhecimentos que tinham no momento da abordagem. Todas moravam na periferia de Caratinga, próximo a regiões de maior pobreza, tráfico de drogas e violência. Tinham baixa escolaridade e relataram dificuldades econômicas em decorrência das limitações impostas pelos trabalhos informais dos quais participam.

4.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Ao realizar este estudo, minha intenção inicial era entrevistar adolescentes que haviam vivido a experiência do aborto provocado e que tinham idades entre 18 e 20 anos incompletos, considerando, respectivamente, a maioridade civil e a faixa etária determinada pela OMS

como sendo da adolescência⁴⁴, fato que garantiria autonomia e liberdade para as mesmas participarem, sem o consentimento dos pais ou responsáveis. De acordo com o Código Civil Brasileiro, em seu art. 5º: “a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil, caso contrário, para a validade dos seus atos, será preciso que estejam representados por seu pai, sua mãe ou por tutor”⁸⁰.

Para captar os sujeitos que preenchessem os critérios de inclusão previamente estabelecidos, estabeleci como ponto de partida o espaço social da escola por considerar que seria o local mais viável para encontrar os sujeitos que procurava. Trata-se de um espaço privilegiado para captar os adolescentes para trabalhos em saúde, pois, além de agregar grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade, é um espaço de socialização, formação e informação e é onde eles passam a maior parte do seu tempo⁵⁰.

Assim, fiz um contato formal com o diretor de uma escola pública de Caratinga e apresentei um projeto de extensão universitária sobre educação sexual a ser desenvolvido com o apoio de acadêmicas do curso de Enfermagem da faculdade em que trabalhava como docente na época.

De posse do parecer favorável do diretor da referida escola (Anexo1), dos professores e pais dos adolescentes, iniciamos o referido trabalho com o objetivo de discutir questões relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e à sexualidade humana.

Por meio de oficinas educativas, temas como sexualidade humana, transformações ocorridas na adolescência, namoro, o “ficar” e paquera, métodos contraceptivos, DST, gravidez e abortamento na adolescência, foram discutidos no período de fevereiro a setembro de 2010.

Durante a realização das atividades educativas, procurei, por meio do vínculo estabelecido com alunos, encontrar alguma adolescente que havia provocado um aborto ou que conhecia alguém que havia vivido tal experiência. Muitos foram os relatos de casos identificados, mas, quando comentava sobre a presente pesquisa, apesar de explicar detalhadamente as questões éticas envolvidas e destacar o respeito ao sigilo das

informações fornecidas e a garantia do anonimato, as adolescentes demonstravam constrangimento em falar das pessoas que conheciam.

Depois de inúmeras tentativas, foi necessário rever os critérios de inclusão definidos *a priori* e então, incluir mulheres em diferentes faixas etárias. Assim, os novos critérios estabelecidos foram: ser mulher, ter idade superior a 18 anos e ter vivido a experiência do aborto provocado na adolescência.

No decorrer da pesquisa, optei por adotar a classificação de adolescência proposta por Steingberg⁸¹ e não a da OMS porque permitia incluir mulheres que, na época do abortamento, tinham idades até 21 anos, ampliando assim as possibilidades de captação desses sujeitos.

Neste caminhar de procura pelos sujeitos, contei também com a ajuda de algumas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem, que identificaram, por meio de conversas informais com pessoas da comunidade, adolescentes e mulheres que preenchiam os critérios de inclusão e que se dispuseram a participar da pesquisa.

Apresento, a seguir, as características da situação biográfica das sete mulheres que participaram deste estudo:

› **Mulher 1:** 20 anos, solteira, evangélica, do lar e com ensino fundamental incompleto. Tem um companheiro com quem vive. Teve sua menarca com 12 anos e sua primeira relação sexual com 13 anos. Engravidou três vezes. Tem dois filhos. Relata conhecer os métodos contraceptivos e usar a camisinha masculina. O aborto foi provocado quando tinha 17 anos em sua terceira gravidez. Na época, vivia com seu companheiro atual, pai dos seus dois filhos e do bebê que esperava. Passavam por dificuldades financeiras.

› **Mulher 2:** 18 anos, solteira, católica, estudante do 2º ano do ensino médio. Mora com a mãe. Teve sua menarca com 14 anos e sua primeira relação sexual com 15 anos. Engravidou apenas uma vez. Relata conhecer os métodos contraceptivos e usar a pílula e a camisinha masculina. O aborto foi provocado quando tinha 15 anos por imposição da mãe. Na época,

estava namorando. O relacionamento era do conhecimento da mãe e a gravidez foi reconhecida pelo namorado, que queria se casar, mas não teve a aprovação de sua mãe. Atualmente, tem esta mesma pessoa como namorado.

› **Mulher 3:** 28 anos, solteira, católica, trabalha em um lavador de carros e tem ensino fundamental incompleto. Tem um companheiro com quem vive. Teve sua menarca com 13 anos e sua primeira relação sexual com 15 anos. Engravidou quatro vezes. Tem dois filhos e, atualmente, está grávida. Conhece os métodos contraceptivos e disse já ter usado a pílula. O aborto foi provocado quando tinha 20 anos, em sua terceira gravidez. Na época, vivia com seu companheiro atual, pai dos seus filhos e do bebê que esperava. Passavam por dificuldades financeiras e viviam uma instabilidade no relacionamento conjugal (brigas constantes).

› **Mulher 4:** 27 anos, casada, católica, manicure e com ensino médio completo. Mora com o esposo. Teve sua menarca com 12 anos e sua primeira relação sexual com 16 anos. Engravidou apenas uma vez. Relata conhecer os métodos contraceptivos e usar injetável. O aborto foi provocado quando tinha 16 anos, por imposição da mãe. Na época, tinha um namorado e ele ficou sabendo da gravidez. Sua mãe não aceitava o relacionamento.

› **Mulher 5:** 19 anos, solteira, evangélica, babá e com ensino fundamental incompleto. Mora com a mãe. Teve sua menarca com 12 anos e sua primeira relação sexual com 14 anos. Engravidou duas vezes. Atualmente, está grávida. Relata conhecer os métodos contraceptivos e já ter usado a pílula e a camisinha masculina. O aborto foi provocado quando tinha 14 anos, em sua primeira gravidez, por imposição da mãe. Na época do abortamento, tinha um namorado que não era do conhecimento da mãe. Ele não quis reconhecer a gravidez.

› **Mulher 6:** 35 anos, solteira, evangélica, babá e com ensino fundamental incompleto. Tem um companheiro com quem vive. Teve sua

menarca com 15 anos e sua primeira relação sexual com 18 anos. Engravidou três vezes. Tem dois filhos. Conhece os métodos contraceptivos, mas, atualmente, não usa nenhum. Fez laqueadura há 11 anos. O aborto foi provocado quando tinha 19 anos, em sua primeira gravidez. A gestação foi resultante de um relacionamento eventual. Não podia e não queria ter um filho naquele momento, pois morava na casa de uma pessoa para trabalhar. Sabia que seu pai jamais aceitaria. Então, decidiu pelo aborto. O pai do concepto não ficou sabendo da gestação.

› **Mulher 7:** 33 anos, solteira, sem religião definida, cabeleireira, com ensino médio completo. Tem um companheiro com quem vive atualmente. Teve sua menarca com 12 anos e sua primeira relação sexual com 14 anos. Engravidou três vezes. Tem dois filhos. Fez histerectomia devido a um câncer. O aborto foi provocado quando tinha 20 anos, em sua terceira gravidez. Na época, vivia com os pais e havia engravidado de um relacionamento eventual. Tinha um emprego informal. O pai do concepto era casado e ficou sabendo da gestação após a realização do aborto.

4.3 O PROCESSO DE OBTENÇÃO DOS DEPOIMENTOS

Para alcançar o objetivo proposto e responder às inquietações desta pesquisa acerca da ação de provocar o aborto na adolescência, utilizei a entrevista aberta, agendada previamente e realizada em local, dia e horário definido pelas participantes. A maioria das entrevistas foi realizada nos domicílios das mulheres.

O contato inicial com cada mulher até a realização da entrevista durou em média 30 dias. Todas as entrevistas foram realizadas após vários contatos por telefone e a maioria delas foi cancelada diversas vezes por motivos não especificados. As mulheres pareciam estar com medo de participar da pesquisa e expor sua experiência.

Antes de iniciar a obtenção dos depoimentos, procurei estabelecer um ambiente de confiança mútua com a participante. Assim, me apresentava, falava um pouco da minha vida profissional e então colocava a proposta em estudo, destacando objetivo, finalidade, questões éticas envolvidas e importância da sua participação. Também solicitava a permissão da utilização do gravador para facilitar o registro dos dados e posterior análise.

As mulheres foram abordadas individualmente, no período de junho de 2010 a março de 2011, de modo atento, com o objetivo de compreender a significatividade motivacional da ação de provocar o aborto na adolescência, por meio da relação social do tipo face a face, que, para Schutz, é o tipo de relação mais forte, pois estabelece uma relação de comunidade⁷⁶. Para tanto, utilizei as seguintes questões: conte-me, como foi para você descobrir que estava grávida? Como você se sentiu? Como foi para você decidir pelo aborto e realizá-lo? Como você vivenciou esse momento? Quais são seus planos?

Importante destacar que na maioria das entrevistas, não foi necessário colocar todas as questões orientadoras, pois, a partir da questão “conte-me como foi para você descobrir que estava grávida”, as mulheres respondiam às seguintes e que houve momentos de choro e silêncio.

Após a realização de cada entrevista, transcrevi os depoimentos na íntegra, conferindo-se a transcrição com a gravação. Nenhuma mulher se recusou a gravar a entrevista, apesar de terem demonstrado insegurança no início da conversa, como timidez e voz baixa.

O número de sujeitos não foi determinado *a priori* por se tratar de um estudo com abordagem da fenomenologia social. Assim, as entrevistas foram encerradas quando os depoimentos das mulheres mostraram convergência dos “motivos porque” e “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido para compreensão do significado da ação de provocar o aborto na adolescência.

4.4 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A organização e a categorização do material obtido foram realizadas conforme estudo de Parga-Nina⁸², seguindo os passos adotados pelos pesquisadores da fenomenologia social de Alfred Schutz⁸³⁻⁸⁵.

1º passo: leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra, procurando, primeiramente, identificar e apreender o sentido global da ação social.

2º passo: Releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos porque” e aos “motivos para”.

3º passo: Agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para composição de categorias concretas⁴.

4º passo: Análise das categorias concretas para compreensão da ação social.

5º passo: Constituição do tipo vivido⁵ a partir do conjunto de “motivos porque” e “motivos para” expressos na análise das categorias concretas.

6º passo: Discussão do tipo vivido à luz da fenomenologia social de Alfred Schutz e outros referenciais relacionados ao tema.

A busca do que poderia emergir da intencionalidade da consciência voltada para a ação de provocar o aborto na adolescência, atrelada a minha

⁴ Conceitos de segundo nível elaborados pelo pesquisador a partir da convergência dos “motivos para” e dos “motivos porque” expressos na ação dos sujeitos.

⁵ O termo tipo vivido é empregado por Creusa Capalbo, filósofa brasileira, estudiosa da obra de Alfred Schutz.

postura como pesquisadora, levou-me a conduzir esta investigação a partir da experiência concreta vivida pelas mulheres no mundo da vida.

A leitura minuciosa dos depoimentos como material não estruturado teve como objetivo captar a repetitividade dos aspectos comuns da ação para apreensão das categorias concretas – conceito de segundo nível (constructos objetivos elaborados pela ciência) que tiveram origem no mundo social – a partir dos conceitos de primeiro nível (constructos subjetivos) que são as vivências identificadas nos depoimentos⁷⁴.

As categorias concretas expressam os fenômenos sociais tal como se apresentam no senso comum, envolvendo a reflexão de pessoas na atitude natural e a visão do pesquisador^{76,83-86}. Elas não são mutuamente excludentes, quer dizer, determinados aspectos das vivências podem estar presentes em mais de uma categoria já que são inter-relacionadas. Além do mais, sob a análise de um outro pesquisador, as categorias podem ter outro arranjo, já que possuem aspectos diversos, convergentes e divergentes, bem como pela possibilidade de transmitir uma multiplicidade de sentidos.

Assim, o significado subjetivo da ação pesquisada foi apreendido a partir da captação da vivência do sujeito que se encontra em seu “motivo porque” e “motivo para”, conforme a teoria da motivação social de Alfred Schutz.

Após identificar as categorias concretas emergidas dos depoimentos, procedi à análise do material realizada a partir daquilo que se mostrou significativo para mim enquanto pesquisadora. Para tanto, minha situação biográfica foi fundamental para compreender a ação das mulheres ao provocar o aborto na adolescência.

Para chegar ao tipo vivido, guiei-me pelos princípios destacados por Schutz para garantir a validade científica dos modelos construídos (postulado da consciência lógica), a significação subjetiva da ação (postulado da interpretação subjetiva) e a compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum da realidade social (postulado da adequação)⁸⁷.

Importante destacar que a constituição do tipo vivido permitiu a compreensão da ação estudada, pois, na vida cotidiana, os homens tipificam

as atividades humanas que lhes interessam para alcançar fins práticos. Além do mais, o que importa para a fenomenologia social não é o comportamento de cada indivíduo, mas o que pode se constituir em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo uma dada situação do comportamento vivido – provocar o aborto na adolescência.

Após a constituição do tipo vivido, procedi a sua discussão a partir da fenomenologia social de Alfred Schutz e de outros autores relacionados à temática.

4.5 OS ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo ao que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre diretrizes e normas regulamentadoras com pesquisa com seres humanos, as mulheres foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma⁸⁸.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, na apresentação dos resultados, utilizei a letra “D” para referir-me ao depoimento das mulheres, seguida de números arábicos de acordo com a ordem em que foram realizados (D1 a D7).

Antes de realizar a coleta dos depoimentos, foi solicitada a cada participante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias. Essa pesquisa foi submetida a uma avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e obteve parecer favorável sob o número 909/2010 (Anexo 2).

Ressalta-se que, antes de submeter o projeto pesquisa à avaliação do comitê, solicitei a autorização formal da escola onde buscava captar as adolescentes e do serviço de psicologia do Centro de Atenção à Saúde (CASU), serviço de atenção ambulatorial do Centro Universitário de Caratinga (UNEC), instituição de ensino onde atuava como docente na época da coleta de dados (Anexo 3).

Apenas uma mulher manifestou vontade de ser atendida no referido serviço. Assim, agendei o atendimento para ela como solicitado.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 AS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A organização e análise das categorias concretas para compreensão do significado da ação de provocar o aborto na adolescência envolveu o contexto de significados relacionados a experiência vivida no passado e refletida no presente – “motivos porque” e a intencionalidade da ação – “motivos para”, de acordo com Alfred Schutz⁷⁴.

5.1.1 O contexto de significados relacionado ao ato de provocar o aborto na adolescência: os “motivos porque”

O contexto de significados relacionados à reflexão sobre a motivação do “ato” de ter realizado o aborto envolveu a situação biográfica das mulheres entrevistadas por ocasião do diagnóstico da gravidez e realização do aborto, conforme expresso nas categorias abaixo:

CATEGORIA 1: O impacto da gravidez

A descoberta da gravidez na adolescência, para todas as participantes desta pesquisa, foi relatada como um momento de insegurança e desespero, pois não haviam planejado a gestação.

Aquelas que, na época do abortamento, eram solteiras e moravam com suas mães, temeram a não aceitação delas e, desse modo, manifestaram ansiedade e medo frente ao que lhes poderia acontecer:

Eu comecei a passar mal todos os dias na escola. [...]. Eu tinha certeza que estava grávida. Eu fui ao laboratório com minha colega. [...]. Eu falei: não é possível [...] minha mãe vai me matar [...] como que eu vou contar para a minha mãe. Ela vai me expulsar de casa (D2).

Eu sabia que estava grávida, só que eu fiquei calada. Depois eu fui e fiz o exame e deu positivo. [...]. Eu pensei que ela (mãe) fosse me matar (D4).

Minha menstruação atrasou e aí eu já sabia que estava grávida. Eu não fiz nenhum exame. [...]. Foi muito triste. Eu passei muito aperto porque não podia contar para minha mãe (D5).

Despreparadas para enfrentar esta nova situação, já que não sabiam como dar a notícia às mães, essas jovens mulheres, inicialmente, compartilharam-na com uma amiga de confiança ou com o namorado, pai do conceito e, então, tentaram esconder a gestação. Nesse processo de descoberta da gravidez, a postura do companheiro foi diferente em cada situação vivida pelas adolescentes:

Ela (amiga) foi a primeira pessoa que eu contei. [...] ele (o namorado) pegou o resultado do exame para mim e me falou que tinha dado positivo. Aí, nós pensamos, e agora [...] “Vamos enrolar sua mãe até onde der e depois vamos ver o que poderá acontecer”. Aí eu fui enrolando (D2).

Eu tentei esconder o máximo que eu pude da minha mãe. [...] Ela não gostava do cara que eu namorava [...] Sabia que minha mãe não iria aceitar. (D4).

Eu contei para uma amiga minha. [...]. Aí eu fui contar para minha mãe e ela não aceitou a gravidez. [...]. Na verdade, não fui eu quem contou para minha mãe. Foi minha amiga [...]. Eu contei para o rapaz e ele falou que não era dele. Eu me senti muito triste. Foi muito difícil. Eu sofri muito. Eu tinha só ele de namorado (D5).

No entanto, de acordo com os depoimentos das adolescentes, a evolução do processo gestacional manifestada pelas mudanças ocorridas seus corpos levou algumas mães a perceberem que algo diferente estava acontecendo com suas filhas e a supor que elas poderiam estar escondendo uma gravidez:

Ela (mãe) queria saber que dia minha menstruação vinha. [...] falou que eu estava gordinha e comendo demais (D2).

Na época, nós fomos a uma cachoeira e eu vesti um short curto e um toper e ela percebeu na hora. Quando chegou lá em casa, ela me perguntou se eu estava grávida. Eu falei para ela que não, mas sabia que estava. Ela falou para mim que eu estava grávida sim porque minha barriga estava muito grande. Eu estava de quatro meses (D4).

Assim, diante da possibilidade de uma gravidez, algumas mães impuseram à filha o exame e, logo que foi confirmada a gestação, decidiram interrompê-la, independentemente do desejo da mesma:

Um dia, eu saí de casa e, quando voltei, dei de cara com minha mãe com um teste de farmácia na minha frente para eu fazer (D2).

[...] ela me levou para fazer um exame e, aí, deu positivo. [...]. Na mesma hora, [...] me disse que eu não poderia ter aquele filho (D4).

Os depoimentos retratam a fragilidade das adolescentes diante da postura da mãe, uma vez que, na época em que vivenciaram o abortamento, tinham menoridade civil e dependiam financeiramente dela. Desse modo, a decisão de realização do aborto foi liderada pela mãe:

[...] minha mãe falou [...] que eu não poderia ter aquele filho e que era para eu tirar. [...] Eu não podia bater nela e tinha que respeitá-la (D2).

[...] minha mãe me disse que eu não poderia ter aquele filho e me falou que iríamos comprar remédio. Eu falei para ela que, se dependesse de mim, eu não compraria remédio nenhum. [...] ela falou que não era para eu ter aquele filho. Foi a maior confusão. [...]. Eu falei para ela que não iria fazer, mas, como eu morava com ela, tinha 16 anos e era menor, eu não tive muito que fazer (D4).

Minha mãe não quis (a gravidez) depois que eu contei. Eu queria, mas minha mãe não queria. Aí ela me obrigou a fazer o aborto. Minha mãe ficou desesperada e começou a me dar remédio e, como eu era nova, eu bebi (D5).

Importante destacar a influência da cobrança social e familiar imposta à mãe de uma adolescente, que também engravidou quando era jovem, na tomada de decisão pela manutenção ou não da gravidez da filha.

Minha mãe me teve muito nova. Então ela morria de medo de acontecer isso comigo. [...] o que a família vai achar. [...] Minha mãe falava que eles iriam falar que era culpa dela (D2).

Aquelas mulheres que, na época do abortamento, tinham filhos e moravam com um companheiro relataram que, ao se depararem com a possibilidade de uma nova gravidez, sentiram-se inseguras, pois não queriam engravidar naquele momento.

Eu não planejei. Eu tinha acabado de sair do resguardo e acabei engravidando. [...]. Foi muito esquisito. [...] É muito difícil. A gente pensa no que vai fazer. Eu já tenho pouca paciência com menino [...]. Por mim, tinha uma só [...]. Tem a questão financeira, porque criança gasta (D1).

Eu já tinha dois filhos quando engravidei. Meu menino pequeno estava com um ano e a convivência com meu marido não era muito boa. [...] Eu tomava remédio [...]. Eu não queria ter mais filho (D3).

Apesar de terem experiência com a maternidade, pois tinham filhos, os depoimentos mostram carência de conhecimentos sobre o uso correto dos métodos contraceptivos e os riscos para se engravidar.

De modo semelhante, aquelas mulheres que engravidaram em um relacionamento eventual também se sentiram inseguras ao descobrirem que estavam grávidas, pois não esperavam tal acontecimento naquele momento de suas vidas.

Foi um desespero porque eu trabalhava na casa dos outros. Eu saí de casa para trabalhar [...] aí eu engravidei. Como que eu iria contar para minha patroa para ela contar para os meus pais. [...] Quando engravidei, eu tinha 19 anos e eu não podia contar para os meus pais de jeito nenhum porque meu pai falava que, se uma das filhas aparecesse em casa grávida, teria que sair mãe e filha porque ele não aceitaria. (D6)

Eu não queria acreditar que estava grávida, porque, ao mesmo tempo que eu queria muito, eu não podia. Eu já tinha dois filhos e este seria o terceiro. E usou solteira. Vivía com meus pais. Meus dois filhos não são do mesmo pai e a terceira gestação também não seria do mesmo pai dos dois. [...] Foi aquele desespero. (D7)

Para essas mulheres, uma gravidez não planejada causaria conflitos significativos no contexto familiar e o aborto apresentava-se como uma possibilidade de alteração dessa situação.

CATEGORIA 2: A decisão e a realização do aborto

As mulheres que, na época do abortamento, moravam com suas mães e dependiam financeiramente delas, apesar da vontade de dar continuidade à gestação, não puderam fazer essa escolha e provocaram o aborto por imposição da mãe. Esta situação foi relatada pelas participantes como um momento de sofrimento, pois foram agredidas física e psicologicamente. Em suas próprias casas, as mães coagiram suas filhas a beber chás e a usar medicação para realizar o aborto:

Ela (mãe) [...] pediu para eu ligar para o meu namorado e pedir para ele comprar o remédio [...]. Eram dois [...]. Um para tomar e o outro para enfiar lá. Só que eu não tinha coragem de enfiar e pedi para minha mãe fazer isso. Ela também não queria fazer. Eu disse então que não iria colocar. Que nojo! Minha mãe então colocou dentro de mim. Eu senti uma cólica danada. [...]. Demorou umas três horas para o remédio fazer efeito. [...]. Sentada no vaso, minha mãe falava para eu fazer força para sair e ela apertava

minha barriga. Eu tentava, mas não saía nada. Minha avó também me deu muito chá (D2).

[...] ela (mãe) pegou o exame, falsificou colocando o nome dela e foi na farmácia comprar o remédio [...] ela me acordou e me fez tomar uma pílula e enfiar a outra. Eu falei que não iria fazer, mas, como eu morava com ela e era muito nova, não tive outra opção. Aí, deu duas horas [...] três, quatro [...] e nada de fazer efeito. [...] ela me deu de novo. [...] eu quase morri. Eu senti muita dor. Eu pedi para morrer de tanta dor que eu senti. Eu vi meu filho. Ele já estava grande quando saiu. [...]. Eu me lembro de tudo direitinho como se fosse hoje. [...] Minha mãe veio e enrolou ele em uma toalha, colocou dentro da sacola e jogou dentro do rio (D4).

Minha mãe queria me levar em uma mulher que fazia aborto. Só que, na época, ela estava presa. {...} Minha mãe me deu buchinho do norte, chá de maconha, cachaça queimada com canela e limão. Só que nada disso adiantou e eu fui parar no hospital. [...] eu passei muito mal. Lembro que começou sair sangue pelo nariz e pela boca e eu quase morri. Saiu sangue pelo ouvido (D5).

Conforme especificado nos depoimentos, para conseguir realizar o aborto, as mães das adolescentes falsificaram exames, compraram medicação sem prescrição médica e procuraram pessoas sem qualificação para fazer o aborto (popularmente conhecidas como aborteiras ou curiosas).

Como o processo do abortamento não ocorreu conforme esperavam, algumas mães tiveram que procurar por atendimento médico para salvar a vida da filha que apresentava sérias complicações e corria risco de morrer:

Como não resolveu, minha avó resolveu me levar no médico e ele pediu um ultrassom. [...] estava com dois meses e pouco. Só que o bebê já estava morto. O médico então disse que eu teria que fazer curetagem (D2).

Eu estava sangrando tanto que estava quase morta. Então, minha mãe teve que chamar o corpo de bombeiros. [...] o médico me passou na frente. [...]. O neném estava vivo ainda. O coração dele estava batendo [...]. Mas, quando eu cheguei em casa, minha mãe me deu mais remédio e aí ele morreu. Eu não contei nada para o médico. [...]. Aí, depois disso, eu fui para o hospital de novo, para internar para tirar ele. [...] minha mãe falou que eu tinha caído da escada. Eu fiquei calada. Fiquei muito triste. Tirar um filho que está dentro de você não é fácil não (D5).

O medo de serem presas porque haviam provocado o aborto, ato ilegal em nosso país, permeou a ação das mães e das adolescentes durante esse processo, em que elas manifestam uma preocupação com a possibilidade da descoberta do aborto frente à necessidade de internação hospitalar.

Vale a pena destacar que, apesar de ter ocorrido em apenas um caso, houve menção ao pagamento de propina a um profissional médico para não denunciar o aborto realizado.

Minha mãe contou para o médico o que tinha acontecido. Ela sempre foi muito amiga dele. [...] Minha mãe pediu para não contar para ninguém porque poderíamos ser presa. Aí, o médico pediu uns R\$ 200,00 para calar a boca. [...]. Na hora de ir embora [...], eu pedi a ele para deixar o cartão e o ultrassom comigo e ele falou que não iria deixar porque iria mexer com o meu psicológico e que eu iria me sentir muito ruim olhando o ultrassom. Aí ele rasgou e jogou fora para sumir com aquilo do hospital. (D2)

Após a realização do aborto, os depoimentos mostram que o que restou às adolescentes foi sofrimento e frustração por não terem lutado contra a decisão da mãe. A ausência de autonomia e poder de decisão sobre o próprio corpo e a saúde aparece nas entrelinhas das falas dessas jovens mulheres.

Já as mulheres que tinham filhos e viviam com seus companheiros, apesar da incerteza do que poderia acontecer, não aceitaram a gestação e decidiram interrompê-la, independentemente da postura dos mesmos. No entanto destacam que a dificuldade financeira e a imaturidade que tinham à época impulsionaram a decisão pelo aborto.

Eu decidi pelo aborto porque eu não tinha condições. [...] foi mais por impulso na hora. Eu não sabia o que iria fazer. Como que eu iria cuidar, pois estava com duas crianças pequenas [...]. Eu decidi sozinha. [...]. Eu disse que queria e pronto. Pelo meu marido eu não tinha tirado não (D1).

Tínhamos muitos problemas e muitas dificuldades. Ele não queria que eu tivesse arrumado outro filho. [...]. Eu trabalhava fora, mas passava por muita angústia em casa. Muita dificuldade. [...]. Decidi sozinha a fazer o aborto. Meu marido não sabia que eu iria tirar. Eu contei para ele que estava grávida e ele ficou neutro (D3).

De modo semelhante, as que não tinham companheiro também não desejaram engravidar naquele momento de suas vidas. No entanto, o fato de a gravidez ter sido decorrente de um relacionamento eventual agravava a situação. Desse modo, sem o conhecimento do pai do concepto, elas decidiram pelo aborto, pois temiam as repercussões advindas desta nova situação, principalmente na família.

Eu fiquei doida porque eu não queria voltar para casa e como que eu iria fazer. Eu queria tirar de qualquer jeito (D6).

[...] eu não podia ter a criança. Naquele momento não, porque eu não estava empregada, a situação com o pai da criança não era boa. Ele já estava casado. [...] a minha mãe era muito legal comigo e eu não queria decepcioná-la (D7).

Neste processo de decisão e realização do aborto, tanto as mulheres que tinham filhos e viviam com seus companheiros como aquelas que não tinham companheiros e engravidaram de um relacionamento eventual tiveram autonomia para provocar o aborto, utilizando meios diversificados, tais com medicamentos, chás e sondas. Seus depoimentos retratam como foi este momento, o que usaram e a quem recorreram:

Eu tomei remédio [...]. Meu marido comprou [...] porque é muito caro. Eu tomei três e injetei três. Foram seis comprimidos. Desceu na hora. [...]. Só que, para mim, tinha descido tudo. Eu fiquei quase uma semana sangrando em casa (D1).

Eu fui a uma pessoa que faz aborto [...]. Quem me indicou foi uma colega minha que tinha feito. [...]. A pessoa colocou uma sonda dentro de mim e falou que eu teria que ficar com ela dois dias. Nesses dois dias, a criança ia morrer. [...]. Não lembro direito como era, mas tinha uma linha [...] que ficava para fora. [...] eu teria que puxar a linha [...] só que eu comecei a sangrar muito e ter febre. [...] quando o meu esposo chegou em casa, eu contei para ele (D3).

[...] procurei uma pessoa para comprar o remédio. Eu fiz isso sozinha [...] Em um final de semana, fui para casa de uma amiga para fazer o aborto. Ele levou o remédio para mim. [...]. Eu bebi dois comprimidos e coloquei três. Quando foi seis horas da manhã, o aborto aconteceu. Eu senti dor das quatro horas da manhã até as seis horas. Eu não podia falar nada e nem sair. Estourou minha bolsa e saiu uma água. Eu achei que estava urinando. Aí eu fui para o vaso e saiu uma bola de sangue. Eu nem quis ver (D6).

Salienta-se que aquelas mulheres que viviam com seus companheiros puderam contar com a ajuda deles durante este processo, ou seja, na aquisição da medicação para realizar o aborto e no pagamento dos custos com a internação para tratamento das complicações. Já aquelas que engravidaram de um relacionamento eventual contaram apenas com a ajuda de pessoas de sua confiança, como amigas, pois o pai do concepto nem ficou sabendo da gestação.

A maioria das mulheres que realizou o aborto teve complicações como hemorragia, febre, dor e necessitou de internação hospitalar para tratamento:

No quinto dia, deu hemorragia e eu fui para o hospital. [...]. Deu um caroço na minha barriga. Eu senti uma dor, pior que a dor do parto. Eu me lembro de tudo. [...]. Foi horrível. [...]. Quando eu cheguei ao hospital, eu estava quase desmaiando porque eu tinha perdido muito sangue [...] eu tinha que fazer uma curetagem (D1).

[...] eu comecei a sangrar muito e ter febre [...]. Então, eu fui parar no plantão e eles me internaram para fazer uma “raspagem” porque eu estava grávida de três meses. Aí eu peguei uma infecção muito forte. Também deu uma pneumonia muito forte. Dessa pneumonia, me deu um problema de coração, na válvula que teve que operar [...]. Só Deus sabe o que eu passei. (D3).

Com 15 dias, eu estava sangrando ainda. [...] eu ainda estava passando muito mal. Não parava de sangrar [...] eu tive muita febre. [...] fiquei muito ruim. Eu quase morri. Eu sofri muito. Senti muita dor. Aí me levaram para o hospital e me internaram (D6).

Suas falas retratam o sofrimento vivido durante a internação, contudo ressaltam que se mantiveram em silêncio sobre o acontecido devido à ilegalidade do aborto em nosso país:

[...] eu não falei que tinha tomado remédio. Falei que tinha caído. [...] porque abortar é um crime (D1).

No hospital, eu não falei que havia feito um aborto (D3).

[...] eu não falei nada [...]. Eu não contei nada (D6).

Apenas uma das participantes teve a ajuda de uma pessoa com boa situação financeira e foi atendida por profissionais da saúde em uma clínica que fazia aborto clandestinamente. Seu depoimento mostra que não teve intercorrências e complicações físicas, pois o aborto foi realizado por profissional qualificado:

Eu tinha uma amiga que tinha um namorado com uma condição financeira melhor e que me levou em outra cidade em uma clínica normal, com médico, mas que fazia aborto. Era uma coisa clandestina, é claro! Era uma clínica organizada. Só que fazia aborto. Eu tinha medo. Mas, ao mesmo tempo em que eu não queria, eu queria. [...]. Sabe quando você fecha o olho e vai. Aí eu fui. [...]. Na clínica, correu tudo bem porque tinha médico. Não foi nada feito por um curioso. Foi feito por médico (D7).

Embora não tenha apresentado complicações físicas, sua fala traduz um sofrimento vivenciado de forma silenciosa, pois, imediatamente, após realizar o aborto, arrependeu-se e não pôde mencionar o seu arrependimento:

Eu tive que sofrer calada com isso porque era um problema só meu. Mas eu sei que, se tivesse mencionado meu arrependimento lá na clínica [...]. Eu tinha medo porque isso é uma coisa

clandestina e que rola muito dinheiro [...]. Eu tive medo de falar alguma coisa e eles terem medo que eu denunciasse (D7).

Independentemente do modo como a decisão pelo aborto foi tomada e como ele foi realizado, finalizada esta ação, o que restou foi sofrimento.

CATEGORIA 3: O sofrimento resultante

As mulheres que interromperam a gestação por imposição da mãe revelaram dificuldades enfrentadas na situação vivida. Sofreram caladas e, ao refletirem sobre o passado, sentem-se culpadas e arrependidas por não terem lutado contra a decisão da mãe:

[...] minha ficha demorou cair. Eu fiquei muito triste e meio perturbada. [...] ficava pensando naquilo e chorando. Passei muito mal, mas escondido [...]. Senti culpada [...]. Hoje, ao pensar em tudo o que fiz, eu me sinto mal. Depois que eu fui parar para pensar no que tinha feito. [...] Eu sofro muito. Sinto raiva da minha mãe e um pouco de mim também. Eu devia ter lutado mais. Hoje eu vejo que estava meio passada com tudo o que estava acontecendo e, aí, eu deixei minha mãe decidir (D2).

Eu queria ter tido aquele filho, mas não podia fazer nada, pois morava com minha mãe e ela que mandava em mim. Foi muito complicado. [...] Eu sofri demais. [...] parecia que eu estava entrando dentro de um buraco. Foi ruim demais. Eu, quando lembro disso, fico supertriste. [...] é uma vida que está dentro de você (D4).

Eu me lembro de tudo como se fosse hoje. Foi muito triste. [...] Eu chorava muito e minha mãe mandava eu calar a boca. Eu chorava muito porque eu estava perdendo o bebê. Eu queria ele. Minha mãe que não queria. [...] Você tirar uma vida não é fácil não. É muito ruim. [...] até hoje eu choro. [...] Hoje eu penso que, se eu não quisesse, eu não precisava ter tomado aqueles chás, mas eu tomei (D5).

Do mesmo modo, as mulheres que tiveram autonomia e decidiram interromper a gestação, após o abortamento, em vez de alívio pela resolução de um problema, sentiram-se culpadas e arrependidas:

Eu senti um vazio muito grande. Tinha uma criança. É um resguardo sem ter criança. [...] Eu sinto um sentimento muito ruim pelo que fiz. Hoje, se tivesse tido esse bebê, ele estaria comigo e estaria grande. Mas eu me sinto muito triste. Nada que você faz está bom [...]. E a gente arrepende muito [...]. Para mim, o aborto é crime e pecado (D1).

Na hora, a gente não pensa. Eu não pensei e, por isso, eu paguei um preço muito caro. [...] Só Deus sabe o que eu passei. [...] Eu tenho arrependimento (D3).

Eu fiquei muito calada. Não falava nada. [...]. Fiquei muito sozinha [...]. Eu demorei uns três anos para superar. [...]. Hoje eu estou bem, mas, naquela época, eu não tinha juízo. Eu queria só curtir. Eu arrependi, principalmente depois que eu comecei a ir para a igreja. Fiquei muito triste. Pedi a Deus perdão (D6).

[...] eu me arrependi, mas não foi depois da situação, foi imediatamente. Até hoje, eu sinto. [...]. Você sabe quando você faz uma coisa sem querer fazer. Assim que terminou tudo, a sensação que eu tinha é que eu queria voltar e colocar para dentro de novo (D7).

A decisão pelo aborto gerou o sofrimento e deixou uma marca em suas vidas. Mesmo que quisessem retornar ao passado, sabem que isso não seria possível. Desse modo, buscam dar um novo sentido à sua existência:

Parece que é um peso que a gente está carregando. É um sofrimento. A gente não dorme direito e só pensa naquilo que fez [...] é uma culpa que eu carrego até hoje. Deixa muita marca (D1).

Aquele feto que perdeu a chance de viver, nada vai substituir [...]. Isso já tem mais de dez anos e incomoda a minha consciência até hoje como se tivesse acontecido ontem. Eu nunca durmo tranquila. Desde quando aconteceu. [...] Sempre tem aquela coisinha que me incomoda (D7).

Após refletirem sobre o que fizeram, destacam que, se fosse hoje, mesmo com todas as dificuldades vividas, não realizariam o aborto:

Se eu pudesse voltar atrás, eu teria deixado a criança vir, sem um pingo de medo. [...] eu me arrependi muito. Eu quase perdi a minha vida por causa do aborto e uma criança não é tão difícil para a gente cuidar (D3).

Essa experiência não foi nada boa. Quando a gente é nova, não tem juízo (D6).

Se eu tivesse a cabeça que eu tenho hoje, eu não faria o aborto (D7).

Ao falarem sobre suas experiências com o abortamento, as mulheres refletem sobre o ato realizado no passado e articulam-no com situações presentes, elucidando consequências que marcaram suas vidas.

CATEGORIA 4: As consequências do aborto

Tanto as mulheres que fizeram o aborto por imposição da mãe quanto as que tiveram autonomia para tomar esta decisão mencionaram, por meio de seus depoimentos, consequências físicas e psíquicas que influenciaram

seus projetos subsequentes. Entre elas, ressaltam-se alteração no desejo sexual e no fluxo menstrual, emagrecimento, medo de uma nova gravidez, transtornos psicológicos e até o câncer.

O meu relacionamento (com o parceiro) eu acho que mudou depois do aborto. Hoje em dia, eu não tenho aquela vontade que eu tinha antigamente. [...]. Me deu muitos problemas depois que eu abortei [...]. Eu não menstruo normal. Vem muito sangue e eu sinto muita dor. Uma dor que eu não desejo nem para o meu pior inimigo [...]. Todo mês é do mesmo jeito. [...] sinto que tudo isso é por causa do aborto [...]. Eu tenho muito medo. E isso me incomoda muito (D1).

Depois que tudo aconteceu, algumas coisas ficaram diferentes, porque a gente lembra. [...] eu sinto que ainda preciso voltar no psicólogo. Eu cheguei a iniciar um tratamento na época. [...] Eu sei que vai ficar para sempre, mas é preciso superar e seguir em frente (D2).

Eu fiquei com depressão depois de que tudo aconteceu. [...] Fiz tratamento. Tomei remédio muito tempo. Ficava dopada [...] eu fiquei nove meses em recuperação. Emagreci demais. Eu fiquei muito magra. Tudo isso em consequência do aborto (D3).

Eu sofri demais. Entrei em depressão. Fiquei um bom tempo sem sair de casa. Tive vários problemas por causa disso. [...] Sempre que tenho que reviver, é um sofrimento. Sempre fica alguma coisa. Eu queria saber como seria se eu tivesse aquele filho (D4).

[...] fiquei muito mal. Eu emagreci muito. Não conseguia dormir direito. Ficava pensando no que tinha acontecido. [...] Eu quase morri. Tem gente que não escapa. [...] Eu me lembro de tudo como se fosse hoje. Foi muito triste. Você tirar uma vida não é fácil. É muito ruim [...]. Só que, até hoje, eu choro [...]. É uma coisa que eu vou carregar para o resto da vida. Eu fiz um aborto (D5).

Eu fiquei mais calada e não queria mais sair. Eu peguei a ter medo de homem. Nossa, eu tinha pavor. Quando ia acontecer, eu lembrava de tudo o que tinha acontecido naquela noite. Nunca mais fiz nada sem camisinha. [...] Esse aborto me prejudicou ficar grávida do meu filho mais velho. Eu tive que parar de trabalhar porque eu não estava segurando. Tive que fazer repouso para segurar. Tomei muitas injeções [...]. Isso deve ser por causa da inflamação que eu tive. Tive muito trauma. Eu tinha medo de engravidar de novo (D6).

Foi unânime o relato de sofrimento pela ação de provocar o aborto. Para as adolescentes que realizaram o aborto por imposição da mãe, as consequências decorrentes não interferiram no projeto de engravidar novamente. Já as mulheres que tiveram autonomia nesta decisão buscam encerrar a vida reprodutiva.

5.1.2 A intencionalidade da ação de provocar o aborto na adolescência: os “motivos para”

A ação de provocar o aborto na adolescência fundamentou-se nos “motivos porque” e constituiu-se numa intencionalidade sobre o cuidado com a saúde e a vida reprodutiva – “motivos para”, que se mostra permeada pela possibilidade de mudança de comportamento que, a princípio, é individual, mas que se configura no comportamento social típico desse grupo de mulheres.

CATEGORIA: A vida pós-abortamento

As mulheres que interromperam a gravidez por imposição da mãe, neste momento de suas vidas, buscam independência para tomar suas próprias decisões sem a interferência dela. Duas delas, que ainda não têm filhos, projetam engravidar novamente e, para isso, reconhecem que é necessário cuidar, inicialmente, da saúde:

Quero casar e ter um filho. O meu namorado me fala que nós temos que ter dois filhos para compensar. E ainda, de parto normal. Deus me livre! A gente fica brincando e planejando o futuro. Eu tenho vontade de casar para sair daquela casa (casa da mãe). É briga o tempo todo. [...]. Eu tenho vontade de me cuidar. [...]. Eu quero continuar estudando (D2).

Foi difícil voltar a vida ao normal. Você fica com medo de engravidar de novo. Eu fiquei muito preocupada com isso. [...] Mas eu penso em ter filho, mas não agora (D4).

O depoimento de uma mulher que ainda está, cronologicamente, na adolescência e mora com a mãe, retrata vontade de fazer uma consulta médica, porém não deseja a companhia desta, pois gostaria de conversar com um profissional sobre o que lhe aconteceu:

Eu preciso ir ao médico para me cuidar. [...]. Só que, lá em casa, é assim, se a gente quer ir ao médico, minha mãe já pensa em alguma coisa. [...]. Eu queria ir ao médico sozinha [...]. Eu sinto falta de conversar com alguém sobre isso. Eu não converso com minha mãe e minha avó. Eu não converso com ninguém (D2).

Outra mulher, ainda adolescente, e que também fez o aborto por imposição da mãe hoje está novamente grávida. Seu projeto de vida neste

momento é cuidar do filho, retornar ao trabalho e estudar. Hoje, por ter maioridade civil, não aceita mais a imposição do aborto pela mãe:

Hoje eu estou grávida e falo que este não é meu primeiro filho, é o segundo. Eu já tive o meu primeiro (o aborto) [...]. Agora penso em cuidar do meu filho, trabalhar e voltar para escola. Eu penso em ter mais filhos. Eu estou muito feliz com essa gravidez. Agora minha mãe não tira porque eu sou maior de idade. [...]. Ela não aceitou a gravidez, mas, nem se ela quiser, eu tiro. Nem que eu saia de casa (D5).

Em contrapartida, as mulheres que, na adolescência, tiveram autonomia para interromper a gestação não planejam mais ter filhos e buscam encerrar a vida reprodutiva. No entanto, reconhecem que é preciso continuar cuidando da saúde:

Quero cuidar da minha saúde. Fazer um tratamento direitinho e viver a vida do jeito que der. Não penso mais em ter filhos. Só se for da vontade de Deus. [...]. Eu queria ligar. [...]. Com relação à vida sexual, é muito difícil. No momento, não penso nada. Eu não gosto mais da pessoa com quem eu vivo. Não sinto amor (D1).

[...] eu estou grávida de três meses. [...]. Quando eu fiz o exame e descobri que estava grávida, eu entrei em pânico. Chorei muito [...] mas, hora nenhuma eu pensei em tirar e fazer um aborto. [...] eu não queria ter mais filho. Tenho dois, vai vir mais um. [...] depois vou fazer uma ligadura (D3).

Hoje o meu marido quer ter filho. Ele é novo e morre de vontade de ter filho. Só que eu liguei [...]. Hoje cuido da minha saúde. Faço exame preventivo (D6).

Hoje busco cuidar da minha saúde, mas eu não posso mais ter filho. [...]. Eu tive um câncer e tive que retirar o útero. Então, é impossível eu ter mais filho (D7).

APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO

6 APRESENTAÇÃO DO TIPO VIVIDO

O conjunto de categorias concretas oriundas dos depoimentos das mulheres que provocaram o aborto por imposição da mãe e daquelas que tiveram autonomia para tomar esta decisão permitiu constituir dois tipos vividos, a partir da convergência dos significados expressos nos “motivos porque” e “motivos para” e, dessa forma, apresentar o típico da ação de provocar o aborto na adolescência.

Como mencionado anteriormente, o tipo vivido é uma nomenclatura utilizada por Capalbo⁸⁹. Ele não corresponde a nenhuma pessoa em particular, mas envolve uma idealização daquilo que é típico da ação. Assim, o tipo vivido não retrata nenhuma mulher em particular, mas faz uma idealização daquilo que é comum na ação das mulheres que vivenciaram essa experiência e tem um sentido comum e de importância social. Daí se dizer que, “para um tipo vivido, existe só um motivo típico no que diz respeito a um ato típico”⁷⁴.

Para constituição de cada tipo vivido, retornei a cada categoria concreta em busca daquilo que era comum e, portanto, típico da ação de provocar o aborto na adolescência. Dessa forma, o tipo vivido envolveu a ação social no que diz respeito ao impacto da descoberta da gravidez, a decisão e realização pelo aborto, o sofrimento resultante, as consequências do aborto e a vida pós-abortamento conforme apresentado abaixo:

Tipo vivido mulher que provocou o aborto na adolescência por imposição da mãe

Aquela que morava com a mãe, engravidou sem planejar e, devido ao medo da sua reação, tentou esconder a gestação. Ao descobrir a gravidez, a mãe decidiu interrompê-la, independentemente da vontade da adolescente e impôs a realização do aborto de modo inseguro. Após, o que restou foi sofrimento, culpa e arrependimento por não ter lutado contra a decisão da

mãe, além de consequências em sua saúde física e psíquica. Hoje o que ela busca é ter autonomia para tomar suas próprias decisões, cuidar da saúde e engravidar novamente.

Tipo vivido mulher que teve autonomia para provocar o aborto na adolescência

Aquela que engravidou sem planejar e teve autonomia para decidir pelo aborto, independentemente do conhecimento do pai do conceito, pois temia piora das condições financeiras e conflitos familiares. Realizou-o de modo inseguro. Após, em vez de alívio, o que restou foi culpa e arrependimento e consequências físicas e psíquicas que repercutiram em sua vida. Hoje o que ela busca é cuidar da saúde e encerrar a vida reprodutiva.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O que se mostrou como típico na ação social das mulheres que provocaram o aborto na adolescência aponta para uma preocupação no que diz respeito às questões relacionadas à comunicação interpessoal e às decisões sobre a vida reprodutiva, uma vez que independentemente da situação biográfica de cada mulher entrevistada por ocasião do diagnóstico da gravidez e realização do aborto, todas as participantes deste estudo não esperavam engravidar e temiam as repercussões advindas desta nova situação.

A gravidez na adolescência, antes um problema resolvido por um casamento às pressas ou exílio temporário com parentes em locais distantes, nessas últimas décadas, passou a ser um problema social, pois, além de ameaçar o futuro dos jovens, considerando os riscos físicos, emocionais e sociais dela decorrentes, envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento relacionados a mudanças na identidade e nova definição de papéis sociais⁵¹.

Nesta perspectiva, pesquisadores têm se dedicado ao desenvolvimento de estudos nesta área, pois, além do crescente número de adolescentes grávidas, tal fenômeno tem ocorrido em menor faixa etária, em que a grande maioria se encontra despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer a maternidade⁵¹.

Conforme estudos realizados, a precocidade do início da atividade sexual e a falha em iniciar e manter a utilização de métodos contraceptivos têm sido apontadas como possíveis causas do aumento do número de gestações indesejadas na adolescência, pois, apesar de os adolescentes terem razoável nível de escolaridade e de conhecimento sobre sexualidade, não conseguem traduzi-lo em sexo protegido e mudanças de comportamento^{38,42}.

Além do mais, destaca-se que, mesmo com os avanços conquistados na área de atenção ao adolescente e à mulher no que diz respeito à obtenção de informações sobre o cuidado com a saúde e com a prevenção

de uma gravidez precoce, muitas adolescentes ainda iniciam a vida sexual com carência de conhecimentos sobre o aparelho reprodutor e suas funções, os métodos contraceptivos e as atitudes concisas para um sexo seguro⁵¹.

O tipo vivido “**mulher que provocou o aborto na adolescência por imposição da mãe**” revela dificuldades existentes na relação social entre a adolescente e sua mãe, evidenciadas pela carência de comunicação, pois a mãe não aceitou a gestação precoce da filha e decidiu pelo aborto, independentemente da vontade da mesma.

A relação social existente entre a adolescente e sua mãe tem presentes a intersubjetividade e a comunicação interpessoal no mundo da vida, uma vez que, de acordo com Schutz⁷⁶, as pessoas vivem entre outras pessoas, influenciando e sendo influenciadas, compreendendo e sendo compreendidas, agindo e sofrendo a ação dos outros.

O temor pela não aceitação e reação das mães demonstrado neste estudo é decorrente do desapontamento pelo acontecimento não esperado, uma vez que o contexto familiar e social exige que os jovens cumpram trajetórias ideais e obedeçam a etapas predeterminadas, como a conclusão dos estudos e a inserção no trabalho, visão que corrobora o evento da gravidez como inoportuno e fruto de imprudência⁴¹. A gravidez nesse momento passa a ser considerada uma ameaça para o futuro dessas jovens⁹⁰, pois, além de comprometer e alterar a estrutura das famílias, as adolescentes da sociedade moderna têm outros sonhos e necessidades⁵¹.

Tal como evidenciado na presente pesquisa, um estudo realizado na cidade de São Paulo com mães adolescentes mostrou que a gravidez foi frequentemente uma situação descrita como sendo acompanhada por forte estresse em razão das inseguranças típicas da idade⁹¹, sendo também objetivada por momentos de tristeza, medos e incertezas devido à pressão social e familiar, além dos conflitos internos pela interrupção do processo socialmente aceito de adolecer e pela antecipação da identidade adulta⁹⁰.

Conforme estudo qualitativo realizado na cidade de Bauru (SP), com adolescentes que vivenciaram o abortamento, o momento da confirmação da gravidez foi caracterizado por um conjunto de sentimentos, principalmente o

impacto da situação, o que reforça o fato de que, apesar de as adolescentes estarem expostas aos riscos da gravidez, não se apresentavam preparadas para enfrentá-la⁴². Além do mais, trata-se de uma situação perturbadora, pois, além de provocar a interrupção em seus projetos de vida, gera um medo exacerbado da reação dos pais e do companheiro⁵¹.

Na adolescência, o relacionamento com os pais é bastante abalado pelo questionamento que o jovem faz em relação a valores, estilo de vida, fé e ideologia, criando um ambiente de tensão familiar, em que os pais, muitas vezes, se sentem ansiosos e desorientados, sem saber como lidar com seus filhos⁹².

Na esfera familiar, a gravidez parece indicar dificuldades nas relações entre pais e filhas e nas condições contextuais para o desenvolvimento psicológico das mesmas⁹⁰. Neste contexto, ressalta-se que jovens mulheres que se mostram seguras e conseguem agir de acordo com seus padrões de certo ou errado são as que valorizam e demonstram o afeto recebido pela família. Daí se dizer que o respeito às normas e às leis depende de quanto se tem a perder em termos de afeto, cuidado e proteção e a relação de autoridade se mantém graças às trocas afetivas⁹³.

O conflito vivido entre a adolescente e sua mãe diante da situação da gravidez demonstra, neste estudo, a força da bagagem de conhecimento sobre as decisões no âmbito individual que também são de caráter social, uma vez que o homem está envolvido em um sistema de relações intersubjetivas no mundo da vida⁷⁶.

A decisão da mãe pela interrupção da gestação da filha através da realização do aborto retrata a carência de comunicação no contexto familiar, ao mesmo tempo que demonstra a fragilidade da adolescente, evidenciada pela falta de autonomia, ou seja, a capacidade de decidir sobre as questões relacionadas ao seu corpo e à sua vida⁹⁴.

Poucas são as famílias que aceitam a situação da gravidez na adolescência e procuram lidar com compreensão e afeto com as jovens gestantes, respeitando suas limitações. A maioria impõe a experiência do casamento, mesmo que elas não o queiram, induzindo os jovens a abrir mão de seus desejos e expectativas. Outras impõem o abortamento, o abandono

ou usam de violência. E muitos pais expulsam sua filha de casa, aumentando os problemas que as jovens mães terão que enfrentar⁵¹.

As reações da família diante da jovem grávida tendem a ser contraditórias, sendo comum a sobreposição de sentimentos de revolta, abandono e aceitação do inevitável⁹⁵.

Conforme estudo realizado no interior paulista com familiares de adolescentes grávidas, a frustração de se ter um projeto de vida familiar interrompido e/ou modificado para sempre se fez presente nas representações sobre as mudanças do contexto familiar após a gravidez das adolescentes, que eram solteiras por ocasião da concepção⁹⁶.

A imposição da mãe para a realização do aborto da filha remete a reflexões sobre os motivos que desencadeiam essa decisão. Uma questão relevante é a possibilidade de interrupção do processo de formação da adolescente que a obriga a deixar a escola e dificulta sua inserção no mercado de trabalho quando engravida precocemente⁹¹. Outra questão é a dificuldade do diálogo familiar, compartilhamento de sentimentos e falta de orientação para a vida sexual e reprodutiva. Os pais, por não disporem de informação ou por constrangimento em falar sobre sexo com seus filhos, acabam não cumprindo seu papel de educadores e não transmitem a orientação sexual adequada, deixando o jovem em desvantagem⁵¹.

Grande parte dos problemas nas famílias nos dias atuais se deve à falta de intimidade e diálogo dos pais com os filhos⁹⁷, principalmente em famílias com filhos adolescentes, em que os conflitos específicos da idade tendem a aumentar o confronto familiar. Neste contexto, faz-se necessário que haja um aumento na flexibilidade e equilíbrio na autoridade dos pais para com os filhos com o intuito de manter harmonia familiar para que os adolescentes possam se sentir mais seguros⁹⁸.

No que diz respeito ao papel da mãe, apesar de a mulher ter ingressado no mercado de trabalho e aumentado o número de atividades fora do lar, o dever doméstico e, principalmente, a educação dos filhos ainda são funções desempenhadas prioritariamente por ela, como mostram os resultados de uma pesquisa realizada em Porto Alegre com adolescentes

escolares, na qual a maioria afirmou conversar mais com a mãe (75% da amostra)⁹⁸.

Apesar de a figura paterna estar desempenhando suas funções com maior qualidade e frequência atualmente, o pai ainda ocupa um lugar mais periférico na vida do adolescente no que se refere às questões pessoais. Dessa forma, apesar das mudanças que vêm ocorrendo nas funções parentais na família, algumas atribuições vinculadas às questões de gênero ainda permanecem estabelecidas⁹⁸.

Por outro lado, o tipo vivido “**mulher que teve autonomia para decidir pelo aborto na adolescência**” revela uma mulher com poder de decisão sobre a própria vida e que assume a responsabilidade pela gravidez não planejada ao optar pela realização do aborto, independentemente do conhecimento do pai do concepto.

Uma breve revisão do papel social da mulher retrata que, antigamente, as mulheres eram submissas aos seus maridos, pois imperava o poder patriarcal. No entanto, com o surgimento do Código Civil de 2002, a situação de desigualdade entre homens e mulheres foi alterada na busca da igualdade. Porém, a grande mudança desse cenário veio a ocorrer com os movimentos feministas, rompendo com parte dessa dominação e incentivando as mulheres a estudarem e participarem produtivamente da vida social⁹⁹.

Neste sentido, o que se vê nos dias atuais é uma mulher independente e com autonomia sobre as questões relacionadas à sua vida, principalmente no que diz respeito às decisões reprodutivas, como mostram os resultados desta pesquisa. Entretanto, ainda prevalece a concepção de que ela é a principal responsável pela ocorrência de uma gravidez. Assim, a decisão de ser ou não ser mãe, de decidir ou não pelo aborto acaba sendo vista de forma individual pela mulher que não percebe que se trata de uma decisão definitiva e que, portanto, seu companheiro/parceiro deveria fazer parte¹⁰⁰.

Considerar a gravidez como uma responsabilidade feminina nos remete à relevância da bagagem de conhecimentos que influenciam suas decisões e modo como vivenciam as diferentes situações no mundo da vida.

No campo das decisões com respeito ao aborto, é importante considerarem-se as relações de gênero, pois parece que quanto maior o equilíbrio de gênero na relação do homem com sua parceira, maior será a possibilidade de ele se perceber coprotagonista da decisão frente ao aborto.

Desse modo, a discussão quanto à participação, ou não, dos homens na decisão acerca do aborto não pode deixar de considerar o que esse procedimento significa para eles e para as mulheres¹⁰¹, uma vez que experiências profundas vividas pelos casais podem provocar impacto sobre a relação entre ambos, fortalecendo ou deteriorando-as¹⁰².

Vale a pena ressaltar que o aborto não é um episódio isolado, pois a mulher que aborta está inserida em um contexto de desigualdades sociais, que interferem em todo o processo de gravidez, desde o acesso à contracepção até a tomada de decisão em relação à interrupção da gestação indesejada¹⁰³.

O abortamento pode resultar de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo que envolve a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento⁹⁴. É preciso aumentar a efetividade dos serviços de saúde voltados para o planejamento familiar, melhorando a informação sobre a correta utilização dos métodos contraceptivos e assegurando a continuidade do uso destes pelo casal⁴⁰, pois, apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, a saúde reprodutiva e os cuidados com a criação dos filhos ainda têm sido considerados responsabilidade feminina, mesmo que alguns homens dividam as tarefas domésticas, cuidem dos filhos e partilhem responsabilidades¹⁰⁴.

Neste sentido, é fundamental o cumprimento e a continuidade de políticas públicas que reconheçam os direitos reprodutivos das mulheres e que incluam os homens nesse processo, bem como a existência de serviços que busquem desenvolver ações de educação sexual e de atenção à anticoncepção a partir das necessidades das mulheres¹⁰³.

A decisão pelo aborto, independentemente do conhecimento do pai do conceito, teve como motivação, segundo as participantes, o temor pela piora das condições financeiras e de conflitos familiares.

Estudos mostram que condições socioeconômicas desfavoráveis constituem um elemento fundamental de risco para o aborto provocado^{30,32,35,43}. No caso do Brasil, as desigualdades sociais, advindas de um mundo competitivo com grandes disparidades, desvelam situações de vulnerabilidade que podem levar à prática do aborto. Neste contexto, ter filhos precocemente, na situação social de pobreza e desemprego que atinge a maioria dos jovens brasileiros, é um problema a mais³⁰ e o aborto acaba sendo a única saída para muitas mulheres como meio de evitá-lo, não havendo a etapa preventiva correta do uso de métodos contraceptivos⁵².

O aborto inseguro, que se mostrou como sendo uma situação típica na ação das mulheres deste estudo, é um grave problema de saúde pública reconhecido internacionalmente, pois, quando realizado sob condições precárias, pode causar sequelas graves na saúde da mulher ou levá-la à morte¹⁰⁵.

No entanto, com o advento do misoprostol, o número de abortos praticados em casas clandestinas diminuiu consideravelmente, haja vista que referido medicamento provoca o aborto, esvaziando o conteúdo uterino, de forma não invasiva e menos traumática¹⁰⁶, além de uma menor ocorrência de eventos infecciosos e hemorrágicos⁵⁰.

Resultados de um estudo realizado em Maceió (AL) com adolescentes 201 internadas para tratamento do abortamento incompleto constataram que, das 164 adolescentes consideradas como casos de abortamento certamente provocado, 77,4% assumiram ter feito uso do misoprostol como método para a indução do aborto, 2,4% referiram outros métodos, sendo que, destes, apenas num caso foi declarado o uso de sonda intrauterina⁵².

O aborto inseguro realizado na clandestinidade é um importante problema de saúde pública, principalmente em mulheres de baixa renda, pois tende a evoluir com sérias complicações como mostram os resultados da presente pesquisa.

Conforme estudo realizado com mulheres, com idades entre 18 e 39 anos, residentes no Brasil urbano em 2010, que haviam feito algum aborto em sua vida, cerca de metade delas necessitou recorrer ao sistema de

saúde para internação e tratamento das complicações, o que retrata que grande parte dessa internação poderia ter sido evitada se o aborto não fosse tratado como atividade clandestina e fosse garantido o acesso aos medicamentos seguros para sua realização⁹.

Estudo realizado no Paquistão com mulheres que internaram para tratamento das complicações do aborto evidenciou que tal tratamento consome uma grande parcela do orçamento hospitalar em obstetrícia e ginecologia e resulta em considerável morbimortalidade¹². O gasto com internações pelas complicações do aborto inseguro pode chegar a 50% de todo o valor consumido com as internações obstétricas¹⁰⁷.

O aborto provocado, quando realizado por profissionais qualificados, em ambientes higiênicos, é um procedimento médico seguro. No entanto, em lugares com leis restritivas, em que é realizado por pessoas leigas e em condições insalubres, trata-se de um procedimento inseguro, pois aumenta o risco de as mulheres terem complicações e até morrerem¹².

Outro aspecto que se mostrou como típico na ação de todas as mulheres que provocaram o aborto foi o sofrimento resultante, evidenciado pelo sentimento de culpa e arrependimento após o ato realizado.

O abortamento é um fenômeno complexo, permeado por questões éticas, morais, culturais, religiosas e pessoais, e a decisão por sua indução implica juízo ético de valor, através do qual se enunciam que atos, sentimentos, intenções e comportamentos são condenáveis ou incorretos do ponto de vista moral³⁵.

Resultados de um estudo realizado com mulheres em situação de abortamento espontâneo e provocado que foram atendidas em um Pronto-Socorro de um Hospital Universitário da cidade de São Paulo mostraram que elas se depararam com a dor de não ter o filho e com o luto, uma vez que entraram em contato com a possibilidade de ser mãe, mas cederam às pressões do mundo atual, vivenciando angústias intensas. No entanto, observou-se intenso conflito entre as questões culturais enraizadas e as exigências do mundo atual naquelas que provocaram o aborto¹⁰⁸.

No presente estudo, aquelas mulheres que fizeram o aborto por imposição da mãe sentiram-se culpadas e arrependidas por não terem

lutado contra essa decisão, pois, apesar de não terem planejado a gestação, queriam ter tido aquele filho. De modo semelhante, aquelas que tiveram autonomia para decidirem pelo aborto também se sentiram culpadas e arrependidas. No entanto, estes sentimentos podem estar relacionados ao modo como o aborto é considerado no meio social e, portanto, como está sedimentado no acervo de conhecimentos delas.

Este acervo de conhecimentos depende de sua situação biográfica que se constitui intersubjetivamente e se estabelece a partir da concepção natural do mundo da vida. É imposto à pessoa que o interioriza como hábitos, costumes, tradições, embora, em qualquer momento, ele possa ser refletido e modificado⁷⁶.

A culpa traduz o entendimento de que poderíamos ter agido de outro modo. No entanto, a responsabilidade moral traz consigo o princípio de que não é culpado por uma ação alguém que não poderia ter agido de outro modo. Uma pessoa é moralmente responsável por um determinado evento, só se ele pudesse tê-lo evitado¹⁰⁹.

Na literatura psicológica, culpa é uma construção ligada a movimentos e efeitos de que os organismos têm sobre o mundo e tem relação direta com a intenção das ações tomadas, que podem ser boas ou ruins. Desse modo, destaca-se que, para ser livre de culpa, é necessário ter boas intenções e bons motivos para agir. Mulheres que se culpam pela perda da gravidez evidenciam questões morais. No entanto, o fato de sentir-se culpada não faz uma pessoa ser realmente culpada, pois a culpa é mais complexa do que uma simples emoção que se segue a uma perda¹⁰⁹.

Além do mais, o aborto é uma situação permeada por conflitos de direitos, em que os princípios clássicos da bioética, ou seja, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça desempenham papel de justificação e de referências éticas. Trata-se de um tema polêmico por envolver os conceitos de vida e de morte e por fazer parte do dia a dia dos hospitais e da vida de milhares de mulheres¹¹⁰.

No domínio da bioética, o principal dilema concerne ao conflito que se estabelece entre o respeito pela autonomia individual e o valor da vida humana intrauterina⁵². Assim, diante de uma gravidez indesejada, as

histórias das mulheres são particularmente contextualizadas, não permitindo generalizar seus dados. Entretanto, alguns conflitos enfrentados têm semelhanças, tais como: o conflito moral de fazer ou não um aborto, influenciado pela sacralidade e a qualidade da vida; os motivos que norteiam a decisão de ser contra ou a favor, influenciados pela falta de apoio da família e do parceiro e a autonomia da mulher; e, por fim, a questão de como fazer o aborto sendo algo ilegal, o que coloca em evidência o princípio da justiça, associado à liberdade, às escolhas sexuais e reprodutivas e ao que é proibido ou restritivo¹¹¹.

O processo de decisão e realização do aborto foi uma situação conflituosa vivida pelas mulheres, pois foi entre a vontade de ter o filho e a impossibilidade de manter a gestação que o aborto foi realizado e as regras sociais transgredidas. Nesse sentido, vale a pena ressaltar que negar a maternidade significa transgredir as leis morais, o que desencadeia conflitos internos¹⁰⁸.

O típico da ação daquelas mulheres que tiveram autonomia sobre a decisão e realização do aborto revela consequências em suas vidas em decorrência do ato realizado. Como, para elas, o aborto é crime e pecado, relacionaram tais consequências a um castigo. Em contrapartida, as mulheres que fizeram o aborto por imposição da mãe não demonstraram serem merecedoras de castigo, pois, como tinham menoridade e dependiam financeiramente da mãe, não se viram em condições de ir contra a decisão tomada por ela.

A bagagem de conhecimento articulada à situação biográfica da mulher que a coloca como sendo a responsável pela manutenção da procriação humana faz com que se sinta culpada pelo aborto e espere ser penalizada pelo que fez.

A igreja condena o aborto em qualquer estágio do desenvolvimento fetal, mesmo se a gravidez resulta em risco para a mãe, pois a vida se inicia no momento da concepção e Deus é o autor da vida¹¹².

Mulheres internadas em uma maternidade pública de João Pessoa (PB), após terem praticado o aborto, referiram-no como crime, pecado e ato feito sem pensar, uma vez que consideram a maternidade como destino da

mulher e o aborto provocado, como contrário à lei divina³⁵, mostrando, assim, uma ambivalência de sentimentos.

Não bastasse o sofrimento permeado pela culpa e arrependimento pela realização do aborto, as mulheres relataram importantes consequências físicas e psíquicas – outro aspecto típico desta ação.

O abortamento atinge mulheres jovens, em plena idade produtiva e reprodutiva, levando-as desnecessariamente à morte ou implicando sequelas à saúde física, mental e reprodutiva em decorrência de complicações físicas imediatas, como hemorragias, infecções, perfurações de órgãos e infertilidade, além de transtornos subjetivos pelo ônus de uma escolha difícil em um contexto de culpa e de penalização⁹⁴.

Conforme estudo realizado na Nova Zelândia, mulheres que praticaram o abortamento apresentaram elevadas taxas de subseqüentes problemas de depressão, ansiedade e pensamentos suicidas¹¹³. No entanto, este resultado é contestado em estudo de coorte dinamarquês que evidenciou uma taxa de incidência de contato psiquiátrico semelhante antes e depois do aborto, negando a hipótese de que existe um risco aumentado de transtornos mentais após o aborto induzido¹⁴.

Os oponentes da legalização do aborto têm sugerido que o aborto é um evento traumático com consequências graves para a saúde mental das mulheres. No entanto, os resultados de um estudo derivado do relatório de 2008 da *American Psychological Association* não encontrou nenhuma evidência de que um aborto provocado cause problemas de saúde mental em mulheres adultas. O aborto não causa depressão ou baixa autoestima entre as mulheres, inclusive entre as adolescentes¹¹⁴.

Neste contexto e a partir dos resultados da presente pesquisa, que mostraram a trajetória de vida de mulheres em relação ao aborto provocado na adolescência, emerge o seguinte questionamento: em que profundidade o aborto provocado afeta a saúde mental de adolescentes e mulheres que o realizam de modo inseguro na realidade brasileira?

A importância da resposta a este questionamento se fundamenta quando se constata que o aborto inseguro é uma relevante causa de morbimortalidade em mulheres de países em desenvolvimento, pois, além

das consequências apresentadas, destacam-se aquelas de caráter econômico, relacionadas aos custos com a prestação de cuidados médicos, perda de produtividade para o país, o impacto sobre as famílias e a comunidade¹⁸.

A reflexão da experiência vivida expressa pelo impacto da gravidez, a decisão e realização do aborto, o sofrimento resultante e as consequências advindas trouxeram à tona os sentimentos e significados que constituem o contexto objetivo dos motivos que caracterizam o comportamento social do grupo de mulheres que, na adolescência, experienciou o abortamento.

Contudo, a ação social se insere em uma dimensão histórica e não se vincula apenas ao passado, mas se abre para um futuro. Isto é, inclui a liberdade, permitindo que sucesso e fracasso sejam igualmente possíveis. Assim, a projeção de intenções tem uma dimensão subjetiva, uma vez que desencadeia a ação antes que ela se torne ato⁷⁶.

O aborto realizado no passado permeia o presente vivido e influencia seus projetos. A experiência concreta correlaciona os aspectos subjetivos da vida mundana e a existência se insere no tempo e no espaço social, incluindo passado, presente e futuro⁷⁶. O que se mostrou como típico em relação aos projetos das mulheres é a necessidade de cuidar da saúde, independentemente de quererem engravidar novamente.

Aquelas mulheres que interromperam a gravidez por imposição da mãe buscam conquistar independência para tomar suas próprias decisões, sem a interferência da família, e engravidar novamente. Em contrapartida, as mulheres que tiveram autonomia para decidirem pelo aborto têm em vista encerrar a vida reprodutiva.

A ação se funda na estrutura temporal do fluxo da experiência e é uma conduta planejada que está ligada à pressuposição de projetos que precedem a ação real. Ela é determinada não só pelo homem, mas conforme os limites de sua situação no mundo⁷⁶.

No que se refere ao cuidado com a saúde, adolescentes e jovens têm o direito de ter acesso a informações e educação em saúde sexual e reprodutiva, assim como aos métodos contraceptivos que os auxiliem a

evitar uma gravidez não planejada e as DSTs/HIV/AIDS, respeitando-se a sua liberdade de escolha¹¹⁵.

Além do mais, as ações de anticoncepção devem ser garantidas nos serviços para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva que desejem ter acesso a métodos e meios para regulação da sua fecundidade⁵⁰. Entretanto, alguns municípios brasileiros têm encontrado dificuldades na implantação e implementação de estratégias adequadas ao fornecimento de anticoncepcionais para a população, de introdução do enfoque educativo e aconselhamento, visando à escolha livre e informada, assim como à garantia de acompanhamento das usuárias¹¹⁶. Enquanto essas ações de atenção à saúde não são plenamente satisfeitas, a realidade mostra as fragilidades existentes nos programas direcionados à saúde da mulher e o impacto gerado em suas vidas³.

Apropriando-me do referencial da fenomenologia social, desenvolvi a análise e compreensão dos resultados e o fenômeno “abortamento provocado na adolescência” foi desvelado, minhas inquietações foram respondidas e o objetivo, alcançado. Agora, refletindo sobre os dados apresentados e discutidos, como enfermeira, vislumbro um caminho para o agir profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu compreender o significado da ação de provocar o aborto na adolescência a partir da perspectiva de mulheres que vivenciaram esta experiência no mundo da vida. As inquietações que motivaram sua realização, gradativamente, foram sendo respondidas e o contexto de motivos existenciais vividos pelas mulheres foi desvelado, mostrando que o aborto realizado no passado influencia o comportamento presente no que diz respeito ao cuidado da saúde e à vida reprodutiva.

O saber que emergiu do vivido das mulheres que provocaram o aborto na adolescência aponta para a necessidade de rever as ações de saúde direcionadas aos adolescentes e às mulheres, pois, apesar dos avanços conquistados nas últimas décadas na área de atenção à mulher e ao adolescente, principalmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, muitas mulheres ainda engravidam sem planejar.

A vivência da gravidez na adolescência para as participantes deste estudo esteve permeada por insegurança e desespero, pois não haviam planejado a gestação, o que retrata o despreparo dessas mulheres para exercer a maternidade decorrente da imaturidade específica da idade, do modo como as relações sociais têm se estabelecido na família, da carência de conhecimentos sobre o funcionamento do corpo e a utilização correta dos métodos contraceptivos e da instabilidade financeira para criar-se um filho.

É preciso resgatar os valores familiares, principalmente no que diz respeito à comunicação interpessoal entre pais e filhos, tendo em vista uma relação social de confiança e reciprocidade para que os adolescentes, ao iniciarem a vida sexual, possam encontrar no seio familiar abertura para conversar sobre as questões que os inquietam e, no momento oportuno, buscar ajuda profissional para cuidar da saúde e adotar medidas seguras para prevenção de uma gravidez indesejada e DSTs.

A apreensão da realidade concreta vivida pelas adolescentes, ao decidirem pelo aborto, mostrou que os motivos que a desencadeiam extrapolam o contexto individual, pois se trata de uma situação vivida no

mundo da vida e nas relações interpessoais. Desse modo, a imposição do aborto pela mãe à filha adolescente evidenciada neste estudo constitui-se de um dado novo, que merece ser explorado pelas investigações científicas, pois, de modo geral, os estudos envolvem a questão da gravidez precoce e suas repercussões no contexto familiar e social, sem, contudo, aprofundar na relação social entre mãe e filha e a cogitação e decisão pelo aborto.

Um outro motivo que se mostrou relevante para a decisão pelo aborto foi a situação econômica vivida pelas mulheres e suas famílias, que, apesar de ser amplamente discutida nos meios sociais, ainda tem sido um problema. Assim, enquanto não acontecem melhorias nas questões socioeconômicas das pessoas de modo geral, faz-se necessário rever as ações sobre planejamento familiar no que concerne à orientação e disponibilização dos métodos contraceptivos a mulheres e seus parceiros, bem como da importância do acompanhamento nos serviços de saúde, para que o aborto não seja usado como uma medida contraceptiva.

Cabe destacar que, apesar dos avanços e das conquistas realizadas pelas mulheres em nossa sociedade, a responsabilidade com a prevenção de uma gravidez continua sendo, predominantemente, da mulher, o que sinaliza para a necessidade de se criar oportunidades para discussão da participação masculina nas decisões reprodutivas, inserindo os homens no contexto de atenção à saúde e, principalmente, nas ações de planejamento familiar. Além do mais, a realização deste estudo aponta para a necessidade de ampliar as discussões acerca da parentalidade na adolescência, as repercussões do aborto no seio familiar e para novas investigações científicas sobre a vivência dos homens frente à situação de aborto provocado.

Também é preciso investir na educação e nas diversas formas de se trabalhar a sexualidade humana, extrapolando as questões da genitalidade e contemplando-a como forma de expressão e respeito entre as pessoas. Para isso, faz-se necessário ir ao encontro dos adolescentes, jovens e adultos e seus familiares nas escolas, serviços de saúde e comunidade. Entretanto, salienta-se que a capacitação dos profissionais da saúde e educação para

atuar nestes diversos cenários é parte integrante do processo educativo nesta área.

Como encontrado em outros estudos, os resultados da presente pesquisa também evidenciam que a ilegalidade do aborto não tem coibido sua prática e que, apesar dos riscos envolvidos, muitas mulheres, diante de uma gravidez não planejada, realizam o aborto na clandestinidade, por meio de métodos inseguros e colocam em risco a própria vida.

Faz-se necessário rever as questões sobre criminalização do aborto em nosso país e aquelas relacionadas ao planejamento familiar, pois, além das altas taxas de mortalidade por abortamento, é grande o custo assistencial gerado para o tratamento das complicações e o impacto causado na vida das mulheres e de suas famílias.

Também é importante rever o contexto em que os profissionais de saúde têm atendido essas mulheres, uma vez que muitas delas, quando recorrem aos serviços de saúde, já realizaram o aborto e estão apresentando complicações e risco de morte, às vezes irreversíveis. Desse modo, acolher, informar, orientar, não julgar, promover uma escuta qualificada e dar suporte no pós-abortamento pode ajudar a evitar que essa situação aconteça novamente. Além do mais, a mulher em situação de abortamento precisa da orientação dos provedores de serviço e de disponibilidade de métodos eficazes e aceitáveis na redução do risco de gravidez não desejada.

Gestores, coordenadores e profissionais de saúde devem priorizar as ações na atenção à saúde da mulher e do adolescente sob o enfoque preventivo, antes do seu primeiro intercuro sexual, garantindo privacidade e confiabilidade no atendimento. Para tanto, considero relevante capacitar profissionais de saúde e da educação para investir em questões relacionadas ao cuidado à saúde a partir do respeito ao próximo. Neste sentido, destaca-se que a escola é um cenário privilegiado para atuar com os adolescentes.

A experiência de provocar o aborto na adolescência mobilizou sentimento de culpa e arrependimento, com repercussões significativas nas vidas das mulheres. Conforme seus relatos, carregarão para sempre os

sentimentos vividos e, ao refletirem sobre o que fizeram, verbalizam que, se fosse hoje, não optariam pelo aborto, independentemente das situações vivenciadas. Isso porque, ao transgredir as regras sociais, engravidando precocemente e sem planejar, muitas mulheres tendem ao isolamento pelo sofrimento e culpa relacionada à interrupção da gestação.

Importante ressaltar que a realização do aborto está diretamente relacionada à vida reprodutiva das mulheres, podendo, dessa forma, determinar a continuidade ou o encerramento desta. Assim, o reflexo da experiência de realizar o aborto, ainda que distante para umas e mais recente para outras, pode influenciar a mulher no planejamento de sua vida reprodutiva.

É vasto o campo de atuação dos diversos profissionais de saúde no cenário de atendimento à mulher e à adolescente. Especificamente para a enfermagem, há muitas possibilidades de atuação para a prevenção de uma gravidez indesejada por meio de ações educativas, baseadas na promoção da saúde e do acolhimento.

É relevante aumentar a disseminação de campanhas na mídia sobre prevenção do aborto provocado e os riscos envolvidos, bem como possibilitar discussões sociais sobre a descriminalização do aborto em nossa sociedade, a partir da realidade de outras nações do mundo que têm melhores indicadores de saúde.

A despeito de considerar como limitação deste estudo, ressalta-se o fato de envolver apenas um contexto social, não permitindo generalizar seus resultados e a dificuldade de acesso às adolescentes, o que fez com que fossem incluídas na pesquisa mulheres mais velhas, que haviam vivenciado a experiência do aborto provocado na adolescência. Entretanto, sua importância sustenta-se no fato de ter possibilitado compreender o significado da ação de provocar o aborto na adolescência sob a perspectiva dessas mulheres e, desse modo, conhecer os motivos que permeiam a decisão e realização do aborto, como essa situação acontece, os sentimentos vivenciados e o que se apresenta como possibilidade de superação e projetos. Seus resultados apontam caminhos para a prevenção de novas situações e investigações científicas.

A fenomenologia social de Alfred Schutz, mais que uma teoria compreensiva da ação social, mostrou-se, neste estudo, como uma possibilidade para compreender o outro a partir de seus motivos existenciais nas relações no mundo da vida, contribuindo, assim, para que novas perspectivas sejam apreendidas e exploradas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1- Domingos SRF. A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

2- Domingos SRF, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivência e cuidado no abortamento espontâneo: um estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs [periódico na Internet]*. 2011. [citado 2011 Out 30];10(2). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3236>.

3- Freitas A. Aborto: guia para profissionais de comunicação. Recife: Grupo Curumim; 2011.

4- Stephenson J, Strange V, Allen E, Copas A, Johnson A, Bonell C, et al. The long-term effects of a peer-led sex education programme (RIPPLE): a cluster randomized trial in schools in England. *Plos Medicine*. 2008;5(11):1579-90.

5- World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed; 2011.

6- Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370(9595):1338-45.

7- Diniz D, Correa M, Squinca F, Braga KS. Aborto: 20 anos de pesquisa no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):939-942.

8- Jones RK, Kooistra K. Abortion Incidence and Access to Services in the United States, 2008. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011;43(1):41-50.

9- Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 supl1:959-966.

10- Elul B. Assessments of the importance of provider characteristics for abortion care: data from women in Rajasthan, India. *Health Care Women Int*. 2011;32(1):72-95.

11- Ceylan A, Ertem M, Saka G, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception. *BMC Public Health*. 2009;9(20).

- 12- Rehan N. Cost of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals. *J Pak Med Assoc.* 2011;61(2):169-72.
- 13- Shaikh Z, Abbassi RM, Rizwan N, Abbassi S. Morbidity and mortality due to unsafe abortion in Pakistan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010;110(1):47-9.
- 14- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Lidegaard O, Mortensen PB. Induced first-trimester abortion and risk of mental disorder. *N Engl J Med.* 2011;364(4):332-9.
- 15- Casey PR. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(4):491-502.
- 16- Shaw D. Abortion and human rights. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010; 24(5):633-46.
- 17- Ludermir AB, Araújo TV, Valongueiro SA, Lewis G. Common mental disorders in late pregnancy in women who wanted or attempted an abortion. *Psychol Med.* 2010;40(9):1467-73.
- 18- Singh S. Global consequences of unsafe abortion. *Womens Health (Lond Engl)* 2010;6(6):849-60.
- 19- Cameron S. Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(5):657-65.
- 20- Taft AJ, Watson LF. Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health.* 2008;8(75).
- 21- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2007;39(1):6-12.
- 22- Gayon VE. Scientific evidence on the legalization of abortion in México city. *Ginecol Obstet Mex.* 2010;78(3):168-80.
- 23- Palermo TM, Wilson KS, Garcia SG, Díaz-Olavarrieta C. Abortion and women's roles in society: opinions from Tlaxcala, México. *Salud Pública de México.* 2010;52(1):52-60.
- 24- Vélez ACG. La situación Del aborto em Colombia: entre La ilegalidad y La realidad. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(2):624-28.

- 25- Brasil. Código Penal. Decreto Lei n. 2848 de 7 de dezembro de 1940. In: Delmanto C, Delmanto R, Delmanto Júnior R, Delmanto FMA. Código penal comentado. 6ª ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Renovar; 2002.
- 26- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 Anos de Pesquisas sobre Aborto no Brasil. Brasília; 2009.
- 27- Cecatti JG, Guerra GVQL, Sousa MH, Menezes GMS. Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2010;32(3):105-11.
- 28- Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública.* 2009;25 Supl 2:193-204.
- 29- Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(4):1085-1099.
- 30- Carvalho SM. Mulheres jovens e o processo de abortamento clandestino: uma abordagem sociológica. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009.
- 31- Lie ML, Robson SC, May CR. Experience of abortion: a narrative review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(150).
- 32- Hess RF. Women's stories of abortion in southern Gabon, Africa. *J Transcult Nurs.* 2007;18(1):41-8.
- 33- Gesteira SMA, Barbosa VL, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(4):462-7.
- 34- Alex L, Hammarstrom A. Women's experiences in connection with induced abortion: a feminist perspective. *Scand J Caring Sci.* 2004;18(2):160-8.
- 35- Pedrosa IL, Garcia TR. Não vou esquecer nunca: a experiência feminina com o abortamento induzido. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2000;8(6):50-58.
- 36- Reime B, Schucking B, Wenzlaff P. Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or a induced abortion compared to adolescents first pregnancies. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2008;8(40).
- 37- Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(5):1201-1208.

- 38- Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):177-186.
- 39- Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2006;22 Supl.7:1421-30.
- 40- Lima BGC, Matos CMS, Melo EF. Uso de contraceptivos e abortamento entre adolescentes. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2006;30(2):284-293.
- 41- Peres SO, Heilborn ML. Cogitação e prática do aborto entre jovens em contexto de interdição legal: o avesso da gravidez na adolescência. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(7):1411-20.
- 42- Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio – um estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15 Supl 2:3149-3156.
- 43- Marquina M, Bracho C. El significado del aborto para la adolescente que ha vivido la experiencia. *Cultura de los cuidados*. 2007; Ano XII(22):16-25.
- 44- Organización Mundial de la Salud (OMS). Problemas de salud de la adolescência. Ginebra: OMS, 1965. (Série de Informes técnicos).
- 45- Minas Gerais (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente. Belo Horizonte; 2006.
- 46- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância 2011. Adolescência: uma fase de oportunidades. Caderno Brasil. [citado 2011 Maio 10]. Disponível em: <http://www.unicef.org.br>.
- 47- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. [citado 2011 Out 20]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
- 48- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA). Adolescência e Juventude. [citado 2011 Maio 09]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.swf>.
- 49- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3ª ed. Brasília; 2008. (Série E. Legislação de saúde).
- 50- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de

Saúde da Mulher. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília; 2005.

51- Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):312-20.

52- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Nunes R. Abortamento provocado e uso de contraceptivos em adolescentes. Rev Bras Clin Med. 2010;8(2):94-100.

53- Farias Júnior JC, Nahas MV, Barros MVG, Loch MR, Oliveira ESA, De Bem MFL, Silva AL. Comportamentos de Risco à Saúde em adolescentes no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Rev Panam Salud Pública. 2009;25:34-52.

54- Berlofi LM, Alkmim ELC, Barbieri M, Guazelli CAF, Araújo FF. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm 2006;19(2):196-200.

55- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília; 2006.

56- World Health Organization (WHO). Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. 2006. [cited 2011 Sep 04]. Available from: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241593784/en/.

57- Cerqueira-Santos E, Paludo SS, Dei Schirò EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. Psicol. Estud. 2010;15(1):73-85.

58- Brasil. Ministério da Saúde. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. 2010. [citado 2011 Set 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137.

59- Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia Fundamental. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

60- World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence or unsafe abortion and associated mortality in 2003. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2007.

- 61- Martins IR, Costa SH, Freitas SRS, Pinto CS. Aborto induzido em mulheres de baixa renda: dimensão de um problema. *Cad Saúde Pública*. 1991; 7: 251-66.
- 62- Monteiro MFG, Adesse L. Estimativas de aborto induzido no 11. Brasil e Grandes Regiões (1992-2005) [Internet]. *Anais do 15º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP*; 2006 Set 18-22; Caxambu, Brasil [citado 2011 Set 21]. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_252.pdf
- 63- Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1085-1099.
- 64- Silva RS. O uso da técnica de resposta ao azar (TRA) na caracterização do aborto ilegal. *Rev Bras Estud Popul*. 1993;10:41-56.
- 65- Silva RS, Morell MGG. Em que medida as paulistanas recorrem ao aborto provocado. *Rev Bras Estud Popul*. 2002;19:249-61.
- 66- Olinto MTA, Moreira Filho DC. Estimativa de aborto induzido: comparação entre duas metodologias. *Rev Panam Salud Pública*. 2004; 15:331-6.
- 67- Souza VLC, Corrêa MSM, Souza SL, Bezerra MA. O aborto entre adolescentes. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2001;9(2):42-7.
- 68- Correia DS, Cavalcante JC, Egito EST, Maia EMC. Prática do abortamento entre adolescentes: um estudo em dez escolas de Maceió (AL, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2469-2476.
- 69- Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil - 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 1:112-120.
- 70- Centro Latino-americano em Sexualidade e direitos Humanos (CLAM). GRAVAD: principais resultados. [citado 2011 Set 03]. Disponível em: <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/star.htm?inford=4361&sid=1>.
- 71- Yu PC, Calderaro D, Gualandro DM, Marques AC, Pastana AF, Prandini JC, Caramelli B. Noncardiac surgery in developing countries: epidemiological aspects and economical opportunities - the case of Brazil. *Plos One*. 2010;5:10607.

72- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

73- Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 5a ed. São Paulo: Centauro; 2005.

74- Schutz A. El problema de La realidad social. Escritos I. 2a Ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

75- Schutz, A. Fenomenologia del mundo social. Introducción a La sociologia comprensiva. Paidós: Buenos Aires; 1972.

76- Schutz A, Luckmann T. Las estructuras Del mundo de La vida. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

77- Schutz A. Estudios sobre teoria social. Escritos II. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

78- Wikipédia. A enciclopédia livre. Caratinga. [citado 2011 Out 15]. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Caratinga>.

79- Merighi, MAB. Fenomenologia. In:Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 31-8.

80- Fiuza R. Novo código civil comentado. São Paulo: Saraiva; 2002.

81- Steinberg L. Adolescence. 3 rd ed. New York: MacGraw-Hill; 1993.

82- Parga-Nina L (coord). Estudos das informações não estruturadas do ENDEF e de sua integração com os dados quantificados. IBGE; 1976.

83- Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Baptista PCP. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social phenomenology. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011;19(1):164-70.

84- Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. The experience of repeated fatherhood during adolescence. Midwifery. 2010;26:469-474.

85- Conz CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Promoção de vínculo afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):849-55.

- 86- Capalbo C. Metodologia das Ciências Sociais: A fenomenologia de Alfred Schutz. Londrina: UEL; 2008.
- 87- Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortou; 1974.
- 88- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de dezembro de 1996. Dispõe sobre normas de pesquisa com seres humanos. Brasília; 1996.
- 89- Creusa C. Metodologia das Ciências Sociais - A fenomenologia de Alfred Schutz. Londrina: UEL; 1998.
- 90- Rodrigues DP, Rodrigues FRA, Silva LMS, Jorge MSB, Vasconcelos LDGP. O adolescer e ser mãe. Representações sociais de puérperas adolescentes. Cogitare Enferm. 2009;14(3):455-62.
- 91- Andrade PR, Ribeiro CA, Ohara CVS. Maternidade na adolescência: sonho realizado e expectativas quanto ao futuro. Rev Gaúcha Enferm. 2009;30(4):662-8.
- 92- Santos CAC, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação? Adolescência & Saúde. 2009;6(1):48-56.
- 93- Taquete SR, Vilhena MM. Uma contribuição ao entendimento da iniciação sexual feminina na adolescência. Psicol Estudo. 2008;13(1):105-114.
- 94- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento. 2ª ed atual. e ampl. Brasília; 2010. (Norma Técnica)
- 95- Lima CTB, Feliciano KVO, Carvalho MFS, Souza APP, Menabo JBC, Ramos LS, et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. Rev Bras Saúde Materno Infantil. 2004; 4(1):71-83.
- 96- Silva L, Tonete VLP. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(2):199-206.
- 97- Teixeira ATJ, Froes RC, Zago EC. A comunicação e o relacionamento da família atual em virtude dos novos tempos. Rev Eletrônica de Comunicação. 2006. [citado 2011 Out 16]. Disponível em: http://www.facef.br/rec/ed01/ed01_art01.pdf.

- 98- Wagner A, Falcke D, Silveira LMBO, Mosmann CP. A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicol Estudo*. 2002;7(1):75-80.
- 99- Nunes A, Rodrigues A. Mulher: da dominação à autonomia do corpo, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2007. [citado 2011 Out 16]. Disponible em: www.eumed.net/rev/cccss/0712/nara.htm.
- 100- Alves LF. Aborto provocado, aspectos éticos e legais: o direito à vida. [citado 2011 Set 03]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/16892>.
- 101- Duarte GR, Alvarenga AT, Osis MJMD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(3):271-7.
- 102- Rodrigues MML, Hoga LAK. Aborto espontâneo e procovado: sentimentos vivenciados pelos homens. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):14-9.
- 103- Lamarca G, Vettore M. Autonomia reprodutiva da mulher: uma questão delicada com múltiplas reflexões [periódico na Internet]. 2011 [citado 2011 Out 16]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/?p=4015&preview=true>.
- 104- Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(1):17-24.
- 105- Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – (RedeSaúde). Dossiê – Aborto inseguro. [citado 2011 Out 25]. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/.../dossie-aborto-inseguro/at.../file>.
- 106- Araújo MCR, Mochel EG. Aborto provocado: fatores associados em mulheres admitidas em maternidades públicas em São Luiz, Maranhão, Brasil. *Rev Paul Enf*. 2008;27(2):79-86.
- 107- Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*. 2006;368(9550):1908-19.
- 108- Benute GRG, Nomura RMY, Pereira PP, Lúcia MCS, Zugaib M. Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):322-7.
- 109- Hale B. Culpability and blame after pregnancy loss. *J Med Ethics*. 2007; 33(1):24-27.

110- Chaves JHB, Pessini L, Bezerra AFS, Nunes R. Aborto e bioética: uma discussão sempre atual. *Brasília Med.* 2010;47(1):87-9.

111- Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. *Rev Bioética.* 2010;18(1):131-153.

112- Gomes BS. Aborto e bioética. [citado 2011 Set 03]. Disponível em: <http://www.ewcantodasletras.com.br/ensaios/2327944>.

113- Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Abortion in young women and subsequent mental health. *J Child Psychol Psychiatry.* 2006;47:16-24.

114- Warren JT, Harvey SM, Henderson JT. Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health.* 2010;42(4):230-5.

115- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasília; 2009.

116- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Abortamento provocado vivenciado pelas adolescentes: uma abordagem da fenomenologia social” que tem como finalidade compreender a situação de abortamento provocado vivenciada pelas adolescentes.

A pesquisa esta sendo realizada por mim, Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos, aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Sua participação será muito importante para que possamos conhecer como acontece o processo de tomada de decisão vivenciado pelas adolescentes ao realizarem o aborto provocado e poder contribuir para a atuação dos profissionais de saúde no atendimento às adolescentes em situação de abortamento e oferecer subsídios para que gestores e profissionais de saúde possam possibilitar a implementação de novas estratégias de atendimento aos programas de atenção à saúde do adolescente e das mulheres.

Para tanto necessito realizar entrevistas que deverão ser gravadas a fim de facilitar o registro das informações. Assumo o compromisso de manter sigilo quanto à sua identidade, pois todas as informações coletadas serão identificadas com um código fictício de conhecimento apenas do pesquisador.

Sua colaboração é importante e necessária para o andamento da pesquisa, mas é livre a sua participação. Caso participe, em qualquer momento você poderá pedir informações ou esclarecimento sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

CONSENTIMENTO

Eu, _____ após ter recebido os esclarecimentos fornecidos pela pesquisadora e ter entendido o que foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Também tenho conhecimento de que será mantido meu anonimato, que não terei prejuízo em participar deste estudo, que terei a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, que seu resultado será utilizado em eventos e publicações científicas e, ainda, que a pesquisadora se colocou à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários pelo telefone (33) 3322-1687.

Este documento contém duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

Assim, declaro que tendo compreendido o exposto, concordo em participar da pesquisa e não me oponho que a entrevista seja gravada.

Assinatura da participante do estudo

Assinatura da pesquisadora

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP:
(11)3061-7548. E-mail: edipesq@usp.br

ANEXOS

Anexo 1



Escola Estadual Professor Joaquim Nunes
Praça Maria Carli, 130 – Bairro Santa Cruz – CEP 35300-184
Caratinga – Minas Gerais – Tel.: (33) 3321 6802

Para:

Sr^a SELISVANE RIBEIRO DA FONSECA DOMINGOS

Prezada Senhora;

A Escola Estadual Professor Joaquim Nunes, em resposta a solicitação de Vossa Senhoria a este educandário sobre autorização para desenvolvimento de projeto educativo destinado aos adolescentes do 2º ano do PAV, intitulado *“Educação Sexual na Escola: oficinas com adolescentes” colocamo-nos* à disposição para a implementação dos mesmo, pois entendemos que é de relevante importância na consolidação do processo educativo.

Sendo só para o momento, agradecemos em nome da comunidade escolar

Caratinga, 18 de março de 2010.

E.E. PROF. JOAQUIM NUNES
R.O.S.C.3.
DECRETO 32.653 DE 14/03/10
PRAÇA MARIA CARLI, S/Nº
BARRIO SANTA CRUZ - CARATINGA - M

Sebastião de Oliveira Pedra
Sebastião de Oliveira Pedra

Diretor

Sebastião de Oliveira Pedra
DIRETOR MASP 378 977 3

Helena Sandra Cunha e Souza
Helena Sandra Cunha e Souza

Especialista

Helena Sandra C. e Souza
Esp. em Ed. Básica O. E.
Masp. 277.381 - 0

Anexo 2



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 27 de abril de 2010.

Ilm.ª Sr.ª

Selisvane Ribeiro da Fonseca Domingos

Ref.: Processo nº 909/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Abortamento provocado vivenciado pelas adolescentes: uma abordagem da fenomenologia social**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Anexo 3



AUTORIZAÇÃO

Autorizo, **SELISVANE RIBEIRO DA FONSECA DOMINGOS**, enfermeira, docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário de Caratinga – UNEC e aluna do Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a estar encaminhando adolescentes do município de Caratinga, que forem sujeitos de sua pesquisa intitulada “ *O Abortamento provocado vivenciado pelas adolescentes: uma abordagem da fenomenologia social*”, para acompanhamento no atendimento Psicológico, caso apresentem necessidades.

Caratinga, 22 de março de 2010.

Adm. Nivea de Oliveira Vieira
Coordenadora do CASU